

REVISIÓN DE NORMAS DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER
2007

Colocar
Sello de CSS

MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL



NORMAS TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS
Y MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO, PUERPERIO Y DEL RECIÉN NACIDO
ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER
PLANIFICACIÓN FAMILIAR
VIGILANCIA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

Año 2007

MINISTRO DE SALUD

Dra. Rosario Turner

VICE-MINISTRO DE SALUD

Dra. Dora Jara

DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dr. Cirilo Lawson

SUB-DIRECTOR GENERAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Dra. Laura Thomas

COORDINACIÓN NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Dra. Geneva González T.

COLABORADORES

La primera fase de revisión de las Normas de Salud Integral de la Mujer fue realizada en los niveles Regionales y Locales, con participación de personal en la atención de la mujer y en la atención materno perinatal y sus aportes fueron recopilados y tomados en cuenta para enriquecer y corregir el documento.

En una segunda etapa en el nivel central integró todas las recomendaciones sugeridas por las diferentes regiones e instituciones y Departamentos del MINSA y CSS. Luego con participación de un grupo representativo de las Direcciones Nacionales del MINSA, del Departamento Nacional Materno Infantil de la Caja de Seguro Social, de la Maternidad María Cantera de Remón, del Departamento de Gineco-Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, del Hospital del Niño, de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, de la Sociedad Panameña de Medicina Perinatal, se realizó un proceso extenso de revisión de bibliografía con énfasis en la consulta de lineamientos técnicos de Organismos Internacionales de relevancia en el campo de la salud reproductiva, así como de Normas técnicas y Manuales de otros países con la intención de comparar los contenidos y considerar la integración en el documento de aquellos elementos que se consideraron útiles y valiosos para actualizar las normas desde el punto de vista científico, reafirmarla como manual de procedimientos e incluso para mejorar aspectos gerenciales del programa.

La revisión final se realizó a través de un taller nacional con participación de representantes del MINSA, CSS y las regiones del país, la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal, conformada por representantes de las Direcciones Nacionales del MINSA, del Departamento Nacional Materno Infantil de la Caja de Seguro Social, de la Maternidad María Cantera de Remón, del Departamento de Gineco-obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social, del Hospital del Niño, de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología, de la Sociedad Panameña de Medicina Perinatal, de la Contraloría General de la República, Registro Civil y otras instancias como OPS, UNFPA, APLAFA

RECONOCIMIENTO

Cumpliendo con las directrices del Ministerio de Salud de revisar periódicamente las Normas de Atención Integral, se inició el proceso de actualización acorde con la medicina Basada en la Evidencia de la Norma de Atención Integral de la Mujer.

En esta primera fase participaron en este proceso:

Dr. Alfredo Juncá F.
Dr. Darcy Smith
Dra. Carmen Troya de Soto
Lic. Yanina Rodríguez
Dra. Graciela de Aybar
Dra. Magalli M. de Zevallos
Lic. Julia de Domínguez
Lic. Mirta de Madrid
Lic. Amarelis Quintero
Dr. Iván Abdiel Díaz
Dra. Ana Basso Amores
Lic. Anayansi Tejada
Dr. Osvaldo Reyes
Lic. Itzel Hewitt
Dr. Domingo Chávez
Dra. Elsa Arenas
Dra. Aminta Gálvez
Lic. Sandra Glover
Lic. Ofelina Jiménez
Lic. Dora Polanco
Dr. Efraín Barreiro
Dra. Eyra Ruíz
Dr. Rafael de Gracia
Dra. Celia Cantón
Dr. Sanín Martínez

Este primer producto preliminar se presentó para ser discutido, consensuado y validado en el Taller Nacional de revisión Final e implementación de la norma.

Participantes en el Taller de Revisión Final e Implementación de las Normas de Atención Integral de la Mujer.

1. Dr. Esteban Ruíz
2. Dr. Alfredo Juncá F.
3. Dra. Carmen Troya
4. Dr. Néstor Garibaldo
5. Licda. Isabel Paz
6. Licda. Mirta de Madrid
7. Lic. Crescencio Gaona
8. Licda. Ana V. Valencia
9. Licda. Enelida J. Guerra
10. Licda. Delfina Rueda
11. Lic. Ana Cecilia Montenegro
12. Licda. Vielka Campos
13. Dra Lilliana Barrios
14. Dr. José Rodrigo Gutiérrez
15. Dra. Lucía Alleyne
16. Licda. Kathia Orozco
17. Licda. Elvia Valdés
18. Licda. Julia de Domínguez
19. Licda. Débora Clarke de Rose
20. Licda. Vielka Ramírez
21. Dr. Abel Ibarra
22. Dra. Rocío Arjona
23. Dr. José De Gracia
24. Dra. Anne Okwuka
25. Dr. Darcy Smith
26. Licda. Evidelia Saavedra
27. Dr. Raúl Bravo
28. Lic. Carmen Marengo
29. Dr. Domingo Chávez
30. Licda. Amarelis Quintero
31. Dra. Odalis Sinisterra
32. Licda. Yanina Rodríguez
33. Dr. Manuel Heredia
34. Lic. Nelson Díaz
35. Licda. Anna M. Cardelicchio
36. Dr Constantito Tserotas

PRESENTACIÓN

El proceso de revisión y elaboración de la nueva versión de las Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer ha sido especialmente largo y laborioso, debido a que el documento ha sufrido importantes y fundamentales modificaciones para enriquecerlo y actualizarlo de acuerdo a los ajustes necesarios desde el punto de vista técnico normativo para mejorar la calidad de la atención con base en la evidencia científica.

Las Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer contienen los lineamientos técnico administrativos y de procedimientos de los componentes que desarrolla el Programa a saber: la Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido; Atención Integral a la Mujer; Planificación Familiar y las Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal.

A su primera parte se le han agregado aspectos detallados de los procedimientos en la atención del parto, nuevas directrices para prevenir las episiotomías innecesarias, lineamientos para garantizar el uso sistemático del partograma y lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la cesárea con la implementación de la estrategia de la segunda opinión, como medida para controlar las tendencias al abuso de la operación cesárea en las unidades de atención obstétrica.

En esta revisión se ha integrado los elementos necesarios para la promoción y cumplimiento de los derechos de información y atención de calidad, se anexa las matrices para el consentimiento informado, instrumentos proporcionado por la SPOG, revisado por el equipo técnico del MINSA y CSS.

Se han introducido al documento directrices normativas dirigidas a mejorar la calidez y humanización en la atención de la embarazada a fin de que logre la mayor satisfacción posible dentro de las posibilidades de nuestras instituciones.

El componente de Salud Integral de la Mujer se ha revisado para plasmar de forma más clara y precisa las acciones generales de promoción y prevención que deben ser parte de la rutina de la consulta de toda mujer, independientemente de la causa que la motiva a solicitar atención médica y refiere al proveedor a otros documentos de normas específicas según el motivo de la consulta.

El componente de Planificación Familiar se ha desarrollado de forma tal que incluya los elementos técnicos administrativos que permitan mejorar la gerencia del Programa. De igual modo se ha enriquecido con más información detallada para cada método anticonceptivo de forma tal que facilite al proveedor de servicios la orientación y seguimiento de los y las usuarias. Por otra parte, este componente hace énfasis en lineamientos que garanticen los deberes y derechos de los usuarios para recibir servicios de calidad en salud reproductiva y que aseguren el respeto a sus derechos sexuales y reproductivos.

Se revisó la Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal de forma tal que permita la mejor comprensión y utilización de los instrumentos, investigación y análisis epidemiológico que conlleve a la prevención y reducción de la morbi-mortalidad materno-perinatal

Esperamos que la revisión final de este documento permita lograr un consenso para que estas normas puedan ser implementadas prontamente a nivel nacional.

INDICE

	Página
Colaboradores	
Reconocimiento	
Presentación	
Introducción	5
I. Propósito	6
A. Objetivos Generales	6
B. Objetivos Específicos	6
II. Ejecución del Programa	8
A. Unidades Técnico – Administrativas	8
1. Nivel Nacional	8
2. Nivel Regional	8
3. Nivel local	8
B. Regionalización y sectorización de los servicios de Salud	8
C. Niveles de atención	8
D. Trabajo en equipo	8
E. Tecnología apropiada	9
F. Proyección comunitaria	9
G. Programación, supervisión, evaluación	9
III Principios Básicos	10
A. Atención Integral	10
B. Educación	10
C. Investigación	10
D. Administración	10
E. Concepto de riesgo en Salud	10
Cuadro 1. Características de la Atención según Grado de Riesgo	11
IV. Población Objetivo	12
V. Equipo de Atención	13
Atención del Embarazo, Parto y Puerperio	13
1. Objetivo General	13
2. Objetivos Específico	13
3. Estrategias para reducir las muertes maternas y peri natal	13
Control del Embarazo de Bajo Riesgo	15
A. Consideraciones Generales	15
B. Actividades del primer control prenatal	17
C. Actividades de los controles subsiguientes	22
Control del Embarazo de Alto Riesgo Obstétrico	25
A. Indicaciones generales de Atención al Alto Riesgo Obstétrico	25
B. Embarazo de Ato Riesgo Obstétrico	26
C. Embarazo de Muy Ato Riesgo Obstétrico (M.A.R.O)	27
Estado Nutricional de la Embarazada	28
Figura N°1. Gráfica de Incremento de Peso Materno en función de la edad Gestacional	30
Figura N°2. Patrones normales de la Altura Uterina en función de la edad Gestacional	30
Tabla N°1. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana Gestacional	31
Tabla N°2. Peso para la Talla según Edad Gestacional (P10 y P90)	32
Alimentación diaria recomendada en le embarazo	33
Atención Institucional del Parto	33
A. Admisión en el periodo de labor.	33
B. Atención en la Sala de Labor de Parto	35
C. Uso del Partograma de Friedman	39
Figura N°3.. Partograma de Friedman	39
D. Periodo Expulsivo	40
E. Periodo Placentario o de Alumbramiento	42
F. Revisión por Desgarros y Reparación de la Episiotomía	43
G. Evaluación y Atención Inmediata del Recién Nacido	44

1. Evaluación del Recién Nacido	44
2. Cuidados inmediatos del Recién Nacido	45
H. Cuidados del Puerperio Inmediato y Mediato	47
I. Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa	51
Atención Ambulatoria del Puerperio Normal	52
Interrupción del Embarazo por Indicación Médica	53
A. Indicación y Práctica de la Operación Cesárea	54
1. Antecedente	54
2. Objetivo General	54
3. Objetivos Específicos	54
B. Estrategias	54
C. Definición de la Operación Cesárea	55
D. Tipos de Cesárea	55
E. Técnica	56
F. Indicaciones de la Cesárea	57
G. Criterios para la Toma de Decisiones	58
1. Desproporción Céfalopélvica	58
2. Cesárea Previa	59
3. Sufrimiento Fetal	60
4. Ruptura Prematura de Membranas	60
5. Presentación Pélvica	60
H. Complicaciones de la Cesárea	61
I. Antibiótico Terapia en la Operación Cesárea	61
J. Requerimientos Operatorios para la Operación Cesárea	62
Atención Integral a la Mujer	63
A. Atención Ginecológica	63
B. Ginecología Infanto Juvenil	65
C. Evaluación del Climaterio	65
D. Detección de Cáncer cervico uterino	70
E. Detección de Cáncer de mama	71
F. Infecciones de Transmisión Sexual	72
G. Manejo de la pareja Infértil	73
H. Planificación Familiar	74
1. Objetivo General	74
2. Objetivos Específicos	74
3. Estrategias del Programa	74
4. Componente Administrativo	77
5. Selección, Prescripción y Aplicación de Métodos Anticonceptivos	82
6. Programas Comunitarios de Planificación Familiar	83
I. Métodos Anticonceptivos	84
1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y Progestina	84
2. Hormonales orales que sólo contienen progestina	87
3. Anticoncepción de Emergencia	90
4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y Progestina	91
5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina	94
6. Método hormonal Parche Anticonceptivo Combinado	97
7. Método hormonal subdérmico	99
8. Dispositivos Intrauterinos	102
9. Esterilización total o permanente	107
a. Oclusión Tubarica Bilateral	107
b. Vasectomía	109
10. Condón o Preservativo	112
11. Condón Femenino	114
12. Espermicidas	115
13. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica	117
14. Método de Lactancia Amenorrea (MELA)	119

Bibliografía

121

Anexos

126

Formulario de Programación – Evaluación del Programa
Instructivo del Formulario de Programación – Evaluación
Formulario N°1. Historia Clínica Perinatal Intrahospitalaria y Ambulatoria
Formulario N°2. Tarjeta de Control Prenatal
Guía para el uso correcto, flujo y monitoreo de la HCPB a nivel ambulatorio y hospitalario.
Tarjeta de Seguimiento de Caso
Instructivo para el uso de la Tarjeta de Seguimiento de Caso en el Programa de Salud Integral de la Mujer

Tarjeta de Registro y Seguimiento de la Partera

Hoja de Referencia de la Partera

Hoja de Atención del Parto de la Partera

Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal

Antecedente

A. Objetivos de la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna

B. Subsistemas y Procesos en la Vigilancia Epidemiológica de la

C. Muerte Materna y Perinatal.

D. Definiciones

E. Procesos Básicos

F. Flujo de la Información

G. Dinámica de Comunicación del Sistema

1. Investigación de Muertes Maternas

2. Investigación de Muertes Peri natales

Indicadores del Sistema de Vigilancia

1. Indicadores de Seguimiento

2. Indicadores de Evaluación

H. Miembros y Funciones de las Comisiones según Niveles.

Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal

A. Funciones de la Comisión Nacional

1. Comité Regional de Mortalidad Materna y Perinatal

B. Funciones del Comité Regional

1. Funciones Específicas de los Miembros del Comité Regional

Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalaria

A. Funciones del Comité Hospitalario Nivel Hospitalario

B. Funciones Específicas nivel Local

C. Funciones del Nivel Local

Anexo N°1. Formulario de Auditoría de Muerte Materna

Anexo N°2. Formulario de Autopsia Verbal

Anexo N°3. Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal

Consolidado de la Información de muerte Materna

Instructivo

Lista de Productos con Alcanfor

Certificado de Nacimientos

Parte Clínico

Certificado de Defunción

Lista de variables de la información requerida en el libro de parto

Matrices de Consentimientos Informados

Asistencia del Parto Post Cesárea

Asistencia del parto Operación Cesárea

Inducción del Parto

Legrado Evacuador obstétrico

Reparación Quirúrgica del Periné.

Inserción de un Dispositivo Intrauterino

Intervención de Vasectomía

Intervención de Oclusión Tubárica.

INTRODUCCIÓN

En mayo del 2004, dentro de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS presentó la “primera Estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”.

Fue consensuada en todas las regiones de la OMS y ONG en donde se reconoce el papel importante que desempeña la salud reproductiva y sexual en el ámbito social y económico en todos los países. Su finalidad fue sencilla... “Mejorar la salud sexual y reproductiva centrándose en la mejora de la atención prenatal obstétrica, posparto y neonatal, ofertar servicios de planificación familiar de calidad incluyendo la atención en infertilidad, eliminar los abortos de riesgo, combatir las ITS sobre todo en el flagelo que representa el HIV/SIDA, el cáncer cervico uterino y otras afecciones ginecológicas pero sobre todo lo más importante: promover la salud sexual y salud reproductiva.

En esas estrategias se establecieron las medidas necesarias para acelerar el avance de estos objetivos y que son precisamente los compromisos adquiridos dentro del marco conocido como los OBJETIVOS DEL MILENIO.

Las normas de Salud Integral de la mujer comprenden una serie de procedimientos e indicaciones dirigidas a todos los niveles que tiene que ver en la oferta de servicios a nivel nacional. Está diseñada para que sirva como instrumento útil no sólo en la consulta diaria de nuestras usuarias sino también para las intervenciones de urgencia en áreas más apartadas en donde no se cuente con unidades de segundo o tercer nivel de atención

Se le han anexado flujo gramas y guías de manejo en la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna, se han efectuado cambios en las hojas de control prenatal más accesibles y sencillas que en el documento anterior, en el área de parto hemos retomado el partograma de Friedman, en fin, se han efectuado cambios ampliamente consensuados y actualizados en la medicina basada en la evidencia.

Esperamos que este documento sea de gran utilidad, que fortalezca las acciones de salud a nivel de todos los sectores y que realmente sea usado como guía de atención, recordando que en este mundo globalizado cada día más el proveedor de salud se expone a múltiples riesgos laborales pero sobre todo a los jurídicos.

Los exhortamos a conocerlo, manejarlo, promoverlo y utilizarlo en el día a día de su labor con la seguridad de que el esfuerzo en mejorar la calidad de atención del binomio madre-feto redunde en una disminución de muertes maternas y que éste sea el mejor indicador epidemiológico, a nivel nacional.

I. PROPÓSITO

El Programa de Salud Integral de la Mujer tiene como propósito contribuir a elevar el nivel de salud biopsicosocial de la población femenina, mediante acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de su salud, que conlleve al desarrollo integral de la mujer, la madre, el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto.

A. OBJETIVOS GENERALES

1. Ofrecer atención integral de salud a la mujer durante todas las etapas de su vida, dando prioridad a los grupos de mayor riesgo, en especial a las embarazadas y recién nacidos.
2. Extender las coberturas y mejorar la calidad de la atención a la mujer en la etapa pre-concepcional, concepcional y post-concepcional, así como en la etapa posterior a la edad reproductiva.
3. Fortalecer la capacidad operativa de los servicios de salud a la mujer y las embarazadas a través de mejorar el sistema de programación local, la supervisión, monitoreo y evaluación del Programa.
4. Promover la capacitación y actualización científico-técnica continua del recurso humano responsable de la atención gineco-obstétrica y perinatal.
5. Realizar e incentivar investigaciones médico-psicosociales y operativas con relación a la situación de salud de la mujer, su familia y la comunidad.
6. Fomentar la concepción integral de la salud sexual y reproductiva de la población, integrando el aspecto psicosocial, individual y colectivo, además del ambiente socio-cultural, respetando y rescatando la medicina tradicional.
7. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente las acciones del programa en todos los niveles y el cumplimiento de las normas de atención.

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir las tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal.
2. Brindar atención integral, temprana, periódica, completa y oportuna, con amplia cobertura a las embarazadas.
3. Ofrecer atención especial a las embarazadas de alto y muy alto riesgo obstétrico y perinatal.
4. Promover el buen estado nutricional de la embarazada.
5. Reducir la incidencia de recién nacidos de bajo peso.
6. Identificar y controlar los factores de riesgo que condicionan la salud bucal.
7. Mejorar la calidad del diagnóstico prenatal de las patologías fetales
8. Promover la detección precoz y orientación a individuos con riesgo de transmitir enfermedades hereditarias.
9. Prevenir el Tétanos Neonatal, la Sífilis Congénita, Herpes Neonatal, Oftalmia Neonatorum por Gonorrea, el Síndrome de Rubéola Congénita y el SIDA Neonatal.
10. Incrementar la cobertura de atención profesional y calificada del parto para mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido.

11. Reforzar el conocimiento de los criterios precisos para la práctica de la operación cesárea, supervisar y monitorear el cumplimiento de la norma.
12. Mejorar la evaluación pre-egreso y de primer control.
13. Asegurar la entrega oportuna de los resultados histopatológicos en los niveles de atención de la paciente.
14. Mejorar la calidad de la información en la referencia y contrarreferencia (diagnósticos, procedimientos y tratamientos)
15. Mejorar la calidad de la atención del puerperio inmediato y ampliar las coberturas del puerperio tardío.
16. Asegurar el apego inmediato del recién nacido al pecho materno y promover el alojamiento conjunto.
17. Promover las acciones de capacitación y educación dirigidas a mantener e incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.
18. Realizar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal
19. Mejorar el sistema de información perinatal y su divulgación a todos los niveles.
20. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer en la mujer.
21. Extender las coberturas e intensificar la promoción, prevención y diagnóstico de las lesiones preinvasoras del cáncer cervico uterino y otras neoplasias.
22. Estimular el auto examen de mamas y el tamizaje para disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mamas
23. Promover la planificación familiar y proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad
24. Promover el estudio y tratamiento de la pareja infértil
25. Asegurar la vigilancia, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA de acuerdo a las normas específicas.
26. Promover la educación en sexualidad humana y salud reproductiva a toda la población reforzando el auto cuidado de la salud
27. Mejorar la calidad de la atención en el periodo del Climaterio y la Menopausia.
28. Mejorar la calidad de atención en el post aborto ofreciendo a las pacientes adecuada orientación, consejería, elección del procedimiento según su situación clínica y planificación familiar

II. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. UNIDADES TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS

1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable del Programa en todo el país. El Nivel Nacional está representado en las diversas Direcciones del Ministerio de Salud. Desde el punto de vista técnico normativo, la Dirección General de Salud y la Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Sección de Salud Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es responsable de la elaboración, actualización, implantación y difusión de las Normas y de supervisar el cumplimiento de las mismas. El Departamento mantiene coordinación con el Departamento Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable de los aspectos organizativos de la atención en los servicios de salud y de supervisar la calidad de la misma. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

2. Nivel Regional

El Director Regional de Salud, con el apoyo de su Unidad de Gestión y del Coordinador asignado al Programa de Salud Integral de Salud Sexual y Reproductiva es responsable de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del Programa en los establecimientos de salud de la Región. Estas actividades se realizan con la asesoría técnica del Nivel Central.

El Coordinador, en conjunto con las Unidades Docentes Regionales, es responsable del desarrollo del programa de capacitación y actualización del personal que realiza las actividades del Programa.

3. Nivel Local

Los Directores de los establecimientos de Salud de nivel local (Hospitales, Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-centros y Puestos de Salud), con participación de todo su equipo, tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa en todos sus componentes. El Director Médico asegurará la adecuada y óptima utilización de los médicos especialistas y médicos generales, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas y otros miembros del equipo de salud.

B. REGIONALIZACIÓN Y SECTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

El país está dividido en catorce Regiones de Salud según características geográficas y poblacionales. A su vez, las Regiones están divididas en Áreas de Salud. La red de servicios la forman Hospitales Nacionales, Provinciales y Rurales, Policentros, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud

C. NIVELES DE ATENCIÓN

El Programa de Salud Integral de la Mujer se ejecuta siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva y de acuerdo a los recursos disponibles, utilizando un Sistema de Referencia y Contrarreferencia.

D. TRABAJO EN EQUIPO

El equipo de salud está integrado por médicos internos, generales y especialistas, enfermeras generales y especializadas, técnicos de enfermería, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, técnicos de laboratorio, técnicos y auxiliares de registros médicos,

inspectores de saneamiento ambiental, secretarías, personal de aseo y otros funcionarios administrativos y técnicos de acuerdo a los recursos existentes en cada instalación de salud.

Los diversos integrantes del equipo tienen funciones y actividades definidas que les permite participar de forma coordinada para el logro de los objetivos del Programa. Se promueve una política de integración funcional de los servicios y disciplinas para obtener un rendimiento óptimo técnico-administrativo.

E. TECNOLOGÍA APROPIADA

La tecnología a utilizarse se basará en la programación según el enfoque de riesgo y en modelos de asistencia regionalizada. El tipo de atención y la tecnología requerida estará condicionado al grado de riesgo diagnosticado y al recurso humano disponible.

F. PROYECCIÓN COMUNITARIA

El equipo de salud tiene funciones educativas y de promoción para el desarrollo de la comunidad, que contribuyen a modificar los factores de riesgo que inciden en la salud de la población y lograr su participación y compromiso en el mantenimiento de la salud.

G. PROGRAMACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

La programación anual de las actividades se hará en cada instancia, con base en la población universo, las metas establecidas y los recursos disponibles. Una copia de la Programación y Evaluación Anual de la Región se remitirá al Nivel Central, adjuntando el formulario correspondiente. **(Ver anexos)**

Para garantizar el desarrollo efectivo de las actividades del Programa, los diferentes niveles (Nacional, Regional y Local) realizarán supervisiones periódicas de sus áreas de responsabilidad y evaluaciones semestrales y anuales de los logros del Programa, con base en la programación establecida.

III. PRINCIPIOS BÁSICOS

A. Atención Integral

La atención integral debe incluir actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, seguimiento y rehabilitación de la salud de la mujer y del recién nacido tomando en cuenta las esferas biológicas, psicológicas, sociales y culturales. Esta atención considerará los factores de riesgo, el concepto de género y su efecto en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

B. Educación

La educación debe estar inmersa en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa, de forma permanente.

Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

Las actividades educativas hacia los usuarios y la población en general permitirán desarrollar los siguientes aspectos, entre otros:

- Programas de promoción y educación sobre auto cuidado de la salud dirigidos en especial a grupos femeninos de todas las edades.
- Educación en salud sexual y reproductiva con énfasis en mujeres en edad fértil
- Programas de prevención del embarazo en la adolescencia
- Programas educativos que promuevan la incorporación del varón en el cuidado de la salud sexual y reproductiva de la pareja.

C. Investigación

Se fomentará la investigación clínica, epidemiológica, etnográfica, de género y operativa que contribuya a enriquecer el diagnóstico de la situación de salud materna y perinatal, de la mujer, la familia y la comunidad en general y permita la aplicación de acciones preventivas y de atención con énfasis en los grupos de riesgo.

D. Administración

La organización y administración adecuada de los servicios de salud deberán garantizar la utilización óptima y eficiente de los recursos para ofrecer una atención integral. Los sistemas locales de salud promoverán la participación social, en especial de las mujeres, en la gestión.

E. Concepto de Riesgo en Salud

Es la probabilidad de que individuos, grupos o comunidades padezcan enfermedades o daños de origen biológico, psicológico o social, o que la interacción de los factores de riesgo aumente la probabilidad de una evolución desfavorable del embarazo, parto o puerperio, así como de la morbi-mortalidad perinatal y del crecimiento y desarrollo post-natal. Este concepto aplica por igual a la morbi-mortalidad ginecológica. La aplicación de este enfoque de riesgo en la atención favorecerá la identificación oportuna de acciones de prevención primaria y primordial dirigidas a poblaciones o grupos vulnerables.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN SEGÚN GRADO DE RIESGO

Nivel de Riesgo	Nivel de Atención	Tipo de Institución	Tipo de Personal	Tecnología
Bajo Riesgo (B.R.)	Primario	Puesto de Salud Sub-Centro de Salud Centro de Salud Policentro ULAP Policlínica	Ayudante de Salud Auxiliar de enfermería Enfermera General Enfermera Obstetra Médico General Gineco- Obstetra Odontólogo Nutricionista Trabajador Social	Métodos clínicos y de Laboratorio
Alto Riesgo (A.R.) Muy Alto Riesgo si se cuenta con los recursos	Secundario	Centros de Salud Policentro, Policlínica, Clínicas de Alto Riesgo , Hospitales Regionales con especialista	Enfermera Obstetra Gineco- Obstetra Pediatra Otros Especialistas	Métodos clínicos y de Laboratorio Mayor complejidad tecnológica Ultrasonido, Monitor fetal Colposcopio Mamógrafo
Muy Alto Riesgo (M.A.R.) (Aquellos casos no manejables en el nivel anterior)	Terciario	Hospitales Nacionales con especialistas y condiciones adecuadas para la atención. Otros Centros Especializados ej. Instituto Oncológico Nacional	Enfermera Obstetra Enfermera Pediátrica Gineco-Obstetra Pediatras, Neonatólogos Oncólogos Otros especialistas	Métodos clínicos, Electro-bioquímicos y otros de mayor complejidad Equipo de alta tecnología

IV. POBLACIÓN OBJETIVO

La población femenina del país, en las distintas etapas de su ciclo vital, haciendo énfasis en:

1. Embarazadas
2. Recién nacidos desde su nacimiento hasta el momento de su egreso.
3. Puérperas. La atención puerperal abarca hasta los 42 días de finalizada la gestación.
4. Madres que lactan
5. Mujeres de cualquier edad que requieran atención ginecológica
6. La pareja con necesidades de atención para la regulación de la fecundidad
7. La pareja con problemas de infertilidad

V. EQUIPO DE ATENCIÓN

La atención en cada uno de los componentes del Programa (Control Prenatal, Atención del parto y del recién nacido, Puerperio, Planificación familiar, Detección del cáncer cérvico-uterino y cáncer de mamas y Atención ginecológica) deberá ser realizada, de acuerdo al nivel ejecutor, por el equipo de salud capacitado en la atención materno-infantil disponible en el momento que se necesite la misma.

ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar al personal de salud los lineamientos básicos y generales de atención integral a la mujer durante el proceso reproductivo en lo referente al embarazo, parto, puerperio y el recién nacido, con la finalidad de controlar los factores de riesgo condicionantes de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal y contribuir a su reducción.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Unificar los criterios de atención a la mujer durante el proceso reproductivo
- b. Definir el desempeño de funciones del recurso humano en salud que brinda la atención materna perinatal, según nivel de atención.
- c. Contribuir a mejorar la calidad de los servicios de atención de la embarazada y del recién nacido.

3. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LA MORBI-MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

- a. Cumplir y hacer cumplir las Normas establecidas y reforzar la capacitación del equipo de salud en aspectos de salud materno-perinatal.
- b. Extender las coberturas y la captación temprana de la embarazada, así como la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio.
- c. Asegurar la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.
- d. Establecer consultas o Clínicas de embarazo de alto riesgo obstétrico y perinatal en los Hospitales Regionales y Nacionales, Policlínicas y Centros de Salud seleccionados, que cuenten con el necesario recurso especializado y tecnológico.
- e. Reforzar la calidad de la monitorización materna y fetal con métodos clínicos y tecnológicos.
- f. Promover y gestionar la disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos especializadas para el cuidado de las complicaciones del embarazo y del parto.
- g. Brindar asesoría pre-concepcional
- h. Reforzar la educación y orientación a la embarazada, enfatizando los cuidados del embarazo, alimentación adecuada, la lactancia materna exclusiva, la conveniencia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar y procurar la incorporación de la pareja en la educación.
- i. Desarrollar programas de captación, capacitación y seguimiento de parteras empíricas tradicionales para asegurar, la identificación y referencia oportuna de los embarazos y partos en áreas de difícil acceso, un parto limpio y adecuada atención del recién nacido si el parto es fortuito.

- j. Promover la investigación de las condiciones de salud integral de los niños durante los primeros cinco años con relación a la vía de terminación del embarazo y el resultado perinatal.
- k. Mantener un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal a través de los Comités de Muerte Materna y Perinatal Nacional, Regionales/Locales e Institucionales, para el reporte obligatorio, la investigación y análisis de la casuística en cumplimiento del Resuelto N° 49 de 7 de Mayo de 1998, la Resolución Ministerial 093 de abril de 2001 y el Decreto Ejecutivo 268 de agosto de 2001.
- l. Detectar oportunamente a la embarazada con posible alteración del crecimiento fetal para su manejo adecuado.
- m. Investigar la posibilidad de embarazo en toda mujer en edad fértil, antes de ordenar cualquier procedimiento o tratamiento de riesgo para el embarazo
- n. Inmunizar a la población femenina en edad fértil no embarazada contra la Rubéola, sarampión (MR) así como a toda puérpera no inmunizada. Inmunizar a la población femenina en edad fértil y a las embarazadas contra el Tétanos (Td), según las Normas del PAI.
- o. Diagnosticar precozmente y tratar la Sífilis y otras Infecciones de Transmisión Sexual en el embarazo de acuerdo a las Normas.
- p. Evaluar el riesgo beneficio para utilizar medicamentos teratogénicos en las gestantes.
- q. Prevenir algunas malformaciones congénitas mediante la suplementación con ácido fólico a mujeres en edad fértil y embarazada durante el primer trimestre.
- r. Orientar e indicar el tamizaje bioquímico materno entre las 15 y 18 semanas de gestación, y referir a la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo para asesoría genética de acuerdo al resultado.
- s. Educar a la población y en especial a las parejas sobre las enfermedades hereditarias, con énfasis en la Anemia Falciforme.
- t. Aplicar medidas que disminuyan la morbi-mortalidad asociada a la prematuridad.
- u. Diagnóstico precoz y manejo oportuno y adecuado de la Amenaza de Parto Prematuro, embarazo gemelar, antecedentes de cesárea, y otras, según las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo.
- v. De contar con el recurso, es recomendable realizar una evaluación ultrasonográfica en cada trimestre a toda gestante en control.
- w. Enfatizar en la vigilancia de la labor, la atención del parto y del recién nacido para evitar la hipoxia y traumas perinatales.
- x. Aplicar las medidas de asepsia en la atención del parto.
- y. El personal más calificado disponible ejecutará las instrumentaciones y las maniobras obstétricas.
- z. Iniciar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del nacimiento; la lactancia materna deberá iniciarse inmediatamente después del parto y deberá promoverse y mantenerse de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad:
- aa. Mantener en la sala de partos y las instalaciones que atienden partos, equipo adecuado para la reanimación del recién nacido deprimido y de la madre.

- bb. Capacitar y mantener actualizado a todo el personal médico y paramédico involucrado en la atención del parto, en la técnica de Reanimación Cardiopulmonar del recién nacido deprimido.
- cc. Referir oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad todo caso de riesgo perinatal que lo requiera.
- dd. Realizar investigaciones epidemiológicas de la mortalidad perinatal.
- ee. Capacitar al personal de salud responsable de la atención de la mujer en el post aborto en orientación, consejería, elección del procedimiento según su situación clínica y planificación familiar.

CONTROL DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO

Todas las mujeres embarazadas, por causa de su estado, enfrentan un cierto nivel de riesgo materno. Estudios revelan que aproximadamente el 40% de todas las mujeres presentan alguna complicación y que el 15% de estas va a requerir de una atención obstétrica para manejar complicaciones potencialmente mortales para la madre y el niño. En consecuencia es imposible predecir quien desarrollara la complicación pero es de vital importancia realizar una evaluación prenatal integral con calidad y calidez, identificando y realizando el análisis de riesgo de manera oportuna, para ofrecer la intervención apropiada.

Se define el embarazo de bajo riesgo, como aquel en que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una menor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto. Se determinará el grado de riesgo a toda embarazada, desde el inicio del control prenatal, utilizando los criterios contenidos en la página 16 y 17.

A. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Se debe procurar captar al 100% de las embarazadas; haciendo énfasis en la captación durante el primer trimestre del embarazo.
2. El personal médico, de enfermería, personal de Registros Médicos y Estadísticas, Educador para la Salud, Nutricionista, Odontología, Trabajador Social, Inspectores de salud, Promotores de Salud, Parteras Comunitarias, Líderes comunitarios, en toda oportunidad de contacto con la comunidad promocionarán la atención prenatal, informando sobre sus ventajas y beneficios para un buen resultado del embarazo.
3. Toda embarazada que asista a una instalación hospitalaria por una urgencia y/ u otro motivo debe ser orientada y referida al personal y/o instalación responsable de la captación inmediatamente o lo antes posible.
4. La captación e ingreso al programa será realizada por el personal capacitado disponible de acuerdo al tipo de instalación: médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, ayudantes de salud.
5. Se registrará como primera consulta prenatal aquella en donde se confirme el embarazo por examen clínico, laboratorio o por ultrasonido.
6. El control prenatal será llevado de preferencia, por el personal más capacitado disponible en la institución, tomando en cuenta además la demanda de consultas y el grado de riesgo de las pacientes. No obstante, todo el personal de salud, médico o de enfermería, capacitado, puede atender el control del embarazo de bajo riesgo, en cualquier trimestre del embarazo.
7. El médico Gineco-obstetra atenderá con prioridad los embarazos de muy alto riesgo y las patologías obstétricas y ginecológicas.

8. En áreas de difícil acceso, el ayudante de salud y el o la partera capacitada podrán atender el control prenatal de bajo riesgo.
9. El personal de salud deberá estar orientado sobre la labor que realizan los ayudantes de salud y los o las parteras de su área, reconocer la Hoja de Referencia de la Partera ([Página N°](#)) y la Hoja de Registro de Parto de la Partera ([Página N°](#)); darle prioridad a estos casos y coordinar el registro de esta información.
10. La evaluación clínica de la gestante a su ingreso y la evolución de su embarazo determinarán la clasificación de la embarazada de bajo riesgo, de alto riesgo o de muy alto riesgo materno o perinatal.
11. La Historia Clínica Perinatal Base Ambulatoria, la Tarjeta de Control Prenatal, la Hoja de Registro de la Altura Uterina y de Ganancia de Peso Materno son de uso obligatorio para el seguimiento de la embarazada y todo el personal es responsable de su llenado y flujo correcto durante todas las fases de la atención materna y perinatal.
12. La embarazada de alto y muy alto riesgo debe ser evaluada por un ginecólogo obstetra y de ser necesario, debe ser referida a un nivel de atención superior si no se cuenta con los recursos para el manejo y tratamiento.
13. Se deberá cumplir con el esquema de controles del embarazo según la edad gestacional en la cual se capta a la paciente. Debe enfatizarse a la paciente la importancia de la asistencia regular a control prenatal.
14. Debe llevarse el tarjetario de seguimiento de casos de todas las embarazadas y se localizará a toda embarazada que no acuda a control prenatal.
15. Las embarazadas deben ser alertadas para acudir de inmediato a una institución de salud si presentan alguno de los siguientes síntomas o signos:
 - a. Sangrado vaginal en cualquier etapa del embarazo
 - b. Contracciones uterinas no fisiológicas antes de término
 - c. Pérdida de líquido amniótico
 - d. Aumento rápido de peso (2 libras o más por semana)
 - e. Dolor de cabeza frontal o sobre los ojos
 - f. Trastornos de la visión (visión doble, borrosa, manchas)
 - g. Edema (particularmente en las manos y la cara)
 - h. Dolor epigástrico, especialmente asociado a vómitos en el tercer trimestre.
16. Toda embarazada que acuda a su primer control después de las 28 semanas, se le completará su evaluación clínica y de laboratorio en un periodo no mayor de 8 días y los controles subsiguientes se harán de acuerdo al riesgo definido.
17. A partir de las 41 semanas de gestación, si no ha ocurrido el parto, la embarazada deberá ser referida a la instalación más cercana de atención de parto. Si luego de la evaluación la paciente es regresada a su lugar de atención inicial, debe enviarse con la correspondiente contrarreferencia.
18. Los controles de la embarazada se distribuirán entre médicos y enfermeras de la siguiente manera:

Nº de Controles	Edad Gestacional	*Recurso de preferencia
Primer control	Menos de 12 semanas	Médico o Enfermera
Segundo control	16 semanas	Médico o enfermera
Tercer control	22 semanas	Médico o Enfermera
Cuarto control	28 semanas	Médico o enfermera
Quinto control	32 semanas	Médico
Sexto control	35 – 37 semanas	Médico
Séptimo control	38 – 41 semanas	Médico

*Esta distribución del recurso es flexible, de acuerdo a las posibilidades de la instalación de salud. El control debe continuar hasta que termine el embarazo.

19. El costo de los exámenes generales solicitados a la embarazada no asegurada no deberá constituirse en una barrera para la atención. La accesibilidad a los mismos deberá asegurarse a través de paquetes a costo mínimo o deberá ser gratuita. (Decreto Ejecutivo N° 5 de marzo de 2006.)

B. ACTIVIDADES DEL PRIMER CONTROL PRENATAL

1. El personal que ofrece la atención debe saludar cortésmente y abordar por su nombre a la paciente, además de identificarse ante la paciente.
2. Debe utilizarse un lenguaje que sea fácil de entender y explicar a la paciente cualquier procedimiento que se le vaya a realizar.
3. Se abrirá el expediente de la embarazada con:
 - a. Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) Ambulatoria.
 - b. Tarjeta de Control Prenatal (HCPB)
 - c. El personal de Registros Médicos y Estadísticos llenará el encabezado y datos generales cuidando de anotar el código de la Instalación de Salud y la cédula de la paciente tanto en la hoja para la consulta como en la Tarjeta de Control Prenatal
 - d. Hoja de Curva de Ganancia de Peso y Altura Uterina
 - e. Hoja Resumen de órdenes de Laboratorios, Exámenes de Gabinete, Medicamentos.
 - f. Una hoja en blanco para pegar los resultados de Laboratorios
4. El Médico o la Enfermera, o quien provea la atención, llenará todos los datos de la misma, tanto en la HCPB Ambulatoria como en la Tarjeta de Control Prenatal y entregará la última a la paciente, ofreciéndole la orientación sobre su uso y cuidado.
5. Se abrirá una Tarjeta de Seguimiento de Caso y se anotarán allí los datos más relevantes, los cuales conducirán a obtener información rápida de casos de riesgo o problemas que ameriten mayor seguimiento y/o visita domiciliaria.
6. La embarazada debe ser ingresada al Programa la primera vez que acude a la instalación de salud a fin de asegurar la captación temprana.

7. Todo personal involucrado en la atención materna debe estar orientado sobre el uso de la Historia Clínica Perinatal Base y el Sistema Informático Perinatal y deberá mantenerse capacitación continua al respecto.
8. El auxiliar de enfermería o asistente de clínica tomará la presión arterial, pesará y tallará a la paciente.
9. Para tomar la presión arterial la paciente debe estar en un ambiente tranquilo. Disipe el miedo. Asegure que la embarazada no haya participado recientemente en una actividad física o mental moderada o severa.
10. Procedimiento para la toma de la presión arterial:
 - Con la paciente sentada descubra el brazo derecho apoyándolo en reposo a nivel del corazón.
 - La escala del manómetro debe estar a nivel de los ojos del examinador.
 - Envuelva suavemente el brazalete alrededor del brazo. El borde inferior debe estar justamente sobre la fosa antecubital y debe haber espacio suficiente para colocar apropiadamente la campana del estetoscopio sobre la arteria humeral.
 - Infle rápidamente el brazalete. Una vez que desaparece el pulso radial, continúe inflando hasta 180 mmHg.
 - Abra la válvula y desinfe lentamente al mismo tiempo que ausculta la arteria humeral. Nunca desinfe rápidamente el brazalete pues ello provoca mediciones incorrectas.
 - Al disminuir gradualmente la presión la pared del vaso colapsado se distiende; ésta es la fase uno. Aparece un sonido continuo y de forma regular: es la presión sistólica.
 - Continúe disminuyendo la presión. Escuchará el susurro de la turbulencia del flujo a medida que la arteria se dilata bajo el brazalete: ésta es la fase dos.
 - Cuando la presión diastólica comienza, la arteria se cierra un momento, luego se abre de nuevo y se escucha un sonido de “tono alto”: ésta es la fase tres.
 - Al continuar desinflando, se produce la fase cuatro: la arteria deja de estar comprimida, el ruido retorna pero su tono es bajo: éste es el valor de la presión diastólica.
 - Luego se pierde el sonido: ésta es la fase quinta.
11. Se aplicará Toxoide Diftérico (Td.) de acuerdo a las Normas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), al momento de la captación de la embarazada. Se anotará en la HCPB ambulatoria, la Tarjeta de Control Prenatal y en la Tarjeta de Seguimiento de Caso, el mes de gestación en que se aplica, en el cuadro correspondiente a la Primera o a la Segundo Dosis o Refuerzo según el caso. Si la embarazada tiene vacuna previa se marca el cuadro correspondiente.
 - La dosis a administrar será de 0.5 cc IM, en el músculo Deltoides. Dos dosis con intervalo de 4 a 8 semanas y un refuerzo al año después de la 2ª dosis.
 - A la mujer embarazada con esquema completo de vacunación, se le aplicará un Refuerzo, si tiene 10 años o más de haber recibido el primero.
12. El funcionario que da la atención cumplirá con:

- a. La anamnesis completa, anotando todos los elementos señalados en la HCPB y la Tarjeta de Control Prenatal, sobre los antecedentes y el embarazo actual. No deberá dejar información en blanco a menos que no cuente con el dato.
- b. La anamnesis completa incluye:
 - Datos generales
 - Antecedentes familiares y patológicos
 - Antecedentes personales y patológicos
 - Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluye citología vaginal)
 - Estado de inmunización con Td y Vacuna anti-Rubéola (MR)
 - Estado general
 - Hábitos alimenticios
 - Síntomas relacionados con el embarazo
 - Fecha de la última menstruación
 - Inicio de movimientos fetales
 - Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas, etc.)
- c. Todos los datos de interés no contemplados en la HCPB se anotarán en el reverso de la hoja.
- d. Cumplirá con las actividades señaladas hasta el primer control de la gestante, indicando el riesgo obstétrico.
- e. Examen clínico general que incluya:
 - Peso y Talla
 - Presión arterial con la embarazada sentada o en decúbito lateral
 - Conjuntivas
 - Cavidad oral
 - Palpación de tiroides
 - Auscultación cardíaca y pulmonar
 - Examen de mamas
 - Tamaño del útero
 - Situación y posición del feto
 - Movimientos fetales

- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal
 - Examen ginecológico completo
 - Toma de citología cervicovaginal, si corresponde, independientemente de la edad gestacional.
 - Examen de extremidades
- f. Los hallazgos patológicos se anotan en el reverso de la HCPB ambulatoria y los diagnósticos patológicos se anotan en la sección de patologías maternas de la HCPB.
- g. En el examen de mamas, además de descartar patología debe evaluarse el tipo de pezones (corto, plano, umbilical). Anotar datos relevantes en el reverso de la hoja.
- h. Educación continua a la madre durante todos los controles, resaltando la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento, desde el punto de vista nutricional, anti-infeccioso, psicoafectivo y económico.
- i. Orientar sobre la importancia de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto y mantenerla exclusiva hasta los 6 meses de edad y prolongarla hasta los 24 meses ofreciendo alimentación complementaria al lactante.
- j. Destacar los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre.
- k. Orientar sobre las ventajas del Alojamiento Conjunto.
- l. Durante el examen ginecológico deberá evaluarse la pelvis materna.
- m. Se anotará el resultado del Papanicolaou al momento de recibirlo en fecha posterior.
- n. En la columna del primer control se anotará la fecha de la consulta, las semanas de amenorrea, el peso en kilogramos, la presión arterial, la altura uterina en cm, la presentación del producto, la frecuencia cardíaca fetal y la presencia de movimientos fetales si corresponde.
- o. Se graficará la ganancia de peso materno en cada consulta y se referirá a la Nutricionista o a la auxiliar de nutrición o en su defecto a la enfermera, las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso.
- p. Se graficará el aumento de la altura uterina según la semana de gestación en cada consulta.
- q. Se ordenarán los siguientes exámenes de Laboratorio:
- Hemograma completo
 - Tipaje y Rh
 - Glicemia en ayunas
 - Serología Luética (VDRL Ó RPR)
 - Urinálisis completo

- Electroforesis de hemoglobina o solubilidad de Hemoglobina en aquellos centros donde no se puede efectuar la primera.
- Prueba de VIH. Dar orientación a toda embarazada sobre la importancia de la misma para la prevención de la transmisión vertical y firmar el consentimiento informado.
- Otros exámenes de laboratorio de acuerdo a anamnesis e impresión clínica, previa orientación sobre los propósitos y resultados de las pruebas. Por ejemplo:
 - . Esputo por BAAR a toda embarazada que presente factores de riesgo respiratorio por TBC
 - . Prueba de Rubéola, Prueba de Toxoplasmosis, Prueba de Hepatitis B, Citomegalo virus y Clamidias.
 - . Urocultivo más antibiograma

En aquellas áreas donde exista prevalencia de enfermedades transmisibles tales como Dengue, malaria. Chagas u otras, tomar muestra de sangre para el diagnóstico correspondiente. En caso de confirmar diagnóstico referirse a norma correspondiente

- r. A toda embarazada en control prenatal captada antes de las 20 semanas de gestación se le prescribirá un suplemento vitamínico diario que contenga 60 mg de hierro elemental y 500 mcg de ácido fólico, hasta el final del embarazo y continuar hasta los tres meses post parto
 - s. A toda embarazada en control prenatal captada después de las 20 semanas de gestación se le prescribirá un suplemento vitamínico diario que contenga 120 mg de hierro elemental y 800 mcg de ácido fólico, hasta el final del embarazo.
 - t. Toda embarazada con niveles de hemoglobina < de 11gramos se le administrará 120 mg de hierro elemental y 800 mcg de ácido fólico diarios por tres meses y reevaluar.
 - u. Es conveniente educar a la gestante que ingiera los suplementos de hierro una hora antes de la ingesta de cualquier comida, preferiblemente con jugo o agua.
 - v. Toda embarazada que clasifique como de Muy Alto Riesgo Obstétrico deberá ser referida para la atención por un especialista o a una Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
 - w. Se invitará a la embarazada a acudir con su pareja al menos a una consulta prenatal, de acuerdo a las posibilidades.
 - x. Realizar educación a la embarazada tendiente a la eliminación del hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y consumo de drogas; hábitos alimentarios; reposo adecuado durante el embarazo.
13. Explicar a la paciente cómo tomar los medicamentos recetados y los posibles efectos de los mismos.
14. Orientar a la paciente sobre los riesgos del uso de alcanfor (en todas sus formas, incluyendo el alcohol alcanforado) durante el embarazo (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada).
15. Exhorte a la paciente a exponer sus dudas o preocupaciones.
16. Toda embarazada debe ser referida a consulta de Odontología
- a) En su primera consulta se realizarán actividades de prevención y educación
 - Examen clínico odontológico y llenado del expediente

- Tinción de placa bacteriana
 - Enseñanza de técnica de cepillado y uso del hilo dental
 - Profilaxis dental
 - Aplicación de fluor
 - Charla sobre cuidados de salud bucal
- b) El Odontólogo anotará en la HCPB el resultado del examen realizado señalando si es normal o anormal. En caso de ser anormal anotar en la HCPB en la sección de observaciones las patologías encontradas.
- c) Las actividades curativas deben ser programadas según prioridad y factor de riesgo, eliminando todos los focos de infección, procurando que coincidan con las citas subsiguientes de control prenatal.
- d) En caso de urgencia odontológica la atención será inmediata.

C. ACTIVIDADES DE LOS CONTROLES SUBSIGUIENTES:

1. Verificación y seguimiento del llenado completo de la HCPB ambulatorio, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso en cada consulta.
2. Se le interrogará sobre:
 - Estado general
 - Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos.
 - Posibles hemorragias, leucorrea
 - Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinnitus, fosfenos, acúfenos)
 - Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros)
 - Movimientos fetales
3. Presión arterial con la embarazada sentada o en decúbito lateral.
4. Examinar lechos ungueales y conjuntivas por signos de anemia.
5. Medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional. Evaluación del estado fetal:
 - a) Crecimiento fetal: Medir la altura uterina y graficarla en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas requiere de reinterrogar sobre la FUM y estudio eco gráfico fetal.
 - b) Evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal
 - c) Presentación y posición del feto
6. Evaluación de los resultados de los exámenes de laboratorio.

7. Evaluación de la orina en cada control para detectar proteinuria y glucosuria.
8. Urinálisis completo, como mínimo cada trimestre, para determinar bacteriuria asintomático, previa orientación sobre la toma de la muestra.
9. Entre las 24 - 28 semanas ordenar:
 - Prueba de O'Sullivan (50 g de glucosa anhidra oral)
 - Independientemente de la ingesta de alimentos, administrar 50 g de glucosa v.o; una hora después, con la embarazada sentada y sin fumar durante ese periodo, se le extrae la muestra de sangre. Es positiva si el valor de Glicemia es \geq 130 mg/dl y \geq 120 mg/dl si la paciente estaba en ayuna previa a la prueba.
10. Al menos tres meses luego de los primeros laboratorios ordenar:
 - Hemoglobina / Hematocrito
 - Serología Luética (VDRL ó RPR)
 - HIV
11. Evaluación del estado físico materno y anotar en la HCPB
12. En cada consulta se evaluará el riesgo materno y fetal y de ser necesario se referirá a los Servicios Especializados o Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
13. En caso de sospecha de exposición al virus de la Rubéola en la embarazada durante el primer trimestre, el diagnóstico puede confirmarse a través de una de las siguientes maneras:
 - Ordenar el día de la consulta la prueba de Inhibición de la Hemoaglutinación IgG y una prueba de control a los 15 días.
 - Ordenar la IgM en el intervalo de una a seis semanas después del cuadro exantemático.
 - Si se confirma el diagnóstico deberá referirse a Consulta de Alto Riesgo
 - Interpretación de Resultados: Se considera seropositiva por IgG, si después de una prueba negativa, se encuentra una positiva, o si con una prueba positiva previa, se encuentra un aumento de los títulos de 4 veces mayor que el inicial.
Toda prueba de IgM positiva es comprobatoria de una Rubéola reciente.
 - En caso de comprobación serológica de Rubéola en el primer trimestre de gestación, se orientará a la embarazada y a su pareja las implicaciones para el producto y si la embarazada solicita la interrupción del embarazo, ésta se tramitará por conducto de las Autoridades Institucionales o Regionales a la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico con sede en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población del Ministerio de Salud.
 - Recordar:
 - a) No se aplicará gammaglobulina a la embarazada.
 - b) No se aplicará vacuna anti-Rubéola a la embarazada bajo ninguna circunstancia.

- c) Según la información científica actual, la aplicación accidental de la vacuna anti-Rubéola a la embarazada durante el primer trimestre del embarazo, no es indicación de interrupción del embarazo.
14. En todo caso de sospecha de rubéola durante el embarazo notificar inmediatamente al departamento de Epidemiología.
 15. Se dará educación sobre los siguientes temas:
 - a. Cuidados durante el embarazo
 - b. Preparación para el parto
 - c. Importancia del Tamizaje Neonatal
 - d. Importancia y ventajas de la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad
 - e. Cuidados del puerperio
 - f. Importancia y ventajas del parto institucional
 - g. Cuidados del recién nacido
 - h. Riesgo del uso del alcanfor en el recién nacido (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada). Ver la lista de producto con alcanfor en el anexo
 - i. Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido
 - j. Importancia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar.
 - k. Se hará énfasis en la responsabilidad materna y paterna
 - l. Importancia de la eliminación del hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, peligros de la automedicación.
 - m. Alimentación adecuada durante el embarazo
 - n. Importancia del hierro y la prevención de la anemia
 - o. Ganancia de peso adecuado durante el embarazo
 - p. Cumplimiento de citas
 - q. Importancia del control odontológico en el embarazo
 16. Se recomendará a la embarazada que aumente los periodos de reposo durante el día y que evite realizar trabajos o ejercicios agotadores.
 17. Se orientará a toda asegurada activa para que tramite la licencia por maternidad, tal como lo establece el Código del Trabajo.
 18. Se promoverá la preparación psicoprofiláctica del parto y la participación de la gestante con su pareja.
 19. El personal médico y de enfermería será capacitado en la técnica del parto psicoprofiláctico.

20. Se fomentará el acompañamiento por el cónyuge a las citas de control prenatal.

21. En cada control se le indicará a la paciente la fecha de sus próximas citas y solicitará a registros médicos la adjudicación del cupo en el periodo indicado por el proveedor de la atención.(fecha)

CONTROL DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (A.R.O)

Se define el embarazo de alto riesgo, como aquel en que la madre, el feto y/o el neonato, tienen una mayor probabilidad de enfermar y morir o de padecer secuelas durante el embarazo o después del parto.

A. INDICACIONES GENERALES DE ATENCIÓN AL ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

1. La embarazada de alto riesgo (A.R.O.) que se controla en una instalación de salud, deberá ser atendida por el personal más capacitado disponible. De contar con el recurso, al menos una vez, iniciado su control prenatal, debe ser evaluada por un Gineco-obstetra, quien determinará si debe continuar su control con especialista.
2. La embarazada de muy alto riesgo (M.A.R.O.) deberá llevar su control con Médico Especialista o en una Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
3. De acuerdo al caso, el Gineco-obstetra establecerá ínter consultas con otras especialidades.
4. El esquema de atención de la paciente de muy alto riesgo será más estricto y su frecuencia dependerá de la condición de la paciente y el criterio médico.
5. Adicional a la H.C.P.B. se llenará la Historia Clínica del Adolescente a embarazadas hasta los 19 años.
6. Se referirá a las adolescentes embarazadas a Salud Mental y/o Trabajo Social para evaluación y seguimiento de los riesgos psico-sociales.
7. Se referirá a la consulta de nutrición las embarazadas con alto riesgo nutricional.
8. Se ofrecerá un espacio grupal a la adolescente embarazada donde pueda recuperar la relación con sus pares (grupos iguales), recibir apoyo, incentivar el auto cuidado en el embarazo y fomentar el vínculo con su hijo o hija.
9. El funcionario que controla a una embarazada con cesárea previa deberá orientarla sobre la vía de terminación del embarazo.
10. Toda embarazada con antecedente de cesárea será referida a consulta especializada o a una clínica de alto riesgo entre las 30 y 36 semanas, para evaluar y considerar con ella la posibilidad de un parto vaginal o programar cesárea. (Ver Normas de Embarazo de Alto Riesgo)
11. Se dará seguimiento de control prenatal en la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo a las embarazadas que hayan requerido una hospitalización, por el tiempo que, según criterio médico, sea necesario o hasta la terminación del embarazo.
12. Se referirá a consulta especializada a las parejas con riesgo reproductivo, así como a las púerperas cuyos embarazos y/o partos fueron de alto riesgo.

Se determinará el grado de riesgo a toda embarazada, desde el inicio del control prenatal, utilizando los siguientes criterios:

B. EMBARAZO DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (A.R.O.)

1. Desnutrición materna, sobrepeso, obesidad
2. Embarazadas menores de 15 y mayores de 35
3. Gran paridad (4 o más partos previos)
4. Intervalo ínter genésico menor de 2 años
5. Antecedente de parto prematuro y/o producto de bajo peso
6. Anemia nutricional (Hb 8 – 10.9 g)
7. Cesárea anterior, independientemente de la indicación.
8. Miomectomía previa
9. Peso inferior a 45 Kg. en cualquier momento del embarazo y talla inferior a 1.50mt
10. Sin control prenatal; inicio de control prenatal en el tercer trimestre (> 28 semanas)
11. Amenaza de aborto
12. Sífilis no tratada
13. Asma
14. Infecciones de vías urinarias
15. Enfermedades convulsivas
16. Pobreza extrema
17. Embarazadas en situaciones de riesgo de violencia física o psicológica
18. Embarazo no deseado
19. Madre Rh negativo no sensibilizada
20. Trastorno mental
21. Retraso mental
22. Embarazo de 41 semanas o más
23. Embarazo Gemelar

C. EMBARAZO DE MUY ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (M.A.R.O.)

1. Anemia menor de 7 g
2. Desnutrición (menos del percentil 10 de la gráfica peso para la talla según la edad gestacional)
3. Obesidad (superior al percentil 90 de la gráfica peso para la talla)
4. Trastornos hipertensivos del embarazo
5. Aborto habitual
6. Antecedente de defunción fetal
7. Antecedentes de enfermedades genéticas o malformaciones congénitas
8. Hidramnios / Oligoamnios
9. Restricción del Crecimiento Intrauterino (R.C.I.U.)
10. Sangrado durante el segundo o tercer trimestre del embarazo
11. Ruptura prematura de membranas pretérmino
12. Infección vaginal por Estreptococo del Grupo B.
13. Embarazada con HIV-SIDA
14. Madre Rh negativa sensibilizada
15. Cardiopatías
16. Nefropatías
17. Diabetes Mellitus
18. Otras patologías endocrinas
19. Hemoglobinopatías (SS, SC, Talasemia)
20. Cáncer del cuello uterino invasor
21. Cáncer de mama u otro.
22. Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, fármaco dependencia durante el embarazo
23. Tuberculosis pulmonar activa
24. Herpes genital activo en el tercer trimestre
25. Enfermedades auto inmunes
26. Malaria Dengue o Chagas durante el embarazo
27. Embarazos múltiple (3 o mas fetos)

28. Enfermedades cardio vasculares descompensadas

29. Cualquier otra condición materno fetal y/o ambiental que pueda incidir con el resultado final del embarazo

ESTADO NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA

1. El personal que brinda la atención vigilará el estado nutricional de la embarazada en cada control prenatal. La ganancia mínima de peso, después del 1er trimestre debe ser de 1.1 Kg. por mes.
2. En el primer control prenatal se deberá definir cuál es la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo. Los rangos de ganancia de peso recomendables son los siguientes:

Estado Nutricional Inicial	Incremento de peso Total Kg.	Incremento de peso semanal gramos/semana
Bajo peso	12 – 18 Kg.	400 – 600 g
Normal	10 – 13 Kg.	330 – 430 g
Sobrepeso	7 – 10 Kg.	230 – 330 g
Obesidad	6 – 7 Kg	200 – 230 g

- Mujeres < 150 – 155 cm: preferir el rango inferior del incremento de peso
 - Adolescentes embarazadas: preferir el rango superior de incremento de peso
 - Embarazadas de bajo peso captadas en el II o III trimestre: usar rango superior del incremento de peso semanal.
3. Para pesar a la embarazada debe estar descalza, con un mínimo de ropa. Si por razones de fuerza mayor es necesario mantener parte de la ropa es necesario restar el peso de esas prendas del peso obtenido, para lo cual se debe elaborar una pequeña tabla con el peso promedio de las prendas más frecuentes.
 4. Antes de cada jornada de trabajo la balanza debe ser calibrada observando que el fiel de la balanza esté en equilibrio en cero. La persona debe situar sus pies en el centro de la plataforma. El peso se debe registrar en kilogramos.
 5. La talla se debe determinar en el primer control prenatal con la paciente descalza sobre un piso plano y horizontal, los talones, las nalgas, los hombros y la cabeza deben estar en contacto con el plano posterior. La cabeza erguida cómodamente. El tope superior se determina haciendo contacto con el vértice de la cabeza. La talla se registra en centímetros.
 6. La Tabla N° 1 presenta los valores del peso para la talla según la edad gestacional. Sirve para determinar si el peso alcanzado por una gestante es adecuado o no para una edad gestacional. Cuando el peso materno es inferior al percentil 10 debe explorarse y descartar bajo peso fetal. Si el peso es mayor al percentil 90 debe darse consejo nutricional.
 7. Muchas gestantes desconocen su peso habitual previo al embarazo. En este caso debe utilizarse el P10 de la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional. En estos casos también se puede controlar el aumento de peso por los incrementos semanales, aceptando como normal un aumento promedio de 400g semanales en el segundo trimestre y de 300g semanales en el tercer trimestre.

8. Si la gestante conoce su peso habitual pregravídico se controlará su incremento de peso con la gráfica de la figura N° 1. Una vez fijada la semana de gestación, se resta el peso actual del pregravídico, obteniéndose el incremento de peso para esa edad gestacional. Dicho valor es trasladado a la gráfica antes citada.
9. La tabla N° 2 presenta desde la semana 13 los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la Altura Uterina y los percentiles 25 y 90 del incremento de peso materno. Debe sospecharse restricción en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores a los que corresponden al P25 o los de la AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCI, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad diagnóstica alcanza el 75%.
10. Los casos con sospecha clínica de RCI, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar falsos positivos.
11. Clínicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal: La sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.
12. Debe sospecharse desnutrición materna cuando el incremento de peso es menor que el P25 o el peso para la talla es menor que el P10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.
13. Se considerará de alto riesgo obstétrico a toda embarazada que al inicio de la gestación tenga un peso para la talla según la edad gestacional por debajo del P10 o superior al P90.
14. La embarazada que en su primer control presente un peso para la talla, según la edad gestacional, por debajo del P10 debe registrarse en la hoja de registro diario como Bajo Peso y la que este por encima del P90 como Obesa.
15. Se referirá al Programa de Alimentación Complementaria (PAC) a toda gestante que a su ingreso tenga un peso para la talla inferior al P10 o que en los controles subsecuentes tenga un incremento de peso inferior al P25. Para su seguimiento refiérase a las Normas del Programa de Alimentación Complementaria (PAC).
16. Se indicará aporte gratuito de hierro, ácido fólico y vitaminas a toda embarazada desde la captación.
17. La embarazada obesa no será sometida a dieta de reducción durante la gestación.
 - Se ofrecerá educación nutricional dirigida a modificar los hábitos alimentarios.
 - Se referirá durante el puerperio a la nutricionista para manejo, control y mantenimiento de un peso adecuado.

Figura N° 1
Gráfica de Incremento de peso materno en función de la edad gestacional.

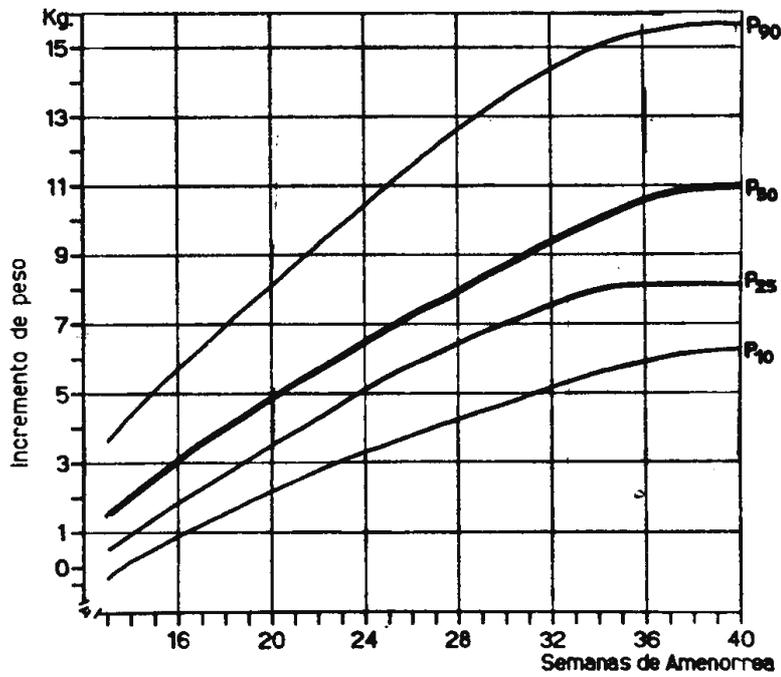


Figura N° 2.
Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.

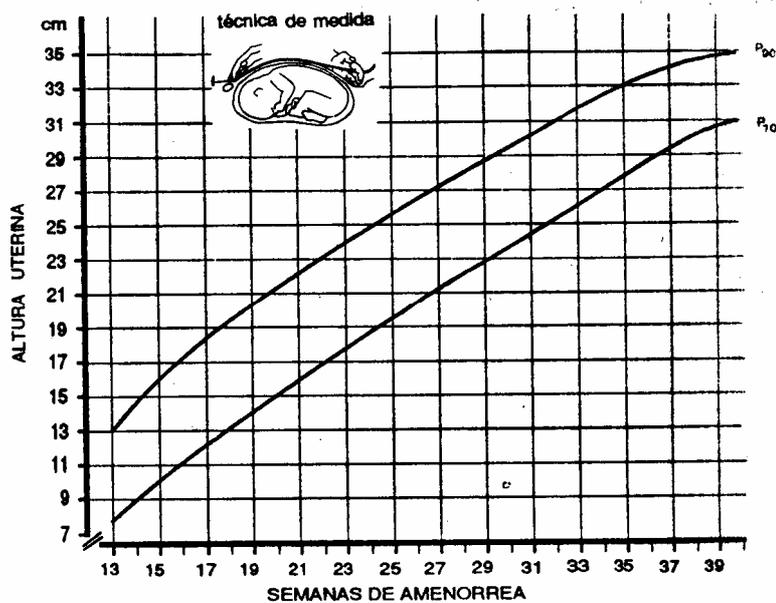


Tabla N°1. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana gestacional.

Incremento del Peso Materno (Kg) Percentilos		Semanas	Altura Uterina ** (cm) Percentilos	
25	90		10	90
0.4	3.5	13	8.0	12.0
1.2	4.0	14	8.5	14.5
1.3	4.5	15	9.5	15.0
1.8	5.4	16	11.5	18.0
2.4	6.1	17	12.5	18.0
2.6	7.0	18	13.5	19.0
2.9	7.7	19	14.0	19.5
3.2	8.3	20	15.0	21.0
4.1	8.6	21	15.5	21.5
4.5	9.4	22	16.5	22.5
4.8	10.2	23	17.5	23.0
5.1	10.8	24	18.5	24.0
5.6	11.3	25	19.5	25.5
5.9	11.6	26	20.0	25.5
6.1	11.7	27	20.5	26.5
6.4	11.9	28	21.0	27.0
6.6	12.1	29	22.5	28.0
7.0	13.5	30	23.5	29.0
7.1	13.9	31	24.0	29.5
7.6	14.5	32	25.0	30.0
7.7	14.7	33	25.5	31.0
7.9	15.0	34	26.0	32.0
7.9	15.4	35	26.5	33.0
8.0	15.6	36	28.0	33.0
8.0	15.8	37	28.5	34.0
8.0	16.0	38	29.5	34.0
8.0	16.0	39	30.5	34.0
8.0	16.0	40	31.0	34.5

**Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

Tabla N°2. Peso para la talla según edad gestacional (P10 y P90).
 Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP – OPS/OMS

Sem.	Perc.	Talla en cm									
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	48.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	52.1
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	59.3	60.7	62.6
	90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	70.3	72.0	74.3
24	10	46.8	43.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.9	61.3	63.2
	90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.8	72.6	74.9
25	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	55.8	55.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	71.4	73.2	75.5
26	10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	57.7	59.9	61.9	63.9
	90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	65.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

18. Se referirá al Programa de Alimentación Complementaria a toda embarazada de bajo peso y/o anémica que acuda a control prenatal en donde esté disponible el programa.
19. El servicio de Nutrición valorará la dieta y su composición nutricional en las embarazadas hospitalizadas.
20. En caso de muerte materna se registrará el estado nutricional en el Certificado de Defunción, independientemente de la causa de la muerte.
21. Las Nutricionistas se incorporarán a las tareas educativas sobre Nutrición y Dieto-terapia, tanto en la capacitación al equipo de salud como a la población.
22. Se promoverán las investigaciones relacionadas con la alimentación y nutrición de las embarazadas.
23. Se promoverá el establecimiento de Servicios de Nutrición en todos los Hospitales y otras instalaciones de Salud.

ALIMENTACIÓN DIARIA RECOMENDADA EN EL EMBARAZO

Esta alimentación llena los requerimientos nutricionales diarios.

ALIMENTOS	EMBARAZADA	MADRE QUE LACTA
Leche líquida íntegra	2 vasos de 8 oz.	3 vasos de 8 oz.
Carne(ver dieta recomendada para embarazadas)	4 oz. 1 unidad	5 oz. 1 unidad
Huevos	1 y ½ taza.	1 y ½ taza.
Arroz	1 taza.	1 taza.
Frijoles	1 taza.	½ taza.
Verduras y plátano	1 taza.	1 taza.
Vegetales	6 porciones	6 porciones
Fruta	2 rebanadas	3 rebanadas
Pan		

- La dosis diaria de calcio requerida durante el embarazo es de 1200 mg/ día y durante la lactancia aumentar a 1400 mg/ día.

ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

A. ADMISIÓN EN EL PERIODO DE LABOR

1. Se brindará atención a toda gestante que acuda al hospital, dando prioridad a aquellas de alto riesgo y/o con patología evidente.
2. Las embarazadas de bajo riesgo podrán ser atendidas en anexos materno-infantiles. De ser necesario, se atenderán también en Centros, Sub-centros y Puestos de Salud.
3. El parto de bajo riesgo puede ser atendido por Médico General, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, u otro personal capacitado como Ayudantes de Salud.
4. Las parteras tradicionales capacitadas y ayudantes de salud deberán procurar referir oportunamente a los hospitales al mayor número de embarazadas en labor que puedan ser trasladadas, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo.
5. Se solicitará la Tarjeta de Control Prenatal, para evaluar los datos anotados en ella y clasificar el grado de riesgo de la paciente.
6. Hospitalizar sin demora a las gestantes en labor.

- La embarazada se encuentra en franca labor de parto cuando presenta:
 - Tres o más contracciones uterinas de aproximadamente 35 – 45 segundos de duración en 10 minutos y en forma persistente.
 - Dilatación cervical de 3 cm o más en caso de multíparas y de 4 cm o más en caso de primigestas.
 - Modificaciones cervicales con 75% o más de borramiento.
7. Admitir en observación a embarazadas a término con labor incipiente que proceden de lugares distantes o de áreas de difícil acceso, si la paciente no tiene donde quedarse o si no se cuenta con un albergue materno accesible.
 8. El que admite a la paciente, debe transcribir a la HCPB intra-hospitalaria los datos generales, la información del primero y último control que tuvo la paciente y se iniciará el llenado de los datos referentes al examen físico y obstétrico, así como al parto o aborto.
 9. Si la paciente no posee una Tarjeta de Control Prenatal se llenará una HCPB ambulatoria y se le entregará después del parto como referencia.
 10. Se evaluará y registrarán los siguientes datos:
 - Fecha y hora de la primera evaluación
 - Presión arterial, Frecuencia cardíaca materna, Frecuencia respiratoria, Temperatura
 - Frecuencia cardíaca fetal
 - Altura uterina
 - Contractilidad uterina
 - Presentación fetal, variedad y altura de la presentación (Planos de De Lee)
 - Borramiento y dilatación del cérvix
 - Estado de las membranas. En caso de membranas rotas anotar la hora aproximada de la ruptura.
 - Evaluación de la pelvis y del canal de parto.
 11. Se ofrecerá un trato amable y todo el apoyo y la orientación que la paciente requiere para disminuir la ansiedad y lograr el máximo de cooperación de la embarazada durante el trabajo de parto.
 12. La presencia de la pareja u otro familiar inmediato durante la labor de parto o el parto se permitirá siempre y cuando la instalación cuente con las facilidades que garanticen la privacidad de otras pacientes y que el acompañante cumpla con requisitos que garanticen el cumplimiento de normas de bioseguridad y de prevención de infecciones nosocomiales.
 13. Si la embarazada no posee una Tarjeta de control Prenatal o no se controló el embarazo, se solicitará los siguientes exámenes:
 - Hemoglobina y Hematocrito

- Tipaje y Rh
 - VDRL
 - Urinálisis
 - VIH
14. Se ordenará Hemoglobina y Hematocrito a toda embarazada en labor cuyo último control de Hemoglobina sea menor de 10 gramos o Hematocrito menor de 30%.
 15. Si la paciente presenta ruptura de membranas mayor de 6 horas y/o fiebre, se ordenará administrar antibióticos: (Ver Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo).

B. ATENCIÓN EN LA SALA DE LABOR DE PARTO

1. Se registrará en la HCPB intrahospitalaria todas las actividades, evaluaciones o exámenes que se realicen durante la labor de parto.
2. Se procurará ropa adecuada de fácil manejo y se le colocará un brazalete que la identifique con su nombre completo.
3. Siempre que el tiempo de evolución de la labor lo permita, deberá utilizarse el Partograma para la detección oportuna de anomalías en el trabajo de parto.
4. Al llegar a la sala de labor, la embarazada será evaluada por personal médico y de enfermería. En instalaciones de menor complejidad, la evaluación es responsabilidad del personal capacitado de mayor jerarquía.
5. Brindar un trato amable y respetuoso, ofrecer apoyo emocional para disminuir el estado de ansiedad de la parturienta.
6. Se procurará el aseo general de la paciente, a través de un baño en regadera, si la condición de la paciente lo permite.
7. Se utilizarán guantes estériles para cada examen vaginal, el cual se realizará previo lavado de genitales. Se separarán los labios ampliamente con el índice y el pulgar de una mano y se introducen los dedos índice y medio de la otra mano sin tocar la superficie externa de los labios para el examen interno. No retirar los dedos de la vagina hasta completar la evaluación y evitar el contacto con el área anal.
8. El lavado del área genital se realizará con solución antiséptica no irritante, en dirección antero-posterior y hacia fuera del introito, limpiando cuidadosamente los pliegues vulvares. Se descartan las esponjas al pasarlas sobre la región anal.
9. Si los vellos de la parte posterior de la vulva y el periné parecen interferir al momento del parto, pueden ser cortados con tijeras o realizarse un pequeño rasurado del área específica.
10. El enema evacuante al inicio de la labor no se realizará de rutina, sino por indicación médica. No debe aplicarse enema una vez que la presentación alcance la Estación 0 de De Lee (Plano II de Hodge) o cuando la dilatación sea mayor de 6 cm. No se recomienda colocar enema en pacientes con productos de menos de 34 semanas.
11. La embarazada en labor, con la presentación encajada, podrá deambular libremente, sentarse o adoptar la posición que le resulte más cómoda, siempre y cuando su condición y/o la del producto así lo permitan.

12. La embarazada en labor activa y membranas rotas, con producto cuya presentación no esté encajada, permanecerá preferiblemente en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.
13. Se procurará que la paciente mantenga la vejiga vacía, estimulando la diuresis espontánea por medios físicos.
14. De ser necesaria la cateterización de la vejiga, ésta será realizada por el personal médico o de enfermería, siguiendo la técnica aséptica.
15. Permita a la embarazada ingerir líquidos claros isotónicos azucarados (te, jugo de manzana) en pequeñas cantidades, hasta que alcance los 5 cm de dilatación cervical.
16. La evaluación de la contractilidad se hará a intervalos no mayores de 60 minutos, por medio de palpación en la zona depresible del útero, en el lado opuesto del dorso fetal.

Se evaluará:

- a) Frecuencia: Número de contracciones que se producen en 10 minutos.
 - b) Duración: Se mide en segundos, desde el momento en que el útero comienza a contraerse hasta que se relaja.
 - c) Regularidad: Se refiere a la igualdad o no de los intervalos entre cada contracción, o sea el tiempo que transcurre entre dos contracciones consecutivas.
 - d) Intensidad: Aumento de presión intrauterina causada por la contracción, la cual puede ser:
 - Débil: El útero puede deprimirse en la mayor parte de la contracción.
 - Moderada: El útero puede deprimirse en aproximadamente la mitad de la duración de la contracción.
 - Intensa: El útero se palpa firme y no puede deprimirse durante la mayor parte de la duración de la contracción.
 - e) Tono: Entre contracción y contracción el útero debe ser depresible y debe poder palpase las partes fetales.
17. La frecuencia cardíaca fetal se controlará durante la primera fase de la labor a intervalos de 30 minutos, antes y después de la contracción uterina en tres contracciones consecutivas. Durante el periodo expulsivo se controlará a intervalos de 10 – 15 minutos. Debe tenerse presente los siguientes aspectos:
- a) La FCF es normal entre 120 y 160 latidos/minuto en el periodo de dilatación y no menos de 100 durante el periodo expulsivo.
 - b) Para detectar alteraciones de la FCF, se comienza a contar la misma desde el acmé de la contracción (punto más intenso), hasta 30 segundos terminada la misma.
 - c) De contar la instalación con el recurso, puede utilizarse el monitor fetal externo para la vigilancia de la contractilidad y la FCF.
 - d) Se denomina Desaceleración a la caída transitoria de la FCF causada por una contracción uterina.

- Desaceleración temprana (Dip I): la desaceleración coincide con la contracción uterina y hay una recuperación rápida de la FCF basal.
 - Desaceleración tardía (Dip II): la desaceleración se presenta posterior a la contracción uterina, con una amplitud mayor de 15 latidos y una recuperación lenta de la FCF basal.
 - Desaceleraciones variables: Se presentan antes, durante o después de la contracción y se asocian con frecuencia a distocias de cordón.
- e) Toda caída transitoria de la FCF cuya amplitud sea mayor de 15 latidos por minuto será considerada como un descenso anormal y deberá ser evaluada por el personal más capacitado, preferiblemente con ayuda de un doppler o un monitor fetal según disponibilidad. Ante la presencia de Desaceleraciones tardías o variables, consulte las Normas de Alto Riesgo, Capítulo 6. Sufrimiento fetal agudo.
18. Conjuntamente con la evaluación periódica de la contractilidad y la FCF, evalúe los signos vitales de la embarazada cada dos horas.
19. Se respetará la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto con producto encajado, a menos que haya detención de la labor o sospecha de sufrimiento fetal.
20. Inmediatamente después de la ruptura de membranas, sea ésta espontánea o artificial, se auscultará la FCF, independientemente del tiempo transcurrido desde la última evaluación y se realizará examen vaginal para descartar un posible prolapso de cordón.
21. Para realizar la amniorrexis o amniotomía:
- a) Limpieza estricta de los genitales
 - b) Utilización de guantes y pinzas estériles. Ruptura de las membranas en el intervalo entre dos contracciones.
 - c) Procedimiento: Se realiza tacto vaginal hasta contactar las membranas y sin retirar la mano, se introducen las ramas cerradas de la pinza de Kocher o pinza de Allis u otro amniótomo, entre los dedos examinadores, hasta que la punta de la pinza esté en contacto con las bolsas. Se abre la pinza y se presan las membranas para rasgarlas. Una vez rotas se retira la pinza, más no así los dedos, evitando la salida brusca del líquido amniótico.
 - d) Evaluar las características del líquido amniótico:
 - Cantidad: abundante o escaso
 - Olor: normal o fétido
 - Color: claro, meconial, sanguinolento
 - Presencia de vernix caseoso
 - e) Importante recordar el control de la FCF inmediatamente realizada la amniotomía.
22. Contraindicaciones para la amniotomía:
- a. Presentaciones distócicas: pélvica, de cara y situación transversa
 - b. Parto prematuro

c. Pro cúbito de cordón (palpación del cordón a través de las membranas).

d. Cabeza fetal no encajada.

23. La evaluación del progreso de la labor de parto se determinará por:

a) Examen vaginal realizado con guantes estériles cada dos horas (no mayor a 4 horas), previo lavado de genitales. De acuerdo al progreso de una labor de parto normal, se estiman necesarias un promedio de 4 exámenes vaginales.

b) Evaluación de la contractilidad uterina cada dos horas.

24. En cada tacto vaginal se evaluará:

a) Grado de borramiento del cuello uterino.

b) Dilatación cervical.

c) Estado de las membranas.

d) Características del líquido amniótico, si están rotas las membranas.

e) Presentación y variedad de posición.

f) Descenso de la presentación, sinclitismo y cabalgamiento de las suturas.

g) Relación feto-pélvica

25. Para evaluar el descenso de la presentación se utilizarán las Estaciones de De Lee, descritas en el siguiente cuadro:

ESTACIÓN	DESCRIPCIÓN DE LA PRESENTACIÓN
-3	3 cm por arriba de las espinas isquiáticas
-2	2 cm por arriba de las espinas isquiáticas
-1	1 cm por arriba de las espinas isquiáticas
0	A nivel de las espinas isquiáticas
+1	1 cm por debajo de las espinas isquiáticas
+2	2 cm por debajo de las espinas isquiáticas

26. Las pacientes nulípara o multíparas serán trasladadas a la camilla de parto con dilatación completa y producto en plano + 2 de De Lee. En silla de ruedas o camilla

27. Se le explicará a la parturienta la forma de aprovechar los movimientos respiratorios y se vigilará que respire adecuadamente durante la relajación y durante la contracción uterina.

28. Se administrarán analgésicos u oxitócicos según criterio médico.

29. Cualquier gestante en labor que durante el trabajo de parto se aleje de los criterios de progreso normal, se manejará según las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo.

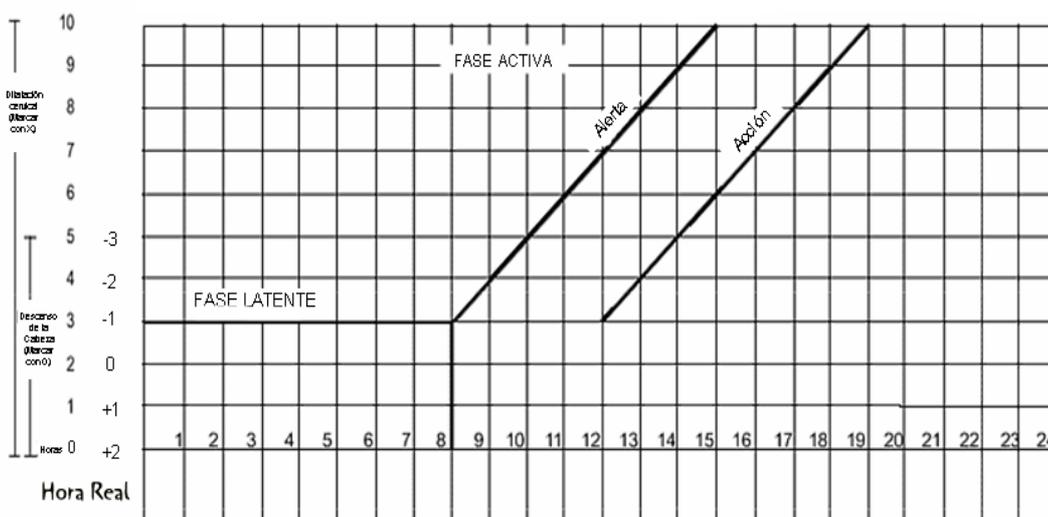
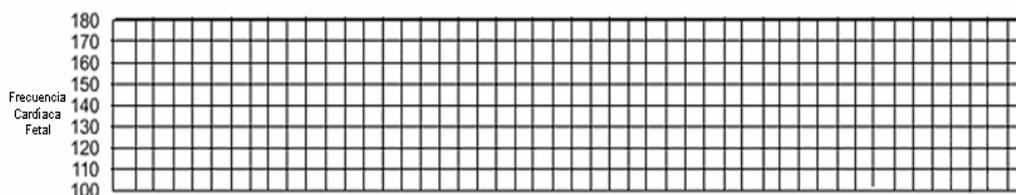
C. USO DEL PARTOGRAMA

Se utilizará el partograma de Friedman.

Registre los siguientes datos en el partograma:

- Información sobre la paciente: Nombre completo, grava, para, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas.
- Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora.
- Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal. A los 4 cm de dilatación comience el registro en el partograma utilizando una cruz (X) a partir de la cual se marca la línea de alerta.
- Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.
- Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y se traza 4 horas a la derecha de la línea de alerta.
- Evaluación del Descenso: Para controlar el descenso utilizar los Planos de De Lee, los cuales se anotan como un círculo (O) en cada examen vaginal.
- Horas: Se refiere al tiempo en horas transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado). Tiempo: Registre el tiempo real.

Nombre: _____ CIP: _____ G_P_ _____ Nro. de historia clínica: _____
 Fecha de Admisión: _____ Hora de Admisión: _____ Ruptura de Membranas ____ horas



D. PERIODO EXPULSIVO

La atención del periodo expulsivo se realizará en la Sala de Partos. Este periodo se inicia con la dilatación completa y termina con la expulsión del producto.

1. Se procurará la presencia física del médico o personal más calificado en el 100% de los partos y participación del pediatra si existe el recurso, desde el inicio del periodo expulsivo.
2. La temperatura de la Sala de Partos debe mantenerse entre 26° y 28° centígrados para evitar el enfriamiento del recién nacido.
3. La camilla de parto estará con un respaldo no menor de 45°
4. A nivel institucional la posición generalmente adoptada para la atención del parto es la ginecológica. Algunas instalaciones disponen de sillas de parto que facilitan una posición vertical. En todo caso, se respetará la decisión de la paciente de adoptar la posición vertical u otra si así lo desea.
5. Oriente a la parturienta para que puje en cada contracción durante el expulsivo.
 - a) Iniciará los pujos cuando tenga dilatación completa.
 - b) Se le recordará la forma de respirar y de relajarse cuando pase cada contracción.
6. Se preparará la mesa con el instrumental para la asistencia del parto y atención inmediata del recién nacido. El instrumental para la atención del parto será preparado igual para las nulíparas o multíparas. Se preparan aparte paquetes con el instrumental para una eventual episiotomía, de ser ésta necesaria.
7. El paquete de parto debe contener 2 Pinzas Kocher, 2 tijeras romas, 2 ataduras para el ombligo y 2 pares de guantes.
8. El equipo de episiotomía consiste en 1 Fórceps de esponja, 1 porta agujas, 1 tijera de sutura, 1 pinza de disección con dientes, 1 especulo vaginal tipo Sims grande, 1 especulo vaginal tipo Hamilton Bailey.
9. El personal que va a asistir el parto cumplirá previamente con el lavado quirúrgico de antebrazos y manos; utilizará bata, guantes de látex estériles, gorro, mascarilla con visera o lentes plásticos y botas.
10. Se realizará la higiene del pubis, cara interna de ambos muslos y periné con antiséptico quirúrgico.
11. Sólo ante una vejiga muy distendida o globo vesical, con dificultad para la eliminación espontánea, se realizará el cateterismo.
12. Se vestirá a la parturienta con campos estériles.
13. El asistente vigilará los signos vitales de la paciente, la actividad uterina y la FCF cada 10 minutos.
14. El personal que atiende el parto y el personal asistente brindarán apoyo emocional a la parturienta y la incentivarán con respeto a colaborar en la fase de expulsivo.
15. Ante la presencia de alteraciones de la FCF o materna se llamará al personal más calificado para evaluar la situación materno-fetal.
16. Se evitará la manipulación excesiva del periné.

17. En el momento en que la cabeza fetal distiende la vulva y el periné durante la contracción, lo suficiente para abrir el introito en un diámetro de 5 cm o más, puede utilizarse la maniobra de Ritgen, con la mano enguantada y protegida por un paño estéril, ejerciendo suave presión hacia delante sobre el mentón fetal a través del periné justo en frente del cóccix, a la vez que con la mano contraria se ejerce presión sobre el occipucio.
18. La decisión sobre la realización de una episiotomía debe ser individualizada de acuerdo al caso y no practicada de rutina. Su frecuencia no debe sobrepasar el 30% de los partos.
19. Deberá practicarse:
 - a) Cuando la elasticidad del periné o del orificio de la vulva constituyan un obstáculo para la expulsión del producto.
 - b) Cuando en un parto espontáneo el producto es muy grande o el periné es muy corto.
 - c) Cuando se va a realizar una aplicación de fórceps, para facilitar el parto de un producto prematuro.
 - d) La vaginotomía está indicada en primigestas o multíparas, cuando se aprecien poco elásticas las paredes vaginales.
20. La episiotomía debe realizarse en el momento en que la presentación corona en el piso perineal, durante una contracción.
21. Como anestésico local se utiliza Xilocaína al 2%, aproximadamente 5cc.
22. La técnica de la episiotomía debe ser medio-lateral.
 - Se incide a partir de la horquilla hacia abajo y afuera, en dirección al isquión y puede ser derecha o izquierda, con una longitud suficiente.
 - La vaginotomía, de estar indicada, se realiza con tijera, interesando en la línea media la mucosa de la pared vaginal posterior, a partir de la episiotomía y en una extensión suficiente.
 - Al momento del parto debe hacerse en todos los casos la protección cuidadosa del periné.
23. No se realizarán maniobras que ocasionan la salida abrupta del producto.
24. La paciente nulípara con 2 horas y la multípara con 1 hora en periodo expulsivo requerirá de la evaluación del personal más capacitado.
25. Durante la expulsión de la cabeza pídale a la mujer que jadee o que de sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que expulsa la cabeza del bebé. Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé manteniéndola flexionada.
26. Sostenga con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé es expulsada. Una vez que se ha expulsado pídale a la madre que deje de pujar.
27. Aspire la boca y la nariz del bebé.
28. Palpe con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar presencia de circular del cordón umbilical. Si es así y el cordón se encuentra flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si está ajustado alrededor del cuello píncelo dos veces y corte en medio de las dos pinzas antes de desenrollarlo del cuello. En caso de dos o más circulares pinzar y cortar una sola asa del cordón.

29. Permita que la cabeza gire espontáneamente. Una vez que haya girado coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé. Dígale a la madre que puje suavemente con la próxima contracción.
30. Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Presione la cabeza del bebé hacia atrás para extraer el hombro anterior. Luego eleve la cabeza para extraer el hombro posterior.
31. Sostenga el cuerpo del bebé mientras se desliza hacia afuera. Pince y corte el cordón umbilical luego de un minuto, manteniendo el bebe al mismo nivel de la madre.
32. Evalúe el APGAR al minuto
33. Coloque al bebé sobre la madre séquelo, límpiele los ojos.
34. Asegúrese que el bebé se mantenga tibio y en contacto piel a piel con su madre. Envuelva al bebé en un paño suave y seco, asegúrese que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor. Propicie la succión del calostro materno.
35. Evalúe el APGAR nuevamente a los 5 minutos.
36. La atención del recién nacido deberá ser brindada por un pediatra, si está disponible el recurso.

E. PERIODO PLACENTARIO O DE ALUMBRAMIENTO

1. El alumbramiento tiene lugar después del nacimiento del niño y consiste en el desprendimiento, descenso y expulsión completa de la placenta.
2. Palpe el abdomen materno para descartar la presencia de uno o más bebés antes de proceder a realizar el manejo activo del tercer período para prevenir la hemorragia post parto.
3. Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, una vez descartada la posibilidad de otro bebé, administre Oxitocina 10 Unidades I.V. o I.M.
4. Si no se dispone de Oxitocina administre Ergonovina 0.2 mg I.M. o Prostaglandinas E2, 600mcg oral, sublingual o rectal. No administre Ergonovina a pacientes con presión alta o Pre-eclampsia.
5. Pince el cordón umbilical cerca del perineo usando una pinza con esponja. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano. Coloque la otra mano apenas por encima del pubis de la madre, estabilice el útero aplicando contra tracción mientras ejerce tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.
6. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero. Cuando el útero se redondee o se alargue el cordón, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe aplicando contra tracción sobre el útero.
7. La tracción controlada del cordón se realizara solo cuando un proveedor calificado este presente en el nacimiento.
8. Al no contar con un proveedor calificado el manejo es expectante:
 1. esperar que aparezca señales de separación de la placenta (alargamiento del cordón, pequeña pérdida de sangre, útero firme y globular)
 2. animar a la paciente para que puje, y si es necesario, promover posición vertical de la paciente.
9. La placenta será recibida con las manos para evitar que caiga por su propio peso y se produzcan desgarramientos y retención de membranas. Al ser expulsada la placenta sosténgala con las dos

manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas. Hale lentamente para completar la extracción.

10. Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. La placenta se revisará cuidadosamente para confirmar que estén completos los cotiledones y membranas, revisando primero su cara fetal y luego la materna.
11. Examen de membranas por su cara fetal: Se observará el orificio de rotura tratando de reconstruir la bolsa amniótica y de apreciar la integridad de las membranas en extensión. (corion y amnios). Si las membranas se desgarran examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes esterilizados y utilice una pinza de aro para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
12. Examen de la cara materna: Revisar si ésta se observa desgarrada lo cual es un índice de retención parcial de cotiledones. Debe revisarse por la posible existencia de cotiledones aberrantes en placenta succenturiata.
13. La sospecha de retención de restos placentarios dará lugar a la revisión y extracción inmediata de estos restos, por parte del personal capacitado.
14. Terminada la expulsión de la placenta, se asegurará que esté presente el globo de seguridad de Pinard, que consiste en verificar que el útero se sienta globoso y de consistencia leñosa.
15. Masaje el fondo del útero a través del abdomen de la madre hasta conseguir que se contraiga. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Asegúrese de que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.

F. REVISIÓN POR DESGARROS Y REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

1. Examine a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, la vagina y periné o repare la episiotomía. Es importante que se utilicen suturas absorbibles preferentemente de poliglicol. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no ideal.
2. Se practicará nueva asepsia del periné antes de iniciar la sutura de la episiotomía.
3. La reparación de la episiotomía debe hacerse con aguja atraumática, por planos, previa hemostasia satisfactoria, sin dejar planos de clivaje o espacios muertos. Pueden usarse puntos separados para afrontar músculo y fascias perineales y sutura continua para la mucosa vaginal. Es aconsejable hacer suturas subdérmicas para afrontar la piel.
4. La reparación de la vaginotomía puede practicarse con sutura continua o puntos separados, asegurando iniciar la sutura por detrás del ángulo del corte.
5. Se utilizará sutura de poliglicol 2-0 o Catgut crómico 00 como material de sutura.
6. Los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.
7. Pida a un asistente que masajee el fondo uterino. Coloque un dedo enguantado en el ano, levante suavemente e identifique el esfínter. Cámbiese los guantes por otros estériles.
8. Si el esfínter no está lesionado siga adelante con la reparación. Aplique solución antiséptica a la zona alrededor del desgarro.
9. Asegúrese que no haya alergia conocida a la anestesia local. Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal utilizando alrededor de 10 ml de solución de Lidocaina al 0.5%. Aspire para asegurarse que no ha penetrado algún vaso. Si sale sangre con la aspiración retire la aguja, vuelva a verificar la posición con cuidado

e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre (la mujer puede sufrir convulsiones y hasta morir si se produce inyección masiva IV de lidocaína)

Preparación de la solución de lidocaina al 0.5%

Combine:

1 parte de lidocaína al 2%

3 partes de solución salina normal o agua destilada,(no use la solución de glucosa ya que aumenta el riesgo de infección)

O bien:

1 parte de lidocaína al 1%

1 parte de solución salina normal o agua destilada estéril.

10. Al concluir de infiltrar espere 2 minutos y verifique el efecto.
11. Repare la mucosa vaginal usando una sutura 2-0 continua. Comience la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice del desgarro vaginal. Siga la sutura hasta el borde de la abertura vaginal. Aquí aproxime los bordes cortados de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y a través del desgarro perineal y anúdelos.
12. Repare los músculos perineales usando puntos separados con hilo 2-0. Si el desgarro es profundo coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
13. Repare la piel usando puntos separados o subcutáneos con hilo 2-0 comenzando con la abertura vaginal.
14. En todas las instalaciones que atienden parto se debe contar con el libro de parto, donde se registrara todos los partos ocurridos ya se por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes. (Ver anexo)
15. Se llenará el certificado de nacimiento vivo, si el producto nació vivo o el certificado de defunción fetal si nació muerto. El médico llenará el parte clínico.

G. EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

1. EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

- a. En los hospitales deberá establecerse la coordinación necesaria para que el Servicio de Neonatología o en su defecto de Pediatría, designe un Pediatra a la Sala de Partos, para brindar atención inmediata al recién nacido.
- b. Se evitará succionar al recién nacido con aparato de succión mecánica; se usará perilla de goma para ese procedimiento y se hará tantas veces como sea necesario.
- c. Se evaluará el APGAR al minuto y a los 5 minutos después de nacido. El tiempo comenzará a contar cuando termine la salida completa del recién nacido.
- d. Esquema de valorización del APGAR

Puntuación según parámetro	0	1	2
Frecuencia cardíaca	Ausente	Menor de 100	Mayor de 100
Esfuerzo respiratorio	Ausente	Irregular, llanto débil	Regular, llanto fuerte
Tono muscular	Flácido	Ligera flexión de las extremidades	Extremidades flexionadas
Reacción a estímulo	Sin respuesta	Gesticulación	Buena respuesta, tos, estornudos
Color	Azul o pálido	Extremidades cianóticas	Rosado

e. Calificación según Índice de APGAR:

- f. Bueno: 7 - 10
Regular: 4 - 6
Malo: 0 - 3

3. CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO

- a. Se colocará en leve Trendelenburg en un plano igual a la pelvis materna. No debe ser colgado por los pies ni estimulado físicamente de forma violenta bajo ninguna condición. Sólo se le dará fricción o masajes con los dedos de la mano en las plantas de los pies o en la espalda.
- b. El cordón umbilical se pinzará y seccionará en un tiempo aproximado **mínimo de 1 minuto**. No se debe exprimir u ordeñar.
- c. A todo recién nacido cuya madre sea VDRL positivo o RH negativo se le tomará una muestra de sangre del cordón umbilical para su examen.
- d. A todo recién nacido que requiera tomarse sangre del cordón, la muestra debe ser extraída del lado placentario del cordón
- e. Se ligará a una distancia de 2.5 cm a 3 centímetros de la inserción umbilical con 1 –2 cintas de hiladillo seco o un clip estéril.
- f. El procedimiento se realizará bajo una técnica rigurosamente aséptica.
- g. Se verificará la presencia de los 3 vasos umbilicales al ligar el cordón.
- h. Se garantizará que no sangre el muñón umbilical.
- i. Se limpiará el muñón con alcohol al 70% no desnaturalizado.
- j. Se colocará al recién nacido en contacto piel a piel con la madre y se iniciará la lactancia materna inmediatamente al nacimiento en la primera hora pos-parto, previa verificación del resultado de la prueba de HIV
- k. No se utilizará oxígeno de rutina.
- l. Se pesará en gramos y se medirá en centímetros. Se informará el resultado a la madre. Anotar estos datos y el sexo del recién nacido en la HCPB.

- m. Mientras se termina de atender a la madre, se colocará al recién nacido sobre el cuerpo de su madre en contacto piel a piel para iniciar el apego y la lactancia. Debe protegerse al recién nacido del enfriamiento, manteniéndolo cubierto con una sabanita seca.
- n. Se evaluará la edad gestacional en semanas de acuerdo al método de Capurro en el recién nacido a término y de acuerdo al método de Dubowitz en el recién nacido pretérmino.
- o. Se hará examen físico inicial para descartar la presencia de malformaciones congénitas.
- p. Se le hará tratamiento profiláctico a los ojos con solución de Nitrato de Plata al 1%, una gota en cada ojo y se limpiará el exceso.
- q. La solución que se utiliza en los recién nacidos debe ser cambiada cada 7 días. Se puede utilizar perlas parafinadas de Nitrato de Plata al 1%.
- r. Alternativa: Ungüento oftálmico con antibiótico (Sulfato de gentamicina, cloranfenicol)
- s. El recién nacido será identificado con 2 marquillas: Una se colocará en uno de los miembros superiores y la otra en uno de los miembros inferiores. Las marquillas llevarán la siguiente información:
 - t. Nombre y apellido completo de la madre
 - u. Fecha y hora de nacimiento
 - v. Sexo del recién nacido
 - w. N° de la Historia Clínica de la madre. (Cédula)
- x. Se le limpiarán las plantas de los pies antes de tomar las huellas plantares (Podograma) del recién nacido y las huellas pulgares de las manos de la madre.
- y. El aseo del recién nacido no debe implicar la separación del niño de su madre por más de unos cuantos minutos.
- z. Aplicar las vacunas y la Vitamina K al recién nacido:
 - aa. a. BCG 0.1 cc i.d. al recién nacido a término
 - bb. b. BCG 0.05 cc i.d. al recién nacido menor de 2500 g (2.5 Kg)
 - cc. c. Polio oral 2 gotas V.O..
 - dd. Hepatitis B (en las primeras 12 horas)
 - ee. Vitamina K 1 mg i.m. al recién nacido a término
 - ff. Vitamina K 0.5 mg i.m. al recién nacido prematuro y al de bajo peso.
 - gg. Anotar en la HCPB intrahospitalaria los datos del recién nacido y transcribir los mismos a la tarjeta de control prenatal.

- hh. El recién nacido por cesárea será colocado en contacto piel a piel con su madre al nacer si su condición y la de la madre lo permiten. Al finalizar la cirugía, el recién nacido irá a la sala de observación neonatal. La relación madre hijo se reanudará en un periodo menor de 6 horas.
- ii. De quedar hospitalizado el recién nacido al egreso materno, se le entregará a ésta su tarjeta de control prenatal correctamente llenada con los datos del parto y del recién nacido. La HCPB intrahospitalaria se cerrará al egreso del recién nacido y se integrará al expediente de la madre, para asegurar que se capten todos los datos maternos y neonatales en el sistema informático perinatal.
- jj. El equipo para reanimación neonatal mínimo requerido en instalaciones de nivel primario es 1 perilla de aspiración de secreciones y 2 mascarillas infantiles de dos tamaños diferentes.
- kk. En los hospitales se deberá contar con 1 bolsa de ventilación, 2 catéter de succión # 12, 2 catéter de succión # 10, 1 Laringoscopio infantil con batería y bombilla de repuesto, 1 tubo endotraqueal # 3.5, Aparato de succión de pedal, Aparato de succión eléctrico.

H. CUIDADOS DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO

1. La madre y el recién nacido se enviarán juntos a la Sala de Puerperio Inmediato, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio.
2. Para la madre se darán las siguientes órdenes:
 - a. Trasladar a la Sala de Puerperio Inmediato por 2 – 4 horas.
 - b. Nada por vía oral durante las 2 primeras horas. Después se le ofrecerá dieta corriente.
 - c. Mantener en reposo relativo.
 - d. Vigilar los signos vitales (T°, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos y avisar por alteraciones.
 - e. Vigilar el sangrado vaginal, consistencia con la altura uterina cada 30 minutos. Conocer y aplicar medidas para estimular la retracción uterina.
 - f. Vigilar que orine espontáneamente. Debe orinar al menos 180 cc durante las primeras 6 horas.
 - g. Administrar analgésicos a demanda. Evitar salicilatos y AINE'S (neonatos con deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada).
 - h. Alojamiento conjunto del neonato y lactancia materna exclusiva (si no hay contraindicación).
3. El personal que atiende el parto es responsable del llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio; Certificado del nacimiento y el Parte Clínico.
4. Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin complicaciones, la paciente y su recién nacido serán trasladados a la Sala de Puerperio con las siguientes órdenes:
 - a. Dieta corriente
 - b. Reposo relativo

- c. Vigilar el estado general y emocional
 - d. Vigilar signos vitales cada 2 horas
 - e. Vigilar por sangrado vaginal cada 2 horas.
 - f. Analgésicos a demanda (evitar salicilatos)
 - g. Revisión del periné
 - h. Curación del periné dos veces al día (a las pacientes a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros. Vigilar por hematomas, dehiscencias, edema.)
 - i. Vigilar diuresis.
5. La puérpera cuyo parto ocurrió fuera de la sala de partos, luego de su revisión, será enviada junto con el recién nacido directamente a la Sala de Puerperio. Si el parto fue atendido por un ayudante de salud o una partera empírica la puérpera debe ser evaluada de inmediato y se debe asegurar el llenado de HCPB para su introducción al sistema informático.
 6. Se verificarán las órdenes médicas y el cumplimiento de las mismas.
 7. No se dará de forma rutinaria derivados de la Ergonovina.
 8. No administrar medicamentos que inhiben la producción de leche materna.
 9. Evaluación de los pezones y vigilar por ingurgitación mamaria y mastitis.
 10. Se vigilarán los miembros inferiores para detectar precozmente problemas relacionados con tromboflebitis.
 11. Se estimulará la deambulacion precoz de la puérpera.
 12. La educación de la puérpera es responsabilidad de todo el equipo de salud independientemente de su disciplina. Los temas educativos serán desarrollados en forma corta y sencilla, individualmente o en grupos y debe procurarse incluir a la pareja.
 13. El recién nacido se colocará junto a su madre y se le hará saber a ella, que al igual que todo el personal de la sala, es responsable del bienestar y seguridad del niño.
 14. Se verificará conjuntamente con la madre los datos de identificación del recién nacido.
 15. Se practicará y recomendará la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad. El personal de salud eliminará el uso de biberones, mamonos o consuelos y sólo administrará y recomendará leche materna, sin ningún otro alimento o bebida a no ser que estén médicamente indicados. De ser necesario se administrará leche materna en tasetas, vasitos o con cucharitas.
 16. Se apoyará a la madre en sus esfuerzos por amamantar a su hijo. El personal de salud reforzará la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar, se le instruirá sobre la postura correcta y modo de dar de mamar y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo, por razón médica que la justifique.
 17. Toda madre que no pueda amamantar será orientada sobre la extracción manual de la leche materna o sobre el uso del extractor mecánico.
 18. Se le hará énfasis a la madre y su pareja o su familia en que

- a. Sólo la succión frecuente del niño al pecho asegurará una buena cantidad de leche y evitará la congestión mamaria, mastitis y falta de leche.
 - b. Para favorecer la producción de leche, la madre debe ingerir líquidos abundantes y una dieta balanceada y tener un ambiente tranquilo.
 - c. La madre debe dar el pecho al niño cada vez que éste lo pida, sin horarios fijos, tanto de día como de noche.
 - d. No requiere lavarse los pezones cada vez que amamanta; el baño diario es suficiente.
19. Advertir sobre la observación de signos y síntomas de alarma en el puerperio tardío que requieran de la búsqueda de atención inmediata. Esto incluye:
- a. Sangrado persistente abundante o fétido
 - b. Fiebre
 - c. Mamas congestionadas, dolorosas, enrojecidas
20. Reforzar aspectos generales sobre higiene de la puérpera; reinicio de las relaciones sexuales; alimentación.
21. Es responsabilidad del personal más calificado realizar la evaluación clínica y ginecológica de la puérpera al momento del egreso.
22. Al dar de alta a la madre y al recién nacido se completará el llenado de la HCPB intrahospitalaria incluyendo el estado al egreso de ambos. El personal que determina el alta, es responsable de transcribir a la HCPB Ambulatoria lo correspondiente a la atención recibida por la madre y el recién nacido y se devolverá a la madre, reforzándole que este documento es la referencia de ambos.
23. Orientar a la madre sobre la asistencia al control de puerperio en la instalación del nivel local correspondiente entre los 3 y 7 días post-parto; insistir en que debe llevar y presentar su tarjeta de control prenatal a su médico y al médico que atiende al niño.
24. A toda puérpera no vacunada previamente se le administrará la primera dosis de Toxoide Tetánico Diftérico (Td) tipo adulto antes de su egreso y se completará posteriormente el esquema en el nivel local.
25. A toda puérpera no vacunada previamente contra la Rubéola se le aplicará la misma antes de su egreso. Se orientará sobre la precaución de evitar otro embarazo durante los tres primeros meses de aplicada la vacuna, no obstante la aplicación accidental de la vacuna contra la Rubéola durante el embarazo no constituye indicación de interrupción del mismo.
26. La vacuna contra la Rubéola está contraindicada en:
- a. Procesos febriles agudos
 - b. Sensibilidad a la Neomicina
 - c. Deficiencias inmunitarias congénitas
 - d. Enfermedad maligna del sistema linfático
 - e. Terapia inmunosupresora

27. Debe anotarse en la HCPB si se le aplicó a la puérpera la Td o la vacuna contra la Rubéola.
28. Los datos sobre las inmunizaciones en embarazadas y puérperas se consolidan en el informe para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
29. De ser necesaria alguna de estas vacunas, debe ser aplicada aún los fines de semana o días feriados.
30. De estar indicada, la vacunación de la puérpera se realizará independientemente del resultado del embarazo (post aborto, óbito fetal o nacimiento vivo).
31. Debe asegurarse la revisión de los resultados de laboratorios ordenados durante la hospitalización antes del egreso de la paciente,
32. Toda puérpera sin control prenatal y/o sin VDRL previo se le realizará serología luética y deberá conocerse el resultado antes de ser dada de alta.
33. Si la madre tiene serología positiva debe administrarse tratamiento contra la Sífilis a la madre y profiláctico al recién nacido.
34. Toda puérpera que sea RH negativo post aborto y post parto con producto RH positivo recibirá tratamiento profiláctico contra la isoimmunización, con Globulina anti D. (Ver Normas de embarazo de alto riesgo. Cap. de Isoimmunización Materno Fetal.)
35. Toda puérpera debe recibir orientación sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y las alternativas para la regulación de la fecundidad. Especial interés debe aplicarse a la orientación de adolescentes, multíparas y en puérperas post aborto.
36. Se instruirá a la puérpera que desea planificar su familia a que no utilice métodos hormonales que contengan estrógenos durante la lactancia.
37. Puérperas post-aborto deben ser orientadas sobre la recuperación a corto plazo de su fecundidad y la necesidad de iniciar un método anticonceptivo antes del alta. La instalación de salud debe ofrecer la gama de anticonceptivos disponible para que la usuaria, luego de la consejería elija libremente el método.
38. Toda paciente con historia de aborto habitual debe ser referida a la consulta especializada.
39. Toda puérpera post-aborto debe ser referida a la consulta de Ginecología con cita en un plazo no mayor de dos semanas.
40. Se llenará la HCPB intrahospitalaria a toda puérpera post-aborto.
41. La enfermera, técnica de enfermería u otro personal capacitado, aplicará la primera dosis de Vacuna antipolio, de BCG y Hepatitis B al recién nacido, confeccionará de inmediato la tarjeta correspondiente y orientará a la madre para que cumpla con las próximas citas de vacunación en el nivel local.
42. Se invitará a la madre o a ambos padres, para que participen en el aseo del niño, el cual será guiado por enfermera o técnica de enfermería, u otro personal capacitado. Se hará énfasis en la vigilancia por sangrado del muñón umbilical y la limpieza del mismo con alcohol al 70%.
43. El personal de enfermería hará las anotaciones de todas las acciones y observaciones realizadas en este periodo en el formulario de enfermería.

44. Durante la primera visita el Pediatra realizará el examen físico al neonato, en la sala de alojamiento conjunto en presencia de la madre. Anotará los resultados del examen físico en la HCPB intrahospitalaria y transcribirá los mismos resultados en la Tarjeta de Control Prenatal (Referencia materna y neonatal).
45. A las 24 horas de nacido se realizará la segunda evaluación física del neonato junto a su madre y de igual modo se llenarán los datos en la HCPB intrahospitalaria y en la Tarjeta de Control Prenatal, incluyendo la condición de egreso del niño si se le da de alta.
46. El Pediatra y en su defecto otro personal capacitado enseñará a la madre o a los padres a observar y reconocer la conducta y características de un recién nacido normal, enfatizando en los siguientes aspectos:
 - a. Actividad, movimiento respiratorio, llanto y sueño.
 - b. Características de las heces, orina y flujo vaginal en las niñas.
47. Si el niño tiene que ser hospitalizado por enfermedad, se establecerán los mecanismos para que la madre pueda mantener la producción de leche y darle ésta a su hijo.
48. Se procurará brindar apoyo psicosocial en situaciones especiales.
49. Las pruebas de tamizaje neonatal (detección de hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, hiperplasia adrenal congénita y hemoglobinopatías) se realizarán entre el día 3-7 post natal, de preferencia el 3- 4^{to} día.
50. A toda madre se le brindará orientación sobre la importancia de acudir con su hijo a la cita de Tamizaje Neonatal para la extracción de la muestra, donde corresponda (Instalaciones u otros centros de referencia para el tamizaje neonatal)
51. En las áreas que no cuenten con el equipo necesario la muestra será tomada al 4to día y enviada a las instalaciones u otros centros de referencia para el tamizaje neonatal, según corresponda.
52. La técnica para tomar la muestra se realizará de acuerdo a las Normas del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal.

I. DIEZ PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

Todo servicio de maternidad debe cumplir con los 10 pasos para promover una lactancia materna exitosa:

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud, de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia inmediatamente después del parto
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación, incluso si han de separarse de sus hijos.

6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida de no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo solicite.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o mamones artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PUERPERIO NORMAL

1. La puérpera normal recibirá sólo un control en la consulta de puerperio el cual será programada dentro de los 7 a los 42 días siguientes al parto. Sin embargo se recomienda en aquellos centros donde se pueda aplicar sobre todo de áreas vulnerables este control en los primeros 3 días post parto y a los 10 días en como control, coincidiendo con el control del recién nacido. La asistencia con la pareja es recomendable.
2. La puérpera presentará como referencia la tarjeta de control prenatal con todos los datos transcritos de su atención intrahospitalaria, así como los datos del recién nacido sano.
3. La revisión de la tarjeta de seguimiento de caso de aquellas puérperas que se controlaron el embarazo, permitirá identificar por la F.P.P. a toda puérpera que no haya asistido a la consulta para la fecha aproximada en que se le esperaba. En este caso deberá procurarse en el nivel local localizar a la paciente por cualquier medio de comunicación y de ser necesario realizar una visita domiciliaria.
4. Durante la consulta de puerperio deben realizarse las siguientes acciones:
 - a. Revisar y transcribir los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal (Referencia) a la HCPB ambulatoria del expediente de la embarazada.
 - b. Evaluación clínica completa
 - c. Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la evaluación.
 - d. Reforzamiento sobre: Higiene personal en especial los genitales y mamas; la alimentación y nutrición, lactancia materna y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
 - e. Se la dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar.
 - f. Indicar hematínicos y vitaminas según requerimientos.
 - Puérpera con Hb < 11g : 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico hasta que mantenga hemoglobina de 11 gm o más
 - g. Toda puérpera con patologías previas o asociadas al embarazo, o aquella que presente algún tipo de complicación del puerperio debe ser referida para atención especializada.
 - h. Se llevará registro estadístico de las patologías del puerperio.

INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR INDICACIÓN MÉDICA

1. Los casos de solicitud de interrupción del embarazo por indicación legal referidos por los juzgados, serán admitidos para su intervención en los hospitales estatales respectivos.
2. En los casos de indicación médica, se facilitarán los trámites para la solicitud de interrupción del embarazo a través de la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico cuya coordinación se ubica en la Sección de Salud Sexual y Reproductiva de la Sub-Dirección General de Salud.
3. Para acoger la solicitud de aborto se requieren:
 - a. Solicitud y consentimiento por escrito de la mujer.
 - b. En caso de mujeres menores de edad o inhabilitadas por razones legales, deberá presentarse el consentimiento del representante legal.
 - c. Informe médico que especifique y sustente el o los diagnósticos motivo de la solicitud.
 - Si la causa no es obstétrica, deberá incluirse la evaluación del médico consultor.
 - d. Exámenes de laboratorio y/o complementarios que confirmen el diagnóstico.
4. La Comisión tendrá la facultad de requerir otros exámenes confirmatorios.
5. En aquellos casos que sea necesario, se solicitará la opinión de otros profesionales de la salud, quienes deberán colaborar con los miembros de la Comisión.
6. En cada área o Región el Jefe de Ginecología y Obstetricia de cada Hospital analizará las solicitudes correspondientes y verificará el cumplimiento de todos los requisitos mencionados. Estos documentos serán remitidos oportunamente a la Comisión Nacional para su estudio y decisión final, de modo que se atiendan estas solicitudes en etapas tempranas de la gestación.
7. Las solicitudes procedentes de Hospitales y Clínicas privadas serán referidas a la Comisión por el Gineco-obstetra tratante para su estudio y decisión final.
8. La Comisión se reunirá una vez convocados sus miembros en un lapso de aproximadamente 48 horas y dará respuesta por escrito del resultado de su deliberación al médico referente.
9. En caso de que se considere justificada la interrupción del embarazo la Comisión expedirá la autorización para la ejecución de la misma.
10. Una vez autorizada la realización del aborto por la Comisión, éste se realizará bajo la responsabilidad de médicos gineco-obstetras idóneos.
11. Se utilizarán procedimientos que reduzcan los daños debido a la dilatación del cuello uterino, por ejemplo :Aspiración Manual Endouterina (AMEU) (ver normas de alto riesgo obstétrico)
12. Después del aborto se realizarán acciones de educación y se orientará y ofrecerá a la paciente y su pareja sobre los servicios de planificación familiar.
13. La HCPB intrahospitalaria debe llenarse a toda paciente atendida por un aborto terapéutico.
14. Las solicitudes de aborto presentadas posterior a las 20 semanas de gestación no serán autorizadas con las siguientes excepciones:
 - a. Casos de malformaciones genéticas comprobadas: hasta las 24 semanas de gestación.

- b. Cuando la vida de la paciente está en grave riesgo: en cualquier etapa de la gestación.

15 Indicar causa o indicaciones para solicitud del aborto terapéutico (ver normas de alto riesgo obstétrico)

A. INDICACIÓN Y PRÁCTICA DE LA OPERACIÓN CESÁREA.

1. ANTECEDENTE

En nuestro país en los últimos años, el número de operaciones cesárea ha tenido una tendencia creciente dentro de las instituciones del sector público por lo que se ha considerado necesario establecer estrategias puntuales que contribuyan a disminuir la frecuencia de la operación cuando no está debidamente indicada e implementar un sistema de vigilancia y seguimiento de la operación cesárea con cobertura nacional.

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios precisos de las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Concientizar al personal médico y paramédico sobre los beneficios y riesgos de la práctica de la operación cesárea.
- b. Fortalecer la vigilancia de la práctica de la operación cesárea a nivel institucional a través de diversas acciones antes de decidir su realización, la aplicación de protocolos de atención obstétrica y la educación continua del equipo de salud.
- c. Contribuir a disminuir la práctica de la operación cesárea, manteniendo el número de cesáreas por debajo del 20% del total de nacimientos atendidos en unidades médicas, según la complejidad de la unidad ejecutora.

B. ESTRATEGIAS

- 1. Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos.
- 2. Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas y sus tendencias. en relación a las metas establecidas.
- 3. Incorporar a los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal en el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de cesárea con la participación del personal médico involucrado.
- 4. Establecer procedimientos hospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias.
- 5. Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y retroalimentación al personal de la unidad.
- 6. Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la cesárea
 - a. Integrar el lineamiento técnico para la indicación y práctica de la cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.

- b. Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los internos y residentes de gineco-obstetricia.
 - c. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad al personal operativo, las Normas y lineamientos técnicos.
 - d. Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna.
7. Establecimiento de estrategias en las unidades de salud.
- a. Incorporar la estrategia de la segunda opinión en la toma de decisiones para la realización de la cesárea.
 - b. Utilizar correcta y sistemáticamente el partograma.
 - c. Promover el uso adecuado de la Historia Clínica Perinatal Base.
 - d. Identificar a través de una marca o sello los expedientes clínicos y tarjetas de control prenatal de las embarazadas de alto riesgo.
8. Investigación
- a. Realizar investigaciones clínicas, sociales y operativas que identifiquen los factores asociados al incremento de la cesárea en las diferentes instituciones y las estrategias implementadas para su disminución.
 - b. Difundir los resultados de estudios de investigación para incrementar la calidad de la práctica obstétrica.
9. Información, Educación, Comunicación en salud perinatal
- a. Realizar sesiones educativas dirigidas a embarazadas y al público en general sobre las ventajas y desventajas de ambas vías de terminación del embarazo.
 - b. Establecer en la unidad hospitalaria un área de comunicación educativa y social en salud reproductiva.
10. Estrategia del Sistema Nacional de Salud
- Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán implementar estrategias de vigilancia del indicador del número de operaciones cesáreas con relación al número de nacimientos y mantener esquemas de capacitación permanente al personal operativo con énfasis en la prevención de cesáreas sin justificación o indicación médica.
 - En el Nivel Regional las autoridades regionales y de las instituciones de salud revisarán y vigilarán la evolución del indicador de cesáreas y apoyarán las acciones del nivel operativo a través de asistencia técnica, capacitación y comunicación.

C. DEFINICIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, a través de la pared abdominal.

Cuando se extrae un producto no viable se llamará al procedimiento histerotomía.

D. TIPOS DE CESÁREA

1. Según antecedentes obstétricos de la paciente:
 - Primera
 - Iterativa. Se practica en paciente con antecedente de una o más cesáreas previas.
2. Según indicaciones:
3.
 - Urgente: Se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - Electiva: Se programa para ser realizada en un fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.
4. Según técnica quirúrgica:
 - Transperitoneal:
 - Corporal o clásica
 - Segmento corpórea (Tipo Beck)
 - Segmento-arciforme (Tipo Kerr)
 - Extraperitoneal.

E. TÉCNICA

1. Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino.
 - Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cervico-uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos, miomatosis uterina importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.
 - Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo y labor de parto
2. Segmento corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.
 - Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.
 - Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.
3. Segmento arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más utilizada por sus múltiples ventajas. Se realiza una sección transversal del segmento inferior.
 - Tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias.

4. Extraperitoneal: Existen variantes prevesicales, supravesicales y parasupravesicales.
- Es de poco uso. Está indicado en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evita la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo.
 - La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención.

F. INDICACIONES DE LA CESÁREA

1. Causas Fetales: Incluye todas aquellas causas donde la interrupción por vía abdominal puede reducir el riesgo de morbimortalidad fetal.
- a. Distocias de presentación / situación (embarazos únicos o en alguno de los productos de un embarazo múltiple)
 - b. Anomalías congénitas fetales
 - Defectos del tubo neural (mejor función motora post natal)
 - Hidrocefalia (decisión individualizada según el caso)
 - Displasias esqueléticas (decisión individualizada según el caso)
 - Defectos de pared abdominal (controversial. Sin consenso)
 - c. Monitoreo Fetal Alterado:
 - Evidencia de bienestar fetal incierto (sufrimiento fetal agudo o crónico) sin posibilidad de parto inminente
 - Trazo no reactivo que no mejora con las medidas de reanimación intraútero y sin evidencia de parto inminente
 - d. Herpes Genital Activo
 - e. Infección materna por el virus de la inmunodeficiencia humana (decisión individualizada, según el caso. Referirse a las Normas de Alto Riesgo)
 - f. Patologías cardiovasculares maternas específicas:
 - Menos de dos semanas del cambio de warfarina a heparina (anticoagulación materna), debido al riesgo de hemorragia intracerebral fetal durante el parto.
 - g. Embarazo Múltiple (más de tres productos, independiente de la presentación/situación de los mismos).
 - h. Cesárea peri mortem con feto vivo.
 - i. Sospecha de bienestar fetal incierto (sufrimiento fetal).
2. Causas Maternas: Incluye aquellas que reducen el riesgo de morbimortalidad en la madre.
- a. Cerclaje abdominal in situ (vía laparoscópica)

- b. Lesiones obstructivas del tracto genital
 - c. Antecedente de colpografía anterior previa o cirugía reconstructiva vulvovaginal.
 - d. Compromiso anal importante por una patología inflamatoria intestinal
 - e. Patologías cardiovasculares específicas:
 - Disección de aorta
 - Síndrome de Marfan con dilatación de la raíz de la aorta
 - Aneurismas de vasos cerebrales no corregidos quirúrgicamente
 - f. Patologías osteomusculares específicas:
 - Cirugía de columna que involucren el uso de elementos de soporte externo (placas / tornillos. Decisión individualizada).
 - Patologías articulares que dificulten la atención del parto vaginal (decisión individualizada)
 - Patologías de la estructura ósea pélvica (distocias pélvicas)
3. Causas Materno Fetales: Incluye aquellas que beneficien tanto a la madre como al feto.
- a. Placentación anormal (placenta previa, vasa previa, hemorragias)
 - b. Desproporción céfalo pélvica
 - Materna (Alteración de la pelvis ósea o del canal del parto)
 - Fetal (macrosomía fetal)
 - c. Cirugía uterina previa
 - d. Distocias de la labor

G. CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

1. Desproporción cefalopélvica
- a. Ocurre en las siguientes circunstancias:
 - Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
 - Pelvis normal y feto grande o con anómala que impide el parto o producto normal con actitud anómala
 - Pelvis y feto normales con relaciones feto pélvicas ajustadas, después de una prueba de parto infructuosa.
 - b. El diagnóstico de la desproporción céfalo pélvica se establece mediante una valoración clínica adecuada. Ante la duda diagnóstica se debe utilizar la prueba de trabajo de parto.

c. Parámetros de una Prueba de trabajo de parto:

- Embarazo a término o pretérmino con indicación de interrupción del embarazo
- Presentación cefálica abocada
- Dilatación de 4 cm o más.
- Actividad uterina regular espontánea o inducida con oxitócicos.
- Membranas rotas
- Buen estado materno y fetal
- Al iniciar la prueba debe hacerse una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un periodo determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
- La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba
- La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante

d. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto

- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3 – 5 contracciones en 10 min.)
- Se emplearán oxitócicos si es necesario.
- Auscultación cardíaca fetal cada 15 a 30 minutos antes, durante y después de la contracción.
- Monitorización electrónica siempre que sea posible.
- Empleo de un apósito vulvar estéril para vigilar cambios en las características del líquido amniótico
- Tacto vaginal cada 2 horas para precisar dilatación, grado de descenso de la presentación, rotación, flexión y modelaje de la cabeza fetal.
- La prueba se suspenderá en caso de que exista falta de progreso del trabajo de parto en un periodo no mayor de 4 horas, signos de sufrimiento fetal o alguna otra indicación de cesárea que se presente durante la prueba.

2. Cesárea previa

Nota: Ver Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Programa de Parto Vaginal en Embarazadas con Cesárea Anterior.

Cumplidos los requisitos establecidos en las normas, se decidirá realizar la prueba de trabajo de parto en mujeres con cesárea previa, únicamente en hospitales de segundo o tercer nivel de atención, con personal capacitado para resolver cualquier complicación que pudiera presentarse.

a. Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa:

- Antecedentes de dos o más cesáreas previas segmento arciformes

- Antecedentes de cesárea previa segmento corporal o de otras cirugías uterinas
 - Antecedente de cesárea previa reciente, menor a doce meses
 - Antecedente de ruptura uterina, infección o dehiscencia de la histerorrafia
 - Desproporción cefalopélica.
 - Gemelares o producto macrosómico
 - Nota: Se valorará cuidadosamente el caso en embarazos pretérmino o postérmino.
- b. Precauciones durante la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa:
- Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.
 - Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardiaca fetal por medios clínicos: Estetoscopio de Pinard o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos si se cuenta con el recurso.
 - Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante
 - Se suspenderá la prueba del trabajo de parto y se llevará a cesárea, bajo las siguientes circunstancias:
 - Sospecha de dehiscencia de la histerorrafia
 - Sufrimiento fetal agudo
 - Falta de progresión del trabajo de parto
 - Durante el periodo expulsivo se recomienda la aplicación de fórceps bajo o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado.
 - Vigilancia estrecha del alumbramiento
 - Revisión manual sistemática y cuidadosa de la cavidad uterina haciendo énfasis en la verificación de la integridad del segmento uterino

3. Sufrimiento fetal

Nota: Para la definición, diagnóstico y manejo ver Capítulo de Pruebas de Bienestar Fetal y Capítulo de Sufrimiento Fetal Agudo en las Guías de Atención del Embarazo de Alto Riesgo.

Tomadas las medidas de reanimación fetal intra útero descrito en las normas, antes de decidir realizar una operación cesárea por sufrimiento fetal agudo, se asegurará que la reanimación fetal ha sido efectiva, descartando la posibilidad de muerte fetal.

4. Ruptura prematura de membranas

Nota: Para la definición, diagnóstico y manejo ver el Capítulo de Ruptura Prematura de Membranas en las Guías de Atención del Embarazo de Alto Riesgo.

5. Presentación pélvica

La presentación pélvica ocurre en el 3 – 4% de los embarazos. En la mayoría de las unidades obstétricas esta modalidad de presentación constituye una indicación de cesárea, excepto cuando la paciente acude en periodo expulsivo.

En caso de no contar con las mejores condiciones para atender a la embarazada y/o al feto se procurará referir a la paciente a una unidad con mejor capacidad resolutive.

H. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

1. Transoperatorias

- Complicaciones maternas: hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, trombo embolismo de líquido amniótico, prolongación de la histerorrafia, complicaciones de la anestesia tales como hipo ventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, bronco aspiración, bronco constricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, complicaciones cardiovasculares como hipertensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca, paro cardíaco.
- Complicaciones fetales: traumatismos, bronco aspiración, depresión respiratoria.

2. Postoperatorias:

- Inmediatas: hemorragias, hematoma, lesiones en vejiga, uréter, intestino, íleo paralítico.
- Mediatas: infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia, entre otras.
- Tardías: ruptura uterina en embarazos subsecuentes, procesos adherenciales.

I. ANTIBIOTICO TERAPIA EN LA OPERACIÓN CESÁREA

En pacientes que tienen un riesgo mínimo de infección la profilaxis con antibióticos no se recomienda previa a una operación cesárea.

Entre estas se incluye pacientes programadas para cesárea, en las que no se realicen exámenes vaginales posteriores a su admisión (p.e. cesárea iterativa, distocias de posición o situación fetal, distocia funicular o placentaria no complicadas).

Factores de riesgo en que se recomienda profilaxis con antibiótico:

- Pacientes con alto riesgo para desarrollar una infección (p.e. endometritis postparto, la herida quirúrgica):
 - Ruptura prematura de membrana
 - Paciente en labor con exámenes vaginales
 - Condiciones que alteren las normas de asepsia
 - Procedimiento quirúrgico prolongado (más de 1 hora)
 - Pérdidas sanguíneas excesivas (más de 1000cc)
 - Inadecuadas condiciones maternas (malnutrición, obesidad mórbida, anemia)
 - Enfermedades maternas mal controladas (diabetes, anemia falciforme)

- Profilaxis contra la endocarditis bacteriana:
 - Pacientes con válvulas protésicas
 - Antecedentes de endocarditis bacteriana
 - Malformaciones cardíacas congénitas cianógenas complejas (tetralogía de Fallot, transposición de grandes vasos)
 - Circuitos sistémicos pulmonares reparados/construidos quirúrgicamente

La dosis inicial de antibióticos profilácticos debe administrarse 30 minutos antes de iniciar la cesárea (OMS) o bien inmediatamente después de pinzado el cordón umbilical (ACOG). La dosis única de antibióticos profilácticos es suficiente y no menos eficaz en prevenir infecciones que un mayor número de dosis.

En general se recomienda que los antibióticos utilizados en estas profilaxis para embarazadas de bajo riesgo sean de espectro limitado, 1g de cefazolina (IV) u otras cefalosporinas de 1ª generación. En casos de alergia a los betalactámicos puede utilizarse 900mg de clindamicina + 1.5mg/kg/dosis de gentamicina.

Mientras que para los casos de endocarditis se recomienda específicamente el uso de 2g de ampicilina (IV ó IM) + 1.5 mg/kg/dosis de gentamicina (IV ó IM, nunca más de 120mg por dosis) 30 minutos antes del procedimiento, seguido de 1g de amoxicilina (VO) o 1g de ampicilina (IV ó IM), estas últimas luego de 6 horas después de la cesárea y en dosis única. En caso de alergia a betalactámicos puede utilizarse vancomicina.

Se debe recordar que a pesar del uso de antibióticos profilácticos el riesgo de desarrollo de endometritis puerperal es del 15%.

Para otras consideraciones de casos más complicados remitirse a las Normas de Embarazo de Alto Riesgo.

J. REQUERIMIENTOS OPERATORIOS PARA LA OPERACIÓN CESAREA

Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos:

- a. Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete
- b. Consentimiento informado de la mujer o familiar responsable y firma de autorización para la operación cesárea.
- c. En caso de que la paciente opte por un método anticonceptivo trans o post cesárea se recomendarán aquellos que no interfieran con la lactancia materna y se deberá contar con el consentimiento informado de la mujer.
- d. Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea; se dejará constancia de haber solicitado una segunda opinión, firmada por los gineco obstetras responsables.
- e. La segunda opinión se deberá aplicar en todas las mujeres embarazadas o en trabajo de parto, en quienes se haya decidido realizar una cesárea, excepto en aquellos casos de urgencias obstétricas que no permitan solicitarla por razones de tiempo. Se considerarán como urgencias obstétricas:
 - Hemorragia severa

- Procidencia del cordón umbilical
 - Ruptura uterina
- f. La estrategia de la segunda opinión se aplicará en cualquiera de las siguientes modalidades:
- De un médico interno o médico general a un médico especialista de ginecología obstetricia
 - De un médico residente a otro médico residente del mismo rango o de rango mayor
 - De un médico residente a un médico especialista en gineco-obstetricia
 - Entre dos médicos gineco-obstetras
 - En aquellas circunstancias en que el hospital cuente con una plantilla reducida de personal médico, se deberá establecer modalidades propias, procurando cumplir con los requisitos de la segunda opinión.
- g. La decisión final sobre la realización de la cesárea será tomada en apego a los lineamientos técnicos y normatividad oficial vigentes
- h. En todas las unidades de atención obstétrica deberán estar disponibles y accesibles las Normas y lineamientos técnicos para consulta del personal operativo.
- i. Los Comités Regionales y Hospitalarios de Mortalidad Materna y Perinatal deberán revisar periódicamente:
- La evaluación del indicador hospitalario del número de operaciones cesáreas por número de nacimientos.
 - Las indicaciones que dieron lugar a operaciones cesáreas.

Cada institución de salud, ya sea del sector público o privado, implantará sistemas de registro para la vigilancia de este indicador tan importante en el contexto de la salud perinatal y la salud reproductiva.

ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER

A. ATENCIÓN GINECOLÓGICA

Los protocolos de manejo de las principales patologías ginecológicas se encuentran descritos en el documento de Normas de Atención Ginecológica; en el campo de la patología ginecológica infantil y del adolescente están contenidas en el documento de Normas de Salud Reproductiva Infanto Juvenil; la prevención y control del cáncer cervicouterino se encuentra en el documento de Normas de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino y deberán ser consultadas en casos específicos.

Las Normas establecidas en el presente documento definen acciones esenciales propias de la atención integral de la mujer que deben darse de forma rutinaria en toda consulta, sea ésta por médico general o especialista y que incluye acciones de promoción, prevención, atención y recuperación de la salud, tendientes a favorecer la adopción de una cultura de autocuidado de la salud que conlleve a una mejor salud sexual y reproductiva.

1. Independientemente del motivo de la consulta, toda vez que se atiende a una mujer, se deberán realizar acciones preventivas integrales incluyendo la toma de Papanicolaou, examen de mamas, verificación de necesidades de planificación familiar, cobertura de vacunas, así como necesidades de atención en aspectos del área psico-social.
2. Todo caso de patología ginecológica tales como diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, infecciones ginecológicas, tumores benignos o malignos, ginecología infanto-juvenil, ginecología geriátrica, deberá ser referido al Gineco-obstetra y tendrá prioridad sobre los controles de salud.
3. El manejo de las infecciones de transmisión sexual debe ser conocido y aplicado tanto por el especialista como por el médico general.
4. En toda consulta a mujeres en edad fértil, sin importar el motivo de la consulta, debe evaluarse sus necesidades en materia de regulación de la fecundidad y ofrecer servicios de planificación familiar con la debida orientación.
5. Se debe recomendar la suplementación con 60 mg de hierro elemental y 500 mcg de ácido fólico diario a toda mujer post menarca. Si tiene antecedentes de malformaciones congénitas en embarazos previos, la dosis de ácido fólico debe aumentarse a 800-1000 mcg diarios.
6. Se debe revisar el estado vacunal de toda mujer en edad fértil (MEF), embarazada o no, que por cualquier motivo entre en contacto con los servicios de salud, considerando lo siguiente:
 - Toda MEF con esquema completo para Toxoide y Difteria (Td) se le aplicará un segundo refuerzo 10 años después del primer refuerzo. La mujer sólo recibirá una dosis de Td, se le aplicarán las dosis subsiguientes de Td de adulto de acuerdo al esquema.
 - Toda MEF con esquema completo para Rubéola (1 dosis a los 12 meses y 1 refuerzo entre los 4-5 años), se le considerará como previamente vacunada. Si nunca ha sido vacunada se le aplicará MR de acuerdo al esquema.
 - Aplicar MEF estudiantes de Ciencias de la Salud y funcionaria de salud la vacuna contra Hepatitis B de acuerdo al esquema.
 - Debe entregarse una tarjeta de vacunación del adulto a toda MEF vacunada.
 - Ofrecer orientación a las MEF previa administración de la vacuna contra la rubéola sobre su contraindicación en el embarazo y postergación del mismo mínimo 3 meses posterior su aplicación
7. Se crearán consultas especializadas de Ginecología en los hospitales provinciales que incluyan Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.
8. Se llevará registro estadístico de las patologías ginecológicas y se promoverá investigaciones epidemiológicas sobre las mismas.
9. Se efectuarán reuniones clínico patológicas para discutir la morbimortalidad ginecológica.
10. Se promoverán las investigaciones sobre aspectos de salud ginecológica de todos los grupos de edad.
11. Se promoverá la capacitación del personal (médicos generales, enfermeras y técnicos en enfermería) en la atención en aspectos generales y específicos de la atención ginecológica.

B. GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

1. Los casos de ginecología infantil o juvenil que lo ameriten serán referidos a una interconsulta con el Gineco-obstetra.
2. Se capacitará al personal en la atención primaria para la oportuna detección y referencia de casos de ginecología infanto-juvenil, incluyendo casos de maltrato y abuso sexual.
3. Se registrará y notificará todo caso de maltrato o sospecha de maltrato y abuso sexual que se detecte, de acuerdo con las Normas para la Atención Integral de la Violencia Intrafamiliar y Promoción de Formas de Convivencia Solidaria.
4. En la atención de adolescentes, independientemente del motivo de la consulta, se dará una atención integral que contemple sus necesidades en el plano de la salud reproductiva de acuerdo a su edad y condición, según las Normas de Salud Integral del Adolescente y las Normas Infanto Juvenil)

C. EVALUACIÓN DEL CLIMATERIO

1. La patología ginecológica de las pacientes climatéricas serán atendidas preferentemente por el Gineco-obstetra.(Ver Normas de Ginecología)
2. Las mujeres en el climaterio deben ser evaluadas con respecto a factores de riesgo o predisponentes de osteoporosis, enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitas, cáncer, problemas urogenitales, problemas cutáneos, deterioro de la vista y del oído, depresión y enfermedad de Alzheimer y considerar referencia al especialista para el tratamiento.
3. Se promoverá la educación en salud sobre estilos de vida saludables, alimentación, vida sexual, salud mental y auto cuidado de la salud y medidas de prevención a toda mujer climatérica con el objetivo de que lleven una vida prolongada vital y sana.
4. Evaluación de las mujeres entre los 40 a 64 años:
 - a. Historia clínica que incluya historia familiar una vez al año:
 - Estado de salud
 - Evaluación dietética y nutricional
 - Actividad física
 - Uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
 - Uso de medicinas alternativas y complementarias.
 - Actividad sexual
 - Síntomas de incontinencia urinaria y fecal
 - Abuso o negligencia.
 - b. Examen físico:
 - Peso y talla
 - Índice de masa corporal

- Presión arterial
 - Inspección y examen de la cavidad oral y cuello (linfadenopatía y tiroides)
 - Piel
 - Mamas y axilas
 - Examen abdominal
 - Examen pélvico.
- c. Laboratorios y exámenes de gabinete:
- Citología cervical (Papanicolaou) cada año
 - Densitometría ósea cada 1-2 años a partir de los 60 años ó antes si hay factores de riesgo. (la primera después de los 50 años como basal o a la edad que se capte, especialmente si tiene factores de riesgo. Si amerita tratamiento repetir a los 2 años y evaluar mejoría del paciente vs referir)
 - Mamografía. Cada 2 años comenzando a los 40 años. Anualmente comenzando a los 50 años.
 - Perfil lipídico: colesterol, HDL, LDL y triglicéridos cada 3 años comenzando a los 45 años. (si tiene factores de riesgo o es dislipidémica, hacerlo anual).
 - Prueba de glucosa en ayunas: cada 3 años comenzando los 45 años. (si tiene factores de riesgo-obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico efectuarlo anual)
 - TSH: cada 5 años comenzando a los 50 años.
 - Prueba de VIH.
 - Evaluación colorectal: comenzar a los 50 años, antes si hay factores de riesgo. Se recomienda una de las siguientes alternativas.
 - Heces por sangre oculta en tres muestras seriadas, anual.
 - Sigmoidoscopia flexible cada 5 años
 - Heces por sangre oculta anual con sigmoidoscopia flexible cada 5 años
 - Enema de bario de doble contraste cada 5 años
 - Colonoscopia cada 10 años.
- d. Inmunizaciones:
- Vacuna de la Influenza. Se recomienda comenzar su uso anual desde los 50 años.
 - Vacuna de Difteria y tétanos (Td) cada 10 años

- Vacunas de Hepatitis A y B, MR, Meningitis, Neumococo, Varicela, Influenza en menores de 50 años, están indicadas en grupos de riesgo.

5. Mujeres de 65 años y más.

a. Historia clínica que incluya historia familiar una vez al año:

- Estado de salud
- Evaluación dietética y nutricional
- Actividad física
- Uso de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Uso de medicinas alternativas y complementarias.
- Actividad sexual
- Síntomas de incontinencia urinaria y fecal.
- Abuso o negligencia.

b. Examen físico:

- Peso y talla
- Índice de masa corporal
- Presión arterial
- Inspección y examen de la cavidad oral y cuello (linfadenopatía y tiroides)
- Piel
- Mamas y axilas
- Examen abdominal

- Examen pélvico.

c. Evaluación funcional

- Visión
- Audición
- Brazos (tocar cabeza, agarrar objetos del suelo)
- Piernas (sentarse, levantarse)
- Continencia urinaria y fecal

- Nutrición y ejercicios
 - Salud bucal
 - Salud mental y depresión
 - Uso de instrumentos para actividades rutinarias
 - Ambiente del hogar
 - Soporte social y económico
 - Sexualidad
- d. Laboratorios y gabinete
- Cáncer de piel: biopsias en pacientes de riesgo
 - Densitometría ósea: cada dos años.
 - Mamografía: anualmente
 - TSH: cada 5 años
 - Urinálisis cuando sea necesario
 - Glicemia en ayuno cada 3 años (anual si es de riesgo)
 - Perfil lipídico cada 3 años (anual si es de riesgo)
 - Citología cervical. Cada 2–3 años, después de tres resultados negativos consecutivos, si no hay historia de lesiones de alto grado, inmunosupresión, VIH o exposición al DES en útero.
 - Evaluación colorectal: se recomienda una de las siguientes alternativas:
 - Heces por sangre oculta en tres muestras seriadas, anual.
 - Sigmoidoscopia flexible cada 5 años
 - Heces por sangre oculta anual con sigmoidoscopia flexible cada 5 años
 - Enema de bario de doble contraste cada 5 años
 - Colonoscopia cada 10 años.
- e. Inmunizaciones:
- Vacuna de la influenza. anual.
 - Vacuna de difteria y tétanos (Td) cada 10 años
 - Vacuna del neumococo una vez

- Vacunas de hepatitis A y B, meningitis, varicela, están indicadas en grupos de alto riesgo.

6. Terapia Hormonal

La terapia hormonal no debe ser recomendada sin una indicación clara para su uso y debe ser individualizada y seleccionada para cada mujer.

Antes de considerar cualquier régimen toda mujer debe tener una evaluación de salud integral que incluya historia clínica completa, examen físico y examen ginecológico, mamografía según norma de preferencia en el último año antes de iniciar la terapia.

De preferencia, iniciar en el período de la transición (peri menopausia) o dentro de los 5 primeros años para garantizar el adecuado proceso de transición.

A. Indicaciones de la terapia hormonal:

- Tratamiento de síntomas vasomotores moderados o severos (oleadas de calor, sudoración nocturna)
- Tratamiento de atrofia vaginal (vagina seca, dispareunia y vaginitis atrófica)
- Prevención y tratamiento de la osteoporosis (Cuando no hay otro medicamento que pueda utilizarse)

7. Tipos de terapia hormonal (Para el tratamiento de las indicaciones previas)

TE: Terapia estrogénica (estrógenos solos)

TEP: Terapia combinada estrógeno/ progestágeno

-TEP-CC: TEP continua (administración diaria combinada continua)

-TEP- CS. TEP continua secuencial (estrógeno diario y progestágeno añadido en una secuencia)

Advertencias:

- Para el tratamiento de los síntomas vaginales se recomienda la terapia estrogénica local vaginal (no sistémica)
- La indicación primaria del progestágeno es la protección endometrial para una terapia estrogénica ya que, de no ser así se incrementa el riesgo de cáncer de endometrio.
- Para todas las mujeres con útero se debe añadir el progestágeno sea continuo o secuencial por un periodo mínimo de 12 – 14 días.
- Las mujeres sin útero no deben recibir progestágeno
- En caso de terapia estrogénica local no se requiere administrar progestágeno
- Se recomienda el uso de las dosis más bajas que produzca alivio de los síntomas vasomotores, la resequeidad vaginal y la preservación ósea.

8. Contraindicaciones de la terapia de reemplazo hormonal

Presencia o sospecha de cáncer de mama

Presencia o sospecha de neoplasia estrógeno-dependiente

Embarazo

Sangrado genital anormal sin diagnóstico

Trombosis activa o desórdenes tromboembólicos

Historia pasada de trombosis, tromboflebitis o tromboembolias asociadas al uso de estrógenos

D. DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

1. Es deber de la persona que provee a atención a la mujer verificar si requiere un examen de Papanicolaou y tomarlo independientemente del tipo de consulta y la edad
2. La detección debe realizarse a toda mujer con vida sexual activa o a partir de los 21 años si no ha iniciado relaciones sexuales. Se debe priorizar a la población de mujeres de 25 a 59 años de edad, con énfasis en aquellas que no son usuarias de los programas de salud reproductiva.
3. El médico y la enfermera u otro personal capacitado revisará el carnet de Papanicolaou de la paciente si lo tiene, de no ser así, le expedirá un carnet con la toma de la citología.
4. Se revisará en el expediente de la paciente el Formulario de Solicitud de Evaluación Citológica y en el mismo se anotarán los datos actualizados para solicitar la nueva citología.
5. En el carnet debe anotarse la fecha de la toma, el resultado cuando se obtiene y la fecha de la próxima cita.
6. Se tomará la muestra citológica a toda mujer que asista a la consulta y tenga más de un año desde su último Papanicolaou.
7. Podrá considerarse el espaciamiento de la toma de Papanicolaou a cada tres años en casos de pacientes sin factores de riesgo, con cuello clínicamente sano, que presenten resultados negativos consecutivos en los últimos tres años
8. Se establecerá un tarjetario de seguimiento de casos para citar por cualquier medio (teléfono, visita domiciliaria u otro) a toda mujer que no acuda a su cita de control o para localizar a pacientes con resultado anormal del Papanicolaou.
9. El funcionario que toma la citología cervicovaginal anotará la actividad en el Registro Diario de Consulta.
10. La lectura de las citologías es responsabilidad de los laboratorios provinciales de citodiagnóstico de cáncer, quienes son responsables de llevar las estadísticas según resultado y edad de la paciente.
11. Los citotecnólogos llenarán diariamente un registro diario de lectura.
12. Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social llevarán el registro de las actividades de detección a través de la recopilación de las estadísticas de lectura y resultados de Papanicolaou de todos de todas las Unidades de Atención de Salud y los Laboratorios de Citología Nacionales y Regionales de ambas

instituciones. Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud solicitará esta información de los laboratorios de citología privados.

13. Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia llevarán el Registro de sus actividades de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento y enviarán informes semestrales y anuales a la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia y a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia cuya coordinación tiene su sede en la Sección de Salud Reproductiva de la Sub-Dirección General de Salud.
14. Toda paciente cuyo resultado de PAP reporte infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), lesión intraepitelial de bajo grado o de alto grado (LIE-BG, LIE-AG) y Cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia. (Ver Normas de Detección y manejo de Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino)
15. Toda paciente con una lesión clínica sospechosa o franca de cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia, independientemente del resultado de papanicolaou.
16. El Registro Nacional del Cáncer mantendrá actualizada la información estadística de morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino. Deberá coordinar el registro y depuración de los casos de cáncer cervicouterino procedentes del Instituto Oncológico Nacional, la Caja de Seguro Social, el Hospital Santo Tomás, Hospitales Regionales, Hospitales y Clínicas Privadas y de la ANCEC.
17. La Auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor es obligatoria y es responsabilidad de la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia que la misma se realice. Se utilizará el formulario de Auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor y se enviará copia del mismo a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia.
18. Se promoverá la formación especializada de personal médico y técnico dedicado a las actividades del programa: citología, cito-patología, colposcopia y biopsia, técnicas quirúrgicas ambulatorias y hospitalarias.
19. Se programará la capacitación continua de personal de atención primaria en la evaluación clínica del cuello de la matriz, la técnica correcta de la toma y fijación de la citología cervicovaginal y la interpretación de los resultados de la misma.

E. DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMAS

1. En todo examen físico realizado a una mujer se realizará el examen clínico de las mamas y la orientación a la paciente sobre el auto examen, así como la orientación a la paciente sobre la conveniencia de realizarse el tamizaje mamográfico y/o por ultrasonografía según su edad y factores de riesgo.
2. Se referirá a toda paciente a quien se le sospeche o detecte una patología mamaria a consulta especializada.
3. Toda mujer será educada sobre como realizar el auto examen de las mamas, todos los meses después de terminado el periodo menstrual.
4. Se promoverá el tamizaje mamográfico de acuerdo a la edad y los factores de riesgo.
 - a. Mamografía a cualquier edad: si existen signos clínicos sospechosos de cáncer.
 - b. Mamografía de base a partir de los 35 años.

- c. Mamografía cada 1-2 años: Mujeres entre los 40 y 50 años.
 - d. Mamografía cada año: A partir de los 50 años de edad.
5. Registros Médicos y Estadísticos mantendrá actualizados los datos estadísticos sobre el tamizaje por cáncer de mamas en las instituciones públicas.
 6. El Registro Nacional del Cáncer mantendrá actualizada la información estadística de morbi-mortalidad por cáncer de mamas. Deberá coordinar el registro y depuración de los casos de cáncer de mamas procedentes del Instituto Oncológico Nacional, la Caja de Seguro Social, el Hospital Santo Tomás, Hospitales Regionales, Hospitales y Clínicas Privadas; de la ANCEC y APLAFA.
 7. Se cumplirá con las indicaciones sobre el manejo del cáncer mamario contenidas en las Normas de tratamiento del Instituto Oncológico Nacional.
 8. El Examen clínico de las mamas es una actividad independiente y debe consignarse en la hoja de registro diario de consulta con el código Z12.3

F. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

1. Se aplicarán las Normas Técnicas para la Atención de las Infecciones Transmitidas Sexualmente y el VIH/SIDA.
2. Estos casos se notificarán de acuerdo a la metodología establecida por Epidemiología.
3. Se realizarán pruebas de serología luética a la mujer embarazada:
 - a. En el primer y tercer trimestre del embarazo
 - b. Al ingresar para el parto si no tiene control prenatal y/o no presenta la tarjeta de control prenatal.
 - c. Post-aborto
4. Se dará tratamiento al 100% de las mujeres y sus parejas con serología luética reactiva que se detecte.
5. El tratamiento de la sífilis durante el embarazo se hará inmediatamente conocido el resultado del tamizaje, aunque esté pendiente el examen confirmatorio.
6. El gineco obstetra coordinará con el responsable de epidemiología del nivel correspondiente para el seguimiento del caso.
7. Se apoyarán las actividades realizadas por el personal para la búsqueda y tratamiento de contactos.
8. Los laboratorios clínicos y de microbiología deberán disponer de los medios que permitan hacer los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual.
9. Se realizará examen directo por Tinción de Gram. del exudado endocervical y/o cultivo a todo caso sugestivo de blenorragia.
10. A toda paciente que consulte por una ITS se le dará orientación y se le solicitará la prueba rápida del VIH .Posterior al resultado se le dará orientación y /o consejería.

11. Los Comités de Infecciones Nosocomiales de los hospitales reportarán a Epidemiología del nivel Regional los casos de morbilidad asociadas a ITS en mujeres hospitalizadas.
12. Se llevará registro estadístico para el control de la morbi-mortalidad ginecológica por ITS en todos los niveles.

G. ATENCIÓN DE LA PAREJA INFERTIL

1. Los médicos y las enfermeras en atención primaria recibirán capacitación de manera general sobre problemas de infertilidad, centros de referencia para el manejo de estos problemas y apoyo emocional para las parejas afectadas.
2. Se crearán Consultas de Infertilidad en todos los Servicios de Gineco-obstetricia de los hospitales Nacionales y Regionales. Estos serán dotados con los equipos e insumos necesarios para el estudio de la pareja infértil
3. El personal médico y de enfermería asignados a la clínica de Infertilidad debe conocer a fondo la endocrinología de la reproducción y estar capacitado en las técnicas y procedimientos en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad.
4. Habrá coordinación entre laboratorios, institutos y hospitales docentes para que se realicen las pruebas diagnósticas especializadas.
5. Se coordinará con otras especialidades médicas la investigación y tratamiento de los factores masculinos de la infertilidad.
6. Se estudiará por posible infertilidad todos los casos de parejas que teniendo relaciones sexuales sin protección por un año no hayan logrado un embarazo.
7. En la primera consulta se realizarán las siguientes acciones:
 - a. Evaluación clínica de la pareja
 - b. Solicitud de exámenes de laboratorio y gabinete: Hemograma completo, urinálisis, tipaje y RH, glicemia, serología luética, VIH.
 - c. Pruebas hormonales
 - Prolactina, FSH, LH, TSH del 3 al 5 día del ciclo
 - Espermograma
 - Ultrasonido Pélvico vaginal
 - d. Evaluación clínica de la pareja
 - e. Se solicitarán de acuerdo a criterio médico los siguientes exámenes:
 - Curva de temperatura basal
 - Biopsia de endometrio pre-menstrual
 - Insuflación tubárica
 - Histero-salpingografía o histerosonografía entre el octavo y décimo día del ciclo

- Histeroscopia
 - Laparoscopia
8. En la consulta subsiguiente:
- a. Evaluación de los laboratorios
 - b. Referencia a la clínica especializada del hospital respectivo con el diagnóstico presuntivo acompañado de la copia de los resultados de los exámenes realizados.

H. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar a la población la más amplia información y consejería en servicios de calidad para que puedan alcanzar sus ideales reproductivos.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Garantizar la libre elección de las personas en su opción reproductiva.
- b. Fomentar demanda informada en salud reproductiva y planificación familiar.
- c. Garantizar el acceso sin discriminación a atención de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.
- d. Establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en los servicios de planificación familiar.
- e. Contribuir a disminuir la inequidad de género en la educación, información y servicios de planificación familiar.
- f. Fomentar la difusión de los derechos reproductivos y derechos de los y las usuarias.
- g. Eliminar las barreras médicas innecesarias a la práctica de la planificación familiar.

3. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA

- ❖ Respeto a los derechos de los usuarios@ de los servicios de planificación familiar tomando en cuenta que:
 - a. Toda persona usuaria tiene derecho a ser atendida con discreción, confidencialidad y con respeto a su privacidad.
 - b. Tiene derecho a obtener del proveedor de forma clara y comprensible, la información sobre su diagnóstico, tratamiento y procedimientos; información sobre la sexualidad y función de los órganos sexuales y reproductivos y sobre las características, beneficios, efectos y posibles complicaciones, posibilidades de falla y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.
 - c. Conocer la identidad de los proveedores de los servicios y de las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.
 - d. Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas y el cumplimiento de estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos.

- e. Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización, tener derecho a un intérprete cuando no habla el idioma español.
 - f. Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención; recibir explicaciones acerca de su condición, procedimientos técnicos implícitos, riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
 - g. No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario; no ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo.
 - h. Consultar una segunda opinión; participar voluntariamente o rehusar participar en proyectos de investigación.
 - i. Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido información sobre los mismos.
 - j. Respeto a sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura.
 - k. Derecho a reclamo o resarcimiento por daños y perjuicios por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.
 - l. El personal de salud dará información y proveerá el método anticonceptivo previa elección informada, independientemente de su propia idiosincrasia y religión.
- ❖ Para la Promoción de los derechos sexuales y reproductivos
- a. Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
 - b. Tener acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres a servicios de atención que incluyan planificación familiar y salud reproductiva.
 - c. Ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción.
 - d. Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo.
 - e. A que las instituciones de salud velen por que se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- ❖ El Mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar debe incluir que la usuaria se atendida por el siguiente lineamiento:
- a. Brindar información veraz, completa y oportuna sobre la variedad de los métodos anticonceptivos, disponibilidad de los mismos para garantizar la decisión libre e informada y garantizar la disponibilidad y acceso de los mismos.
 - b. Garantizar la competencia técnica de los proveedores de servicios de planificación familiar.
 - c. Fomentar relaciones interpersonales proveedor-usuario que favorezcan una oferta de servicios con calidad y respeto a los derechos humanos.
 - d. Organizar los servicios de manera que favorezcan la atención integral y de todos los aspectos asociados a la salud reproductiva.

- e. Implementar mecanismos de seguimiento y evaluación de la calidad de la atención, satisfacción de la persona usuaria, observancia de los derechos ciudadanos, perspectivas y participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de planificación familiar.
- ❖ Aplicación del Enfoque de género
- a. Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de las personas, así como eliminar la violencia intrafamiliar.
 - b. Poner en práctica el enfoque de género por los proveedores de salud para orientar la toma de decisiones sobre salud reproductiva, la prevención de las prácticas sexuales de riesgo, la prevención de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual.
 - c. Contribuir a disminuir la morbilidad producto de la inequidad y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres dentro de las familias.
 - d. Fomentar la participación y responsabilidad de los varones en salud reproductiva.
 - e. Promover el desarrollo de información y servicios para varones.
- ❖ Disposiciones generales
- a. Los servicios generales que se imparten por personal médico y para médico de las instituciones de salud, agentes comunitarios y médicos privados debe comprender las siguientes actividades:
 - Promoción y difusión
 - Información y educación
 - Consejería
 - Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
 - Identificación y manejo o referencia de casos de infertilidad y esterilidad.
 - b. Se brindará atención y orientación a toda persona que solicite un método de planificación familiar en el momento que lo solicita.
 - c. La prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.
 - d. Además de información, el usuario interesado debe ser orientado y en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.
 - e. Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

- f. Los proveedores de servicios de planificación familiar estarán capacitados sobre las indicaciones, contraindicaciones específicas y efectos secundarios de cada método anticonceptivo incluyendo aspectos anatómicos, fisiológicos y psicosociales.
- g. El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.
- h. Los locales en donde se presten los servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgos para su salud.
- i. Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta norma.
- j. Cada nivel es responsable de hacer la programación anual de planificación familiar y determinar la cantidad de anticonceptivos requeridos para el desarrollo del programa.
- k. Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta norma.
- l. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos o de costo mínimo cuando sean prestados por instituciones del sector público.
- m. A todo adolescente se le educará sobre las ventajas de la posposición del inicio de vida sexual, los riesgos del embarazo precoz, sobre sexualidad y reproducción humana y sobre los métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los adolescentes con vida sexual activa. De requerirlos, se les facilitará sin costo, el método anticonceptivo que seleccionen con base a la orientación recibida.
- n. Se promoverán investigaciones sobre la aceptabilidad, eficacia, efectos secundarios y complicaciones de los métodos anticonceptivos utilizados en nuestro medio.

4. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

1. Funciones de los niveles administrativos

a. Nivel Central: El Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, dependencia de la Sub-Dirección General Salud, a través del Programa de Salud Integral de la Mujer es responsable de planificar, organizar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Planificación Familiar. La Dirección Nacional de Provisión de Servicios tiene la responsabilidad de planificar, distribuir y proveer a los usuarios el servicio de Planificación Familiar de acuerdo a la norma establecida, supervisar y evaluar la calidad de la entrega de los servicios. La Dirección de Promoción de la Salud. La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

b. Nivel Regional: La Dirección Regional de Salud es responsable final de la gerencia, conducción, supervisión y evaluación de las actividades de planificación familiar en el ámbito de su jurisdicción, teniendo en cuenta las normas técnicas que deben ser adecuadas a la realidad local.

Las actividades del programa en este nivel son coordinadas por el encargado del Programa de Salud Integral de la Mujer quien tiene la responsabilidad de la organización, supervisión, monitoreo y la

adaptación local del programa, así como la vigilancia del cumplimiento de las actividades en el nivel regional y en los establecimientos de salud.

- c. Nivel local: La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del Programa de Planificación Familiar de acuerdo a las normas establecidas y su nivel de complejidad.
- Hospitales: La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del programa de planificación familiar de acuerdo a las normas. La Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia designará al coordinador del programa, conduciendo ambas estas actividades. Los Hospitales que desarrollen actividades docentes deberán optimizar el uso del campo clínico para la formación de profesionales de salud de acuerdo a la competencia de atención de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.
 - Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, ULAPS: La Jefatura de la instalación es responsable de monitorear que las actividades del programa de planificación familiar se realicen de acuerdo a las normas. Estas serán ejecutadas por los profesionales de acuerdo a su perfil.
 - Sub Centros, Puestos de Salud, CAP: La Jefatura del Centro de Salud de referencia es responsable de que las actividades del programa de planificación familiar se realicen de acuerdo a las normas y el nivel de complejidad. Los proveedores de servicios de este nivel tienen la responsabilidad de actuar de acuerdo a su competencia técnica, a las normas del programa y el respeto a los derechos de las personas.

2. Competencia de los proveedores en la atención en planificación familiar y salud reproductiva

Personal de Salud	Tipo de atención en salud reproductiva														
	Consejería y orientación	Métodos Naturales	MELA	Condón	Espemicida	A. Orales	A. Inyect.	D.I.U.	Implantes Progestágenos	Salping	Vasectomía	Detección y DX. CACU	Violencia	Inmunización MEF	Infertilidad
Ginecólogo obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)	X	X (1)	X	X	X	X
Urólogo	X	X	X	X	X	X	X				X	X (4)	X	X	X (4)
Médico general	X	X	X	X	X	X	X	X (1)	X (1)			X (3)	X	X	
Enfermera obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)			X (4)	X	X	
Enfermera General capacitada en P.F.	X	X	X	X	X	X (2)	X (2)	X (1)				X (4)	X	X	
Auxiliar de enfermería	X	X	X	X	X	X (2)	X (2)					X (4)	X	X	
Ayudante de salud	X	X	X	X	X	X (2)	X (2)					X (4)	X	X	
Promotor comunitario	X	X	X	X	X	X (2)							X		

(1) Si ha recibido entrenamiento en el procedimiento.

- (2) Descarta factores de riesgo. Provee el insumo y realiza los controles.
- (3) Sólo detección. Brindará tratamiento si está capacitado y certificado para hacerlo.
- (4) Sólo detección.

3. Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar

Programación: Debe tener en cuenta todas las actividades que debe desarrollar el programa estructurándolas en un plan de trabajo anual.

Se programarán actividades en las siguientes áreas:

- Difusión e Información
- Promoción de la participación comunitaria en la organización y uso de los servicios
- Capacitación al personal
- Orientación y Consejería
- Coberturas de los servicios
- Provisión de insumos anticonceptivos
- Supervisión y monitoreo de las actividades
- Evaluación

Información, Educación y Comunicación

Estas actividades están dirigidas a proveer información en los temas de salud reproductiva y planificación familiar para favorecer la elección informada. Se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de los medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de planificación familiar para la salud así como los servicios disponibles.

Contenidos de los mensajes:

- Sexualidad y salud reproductiva en el aspecto físico, psicológico y sociocultural.
- Factores de riesgo relacionados a la salud reproductiva en las diferentes etapas de la vida.
- Responsabilidad en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
- Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.
- Prevención del cáncer cervicouterino y de mama.
- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Conducta que deben esperar de los proveedores de servicios.

- Derechos reproductivos.
- Responsabilidad compartida de la pareja en relación a la fecundidad.
- Promoción de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos de máxima eficacia a los adolescentes para evitar embarazos no deseados y prevenir ITS-VIH/SIDA.

4. Capacitación

El objetivo general es fortalecer en los proveedores de los servicios de planificación familiar la capacidad gerencial, el nivel asistencial, la calidad de la atención, los aspectos éticos y legales de la salud reproductiva, los derechos reproductivos con perspectiva de género.

- Se deben planificar actividades de capacitación formal, en servicio o a distancia, adaptando los objetivos y contenidos a la realidad local, al diagnóstico de las necesidades educativas del personal según la función que desempeñan y a los objetivos y metas del programa.
- El coordinador hará la programación de las necesidades de capacitación en el plan operativo anual de la Región. Se programarán capacitaciones extraordinarias como resultado de las supervisiones y el monitoreo de las actividades en los servicios de atención.

5. Consejería

- a. La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud o promotores de salud comunitarios, que hayan recibido capacitación especial adecuada a su nivel de resolución.
- b. El consejero debe preservar el carácter privado y confidencial de la consejería, imprimir respeto en el trato con el usuario, mostrar interés, tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre anticonceptivos y hacer aclaraciones pertinentes con tacto y sensibilidad.
- c. La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:
 - Sus características
 - Efectividad anticonceptiva
 - Indicaciones, contraindicaciones y precauciones
 - Forma de administración
 - Lineamientos generales para la prescripción
 - Duración de la protección anticonceptiva
 - Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir
 - Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva

- Cuando proceda, información sobre el costo.
- d. La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles acompañado de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.
 - e. La consejería debe tomar en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados.
 - f. El consejero debe constatar que los aceptantes han comprendido la información completa sobre las características, uso y riesgos de los diferentes métodos, así como su responsabilidad por el buen uso de los mismos. En virtud de que no existe un método 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.
 - g. La consejería debe dar particular atención a los adolescentes; los usuarios que solicitan métodos permanentes; individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión; en el puerperio post aborto, post parto y post cesárea; cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo.
 - h. La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes debe ir precedido por consejería, debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en el expediente.
6. Sistema de Información
 - a. Se recolectará información mediante el uso de la Hoja de Registro Diario.
 - b. Se registrara en el Registro Diario de Atención, la atención en planificación familiar y el registro del método.
 - c. La información consolidada del mes vencido será enviada desde los establecimientos que brindan servicios de planificación familiar a Registros Médicos y Estadísticos Regionales durante los primeros 7 días del mes. Esta a su vez enviará la información consolidada de la Región al encargado de la coordinación del Programa de Planificación Familiar y a Registros Médicos y Estadísticos del Nivel Central.
 7. Sistema Logístico
 - a. Tiene como objetivo garantizar la disponibilidad de insumos en las cantidades y condiciones adecuadas para la prestación de los servicios. Este sistema está conformado por una serie de actividades.
 - Selección de los anticonceptivos
 - Proyección y estimación de cantidades a ser adquiridas.
 - Adquisición
 - Recepción, almacenamiento, manejo de inventarios y niveles de existencia, reempaque, procesamiento de pedidos.
 - Distribución y envío a niveles inferiores

- Mantener en reserva mínima de insumos de anticonceptivos en los servicios.
- b. La disponibilidad de insumos anticonceptivos temporales se garantiza a través de:
- Inventario físico de existencias una vez al año o cada seis meses.
 - Análisis de datos de inventarios y de consumo
 - Control de inventarios máximos y mínimos
 - Sistema de información logística que consta de registros e informes de existencia, de consumo y de movimiento.
- c. Directrices técnico administrativas de logística:

La Dirección Regional es responsable de mantener la información y el sistema de reportes actualizado del programa de planificación familiar. El Departamento de Farmacias y Drogas de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable del envío oportuno para mantener las existencias necesarias en el nivel central y en los almacenes intermedios de acuerdo a lo siguiente:

- La distribución de insumos desde el Almacén Central hacia los Almacenes Regionales se realizará trimestralmente, teniendo como condición básica que el nivel central reciba la solicitud de anticonceptivos los primeros 10 días de iniciado cada trimestre.
- Los almacenes regionales deberán llevar una hoja de análisis de insumos anticonceptivos.
- Los insumos serán remitidos por el almacén central a los regionales utilizando los documentos oficiales.
- Los almacenes regionales enviarán mensualmente los insumos a los establecimientos del nivel local utilizando los formatos correspondientes.

5. SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. Los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes y son los siguientes:
- a. Temporales
- Hormonales orales
 - Hormonales inyectables
 - Hormonales subdérmicos
 - Parches hormonales
 - Dispositivo intrauterino
 - De barrera y espermicidas
 - Naturales o de abstinencia periódica
- b. Permanentes

- Oclusión tubárica bilateral
 - Vasectomía
2. Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar en la primera consulta:
 - a. Interrogatorio. Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo reproductivo.
 - b. Examen físico en función de la capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
 - c. Consejería que garantice la selección informada de un método específico por el usuario.
 - d. Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso correcto.
 - e. De ser factible se iniciará el método en la primera consulta.
 - f. Solicitud de exámenes de laboratorio que se consideren necesarios según la evaluación y el criterio médico. No ordenar exámenes de laboratorio de forma rutinaria.
 - g. Verificar si la paciente tiene pendiente toma de Papanicolaou u otra acción preventiva como la vacuna antitetánica o antirubeola. Estas actividades deben ofrecerse pero no deben representar una precondition al ingreso al programa de planificación familiar.
 - h. Referir a otra unidad de salud cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método seleccionado.
 - i. Otorgar cita subsiguiente.
 3. Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.
 4. Cuando además de la prevención del embarazo, se desee disminuir el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, sólo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.
 5. Durante las consultas subsiguientes se realizarán las siguientes actividades:
 - a. Evaluación de probables complicaciones por el uso del método y revisión de exámenes ordenados.
 - b. Determinación de cambio de método de ser necesario.
 - c. Cita subsiguiente.

6. PROGRAMAS COMUNITARIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Se promoverán programas comunitarios de planificación familiar con apoyo de los ayudantes de salud y la colaboración de proveedores comunitarios sobre todo en las áreas postergadas.

2. Se capacitará a los ayudantes de salud y proveedores comunitarios para dar orientación sobre métodos de planificación, discriminar factores de riesgo, aplicar algunos métodos accesibles y referir a niveles de mayor complejidad según lo requiera el método seleccionado.
3. El proveedor comunitario promoverá la lactancia materna exclusiva (Método MELA) en las puérperas como el método más natural y resaltaré su efectividad siempre que se practique estrictamente durante los primeros 4 a 6 meses post parto.
4. Podrá distribuir preservativos y sabrá orientar sobre su uso y utilidad para la prevención de embarazos y de ITS-VIH/SIDA.
5. Podrá distribuir anticonceptivos orales y deberá saber identificar factores de riesgo que los contraindiquen a través del siguiente cuestionario:
 - FUM; signos y síntomas sugestivos de embarazo
 - Problemas presentes o pasados relacionados a trombosis, embolismo, cardiopatías.
 - Edad mayor de 40 años.
 - Hábito de fumar.
 - Antecedente de cáncer de mama
 - Enfermedades activas del hígado; tumores hepáticos, antecedente de ictericia durante el embarazo.
 - Lactancia materna actual
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial
 - Sangrado vaginal anormal durante los últimos 3 meses o post-coito
 - Ingesta de Rifampicina o anticonvulsivantes.
6. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo antes mencionados el proveedor comunitario deberá referir a la usuaria a la consulta de Planificación Familiar en el Centro de Salud.
7. Descartados los factores de riesgo dará la orientación e iniciará el método.
8. En caso de presentarse molestias o síntomas que la usuaria o el proveedor consideren preocupantes, la paciente será referida a la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud sin discontinuar el método.

I. Métodos Anticonceptivos

1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina.
 - a. Formulación

Combinados orales / Dosis recomendada diaria			
Estrógeno natural o sintético	Dosis	Progestinas sintética	Dosis
Etinil estradiol Ó <u>Mestranol</u>	15 – 50 mcg	A. Derivadas de la 19 Nortestosterona 1. Noretindrona, Noretinodrel, Diacetato de etinodiol, Noretisterona.	400 mcg – 1 mg
		2. Levonorgestrel, Norgestrel	300 – 500 mcg
Más cualquier tipo de progestina	50- 100 mcg	3. Gestodeno	75 mcg
		4. Norgestimato	250 mcg
		5. Desogestrel	150 mcg
		6. Linstrenol.	
		B. Derivados de la 17 hidroxiprogesterona 1. Acetato de clormadinona, Acetato de ciproterona	2 mg
		C. Derivados de la espironolactona: 1. Drospirenona.	3 mg

b. Presentación

- Contienen dosis constantes de estrógeno y de progestina en cada tableta o gragea. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen 7 tabletas o grageas adicionales que contienen hormonas sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.

c. Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 – 99%.

d. Indicaciones

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multiparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo ínter genésico
- En el post aborto inmediato
- En el post parto o post cesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

e. Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses postparto (contraindicación relativa)
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido enfermedad trombo embolica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa, disfunción vesicular
- Administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad
- Insuficiencia renal
- Migraña con síntomas neurológicos focales
- Insuficiencia adrenal y patologías retenedoras de potasio (anticonceptivos con drospirenona)

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Migraña focal
- Leiomiomatosis (Fibromatosis) uterina
- Alteraciones de la coagulación

g. Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales orales combinados, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual. En los primeros 14 días del primer ciclo de planificación con anticonceptivos orales, se recomienda el uso simultáneamente de un método de barrera.

En la presentación de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación, Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo, independientemente de la persistencia del sangrado

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas que contienen hormonas diariamente por 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. Debe recomendarse un método alternativo de barrera hasta que se reanude la movilización de la paciente.

No es necesario ni recomendable hacer una pausa o “descanso” durante la planificación con anticonceptivos orales.

h. Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieren las tabletas o grageas en forma correcta.

i. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, náusea, vómitos, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual, estados depresivos, incremento del peso corporal.

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.

Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo
 - Cefalea intensa
 - Alteraciones visuales
 - Dolor torácico intenso
 - Disnea
 - Dolor de miembros inferiores
 - Ictericia
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.
- j. Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo
- En caso de olvido de una tableta o gragea:
 Cuando recuerde, debe tomar inmediatamente la tableta la tableta olvidada y además la que le corresponde en el horario habitual
 - En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: Ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes y adicionar un método de barrera por siete días.
 - En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas: El método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.
 - La diarrea y los vómitos intensos puede interferir con la efectividad del método. En estos casos se recomienda el uso adicional de un método de barrera por siete días y continuar tomando las tabletas o grageas.
- k. Seguimiento de la usuaria
- Se efectuará mediante una visita inicial a las 6 semanas y posteriormente cada año o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas.
 - En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
 - Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

2. Hormonales orales que sólo contienen progestina

a. Formulación

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linstrol 0.5 mg y levonorgestrel 35 ug

b. Presentación

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

c. Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 – 97%.

d. Indicaciones

Están indicados en mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo a adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo ínter genésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia materna y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el post aborto inmediato.

e. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.

g. Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el

inicio se efectúa después del primer y antes del sexto día de la menstruación, se deberá usar un método de barrera como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

- Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea siempre a la misma hora.
- En el post parto o post cesárea cuando la mujer está lactando, se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

h. Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.

i. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado, amenorrea)
- Cefalea
- Mastalgia

Cuando hay amenorrea y antecedentes de ingestión irregular de la tableta se debe descartar un embarazo.

En caso de sintomatología leve se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.

El uso del método se debe suspender si se presenta:

- Embarazo confirmado
- Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

j. Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo.

- En caso de olvido de una o más tabletas o grageas se debe adicionar un método de barrera, y luego reiniciar el uso de las tabletas o grageas o cambiar de método. En caso de amenorrea, descartar un embarazo.
- La diarrea y los vómitos intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a las 6 semanas y posteriormente una vez al año o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se dotará de tabletas o grageas.

- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal.

3. Anticoncepción de emergencia

a. Formulación

- Método de Yuzpe: Píldoras combinadas que contengan en cada tableta o gragea 50 ug de etinilestradiol y 500 ug de norgestrel o 250 ug de levonorgestrel.
- Anticonceptivos sólo de Progestina: Cada tableta o gragea contiene 0.03 - 0.0375 mg de levonorgestrel.

b. Dosis a administrar

- Método de Yuzpe: Método de Yuzpe: La primera dosis se administra dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
 - 4 tabletas de dosis baja (p. ej. Microgynon, Primafen, Nordette,)
 - 2 tabletas de dosis alta (p.ej. Ovral)
 - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
- Anticonceptivos sólo de Progestina: La primera dosis se administra dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
 - 20 tabletas de 0.0375 mg de levonorgestrel
 - 25 Tabletadas de 0.03 mg de levonorgestrel
 - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.

De estar disponible utilizar Postinor 2

c. Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, las píldoras sólo de Progestina brindan protección anticonceptiva en un 85% y las píldoras combinadas son aproximadamente en un 75% eficaz. La anticoncepción de emergencia no debe usarse como anticoncepción corriente porque es menos eficaz que otros métodos de planificación familiar y tienen más efectos secundarios, no es considerado abortivo.

Indicaciones

Mujeres en edad fértil, nuligestas, nulíparas o multíparas incluyendo adolescentes en las siguientes circunstancias:

- Violación
- Uso incorrecto u olvido del método anticonceptivo

- Ruptura del condón
 - Luego de una relación sexual no esperada sin protección.
- d. **Contraindicaciones**
- Dado que se toman durante un tiempo breve las contraindicaciones relativas al uso de anticonceptivos orales corrientes no son aplicables.
- e. **Precauciones**
- Los proveedores deben considerar antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migrañas focales agudas y enfermedad grave del hígado. Las directrices de elegibilidad médica de la OMS respecto a estas enfermedades, dicen que las ventajas de usar las píldoras contrarrestan los riesgos teóricos o comprobados
- g. **Duración de la protección anticonceptiva**
Sólo protegen de las relaciones sexuales que se tuvieron en las últimas 72 horas.
- h. **Efectos colaterales.**
- Náuseas, vómitos, dolores de cabeza, mareos, fatiga, sensibilidad mamaria, sangrado irregular, alteración del ciclo menstrual.
 - Si el vómito se produce antes de una hora de haberse tomado la dosis repetir la misma, acompañada de un antiemético.
- i. **Seguimiento de la usuaria**
- La menstruación en la mayoría de los casos se presenta en la fecha prevista, pudiendo presentarse unos días antes o después de la fecha esperada.
 - En caso de retraso menstrual de una o dos semanas es necesario hacer una prueba de embarazo.
 - Debe tener abstinencia de relaciones sexuales o uso de método de barrera (condón) hasta que se presente el sangrado menstrual.
 - Debe reforzarse la consejería para que la usuaria adopte un método anticonceptivo adecuado de rutina.
4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógenos y progestinas.
- a. **Formulación**
- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5mg), valerato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.
 - Además de estrógeno contienen una de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg) o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).
- b. **Presentación**
- Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:
- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.

- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
 - Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesteron 75 mg en 1 ml de solución oleosa.
 - Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de solución oleosa.
- c. Efectividad anticonceptiva
- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.
- d. Indicaciones
- Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:
- Antes del primer embarazo.
 - En el intervalo intergenésico.
 - En el post aborto.
 - En el post parto o post cesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.
- e. Contraindicaciones
- Lactancia materna en los primeros seis meses postparto.
 - Embarazo o sospecha de embarazo.
 - Tener o haber tenido cáncer mamario
 - Tener o haber tenido enfermedad trombo embolica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
 - Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
 - Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
 - Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, pacientes con dg de epilepsia o trastorno bipolar.
 - Fumadoras mayores de 40 años de edad.
 - Insuficiencia renal.
- f. Precauciones
- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.

- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina
- Alteraciones de la coagulación.

g. Forma de administración

- Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección. La primera aplicación debe hacerse en los primeros cinco días del ciclo después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En el postparto o post cesárea cuando la mujer no está lactando, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

- Después del aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable o considerar inicio inmediato
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. Debe suministrarse un método alternativo en el ínterin.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

Se extiende por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días de la anterior, no garantiza protección anticonceptiva.

i. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales
- Cefaleas
- Mareo, náuseas
- Vómitos
- Mastalgia
- Incremento de peso corporal.

En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología es transitoria y comúnmente sólo se presenta en los primeros meses de uso.

Suspender el método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales.
- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
- Persistencia de efectos colaterales más allá de seis meses.

j. Conducta a seguir en caso de uso irregular del método.

- Para asegurar la efectividad del método las inyecciones subsecuentes deben aplicarse con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el período adecuado deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente, deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a las 6 semanas y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres o cuatro ampollas. El número que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal.
- Recomendar la densitometría ósea

5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.

a. Formulación

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

b. Presentación

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- NET-EN: Enantato de noretisterona 200 mg en ampolleta con 1 ml de solución oleosa.
- DMPA: Acetato de medroxiprogesterona 150 mg en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.

c. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

d. Indicaciones

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el post aborto.

e. Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.

- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor de 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

g. Forma de Administración

- Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección.
- La primera aplicación debe efectuarse en los primeros cinco días del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses independientemente de cuando se presente el sangrado.
- En el post parto cuando la mujer está lactando, la aplicación debe iniciarse después de la sexta semana.
- En el post parto, cuando la mujer no va a lactar, puede aplicarse la primera inyección durante los primeros 28 días.
- En el post aborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

- NET-EN se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección.
- DMPA se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección.

i. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea
- Cefalea
- Mastalgia
- Aumento de peso

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe con el uso del método.

Suspender el método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

j. Conducta a seguir en caso de uso irregular del método.

- La aplicación de NET-EN puede efectuarse hasta dos semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es recomendable, también puede aplicarse hasta dos semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.
- La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.
- Si la usuaria acude a ponerse la inyección más allá del periodo de gracia, debe descartarse un embarazo previo a la aplicación de la nueva inyección.

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a los 3 meses y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres a cuatro ampolletas. El número de ampolletas que se proporcionen depende de razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y el examen de mamas.
- Recomendar densimetría ósea

6. Método hormonal Parche Anticonceptivo Combinado.

Es un método anticonceptivo temporal que se adhiere a la piel, de acción prolongada, que libera en forma continua y gradual etinil estradiol y una progestina sintética.

a. Formulación

Cada parche contiene Etinil estradiol 0.75 mg y 17 norelgestromina 6 mg (Evra)

c. Presentación:

Parche de aplicación semanal transdermico.

d. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

e. Indicaciones

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.

- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable en el post aborto
- f. Contraindicaciones
- Lactancia materna en los primeros seis meses postparto.
 - Embarazo o sospecha de embarazo.
 - Tener o haber tenido cáncer mamario.
 - Tener o haber tenido enfermedad trombo embólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
 - Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
 - Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
 - Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.
 - Fumadoras mayores de 35 años de edad.
 - Insuficiencia renal.
 - Hipertensión Arterial
- g. Precauciones
- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
 - Diabetes Mellitus
 - Migraña con síntomas neurológicos focales.
 - Leiomiomatosis uterina
 - Alteraciones de la coagulación.
 - Enfermedad vesicular sintomática
 - Pacientes con peso mayor de 90 kilos (disminuye la efectividad)
- h. Formas de Administración:
- El parche se aplica el primer día del ciclo menstrual en el primer ciclo. Y se cambia cada siete días por tres semanas consecutivas seguida por una semana de pausa durante la cual debe ocurrir el sangrado por privación. Los parches consecutivos se aplican en diferentes sitios de los glúteos, abdomen, torso superior y/ o antebrazo. No aplicar sobre el seno o sobre piel rota irritada o eritematosa.
- i. Duración de la protección anticonceptiva:

La protección se extiende al periodo de uso del parche.

j. Efectos Colaterales.

- Síntomas mamarios
- Cefalea
- de aplicación
- Nauseas
- Infecciones del tracto respiratorio superior
- Dismenorrea

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe con el uso del método.

Suspender el método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

k. Seguimiento a la usuaria

- Visita inicial a los 3 meses y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres a cuatro parches. El número de parches que se proporcionen depende de razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y el examen de mamas.

7. Método hormonal subdérmico.

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

a. Formulación

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una, 36 mg de levonorgestrel.

b. Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 mg diarios de levonorgestrel.

c. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año; luego disminuye gradualmente y es de 96.5% al quinto año de uso.

d. Indicaciones

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos está contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia materna.
- En el post aborto inmediato.

e. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.
- Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años en mujeres con peso mayor de 70 kg.

g. Forma de administración.

- Los dispositivos deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante los primeros siete días del ciclo menstrual, o cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo.
- En el postparto y post cesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana de puerperio.

- La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva.
- h. Técnica de inserción.
- Se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables para aplicar anestesia.
 - La usuaria debe estar acostada boca arriba durante la inserción.
 - Seleccionar el brazo izquierdo si es diestra, el derecho si es zurda.
 - La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con antiséptico.
 - Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm en una zona de piel sana en la cara interna del brazo. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trocar estéril calibre 10, en dirección opuesta al codo. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.
 - No se requiere sutura. Se aplica una pequeña venda.
- i. Técnica de remoción.
- Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.
 - La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con antiséptico.
 - Se aplica anestesia bajo los implantes en su extremo más inferior.
 - Se hace una pequeña incisión por la cual se extraen las cápsulas una a una empezando por las más accesibles.
 - En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.
- j. Duración de la protección anticonceptiva.
- Hasta cinco años después de la inserción.
- k. Efectos colaterales.
- Algunas mujeres pueden presentar:
- Hematoma en el área de inserción.
 - Infección local.
 - Dermatitis
 - Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado, amenorrea)

- Cefalea
- Mastalgia
- Queloides

Reforzar la consejería con relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes.

En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales, remover implantes.

En caso de embarazo, remover los implantes.

l. Conducta a seguir en caso de problemas con los implantes.

- En caso de expulsión de uno o más implantes, deben remplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas.
- En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben removerse y remplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto.

m. Seguimiento de la usuaria.

- Primera visita dentro del primer mes y luego cada año hasta completar cinco años. Debe instruirse a la usuaria que en caso de dudas o problemas relacionados al método, acuda a consulta en cualquier momento.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

8. Dispositivos intrauterinos

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una T de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

a. Presentación

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados, en presentación individual, acompañados de un insertor.

b. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

c. Indicaciones.

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- ❖ Antes del primer embarazo. (si no puede ser otro método para este grupo)

- ❖ En el intervalo intergenésico
- ❖ En el post parto, trans y post cesárea, con o sin lactancia.
- ❖ En el post aborto.

d. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor de 6 cm
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Presencia de corioamnionitis.
- Alergia al cobre

e. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia de endometrio.
- Anemia y padecimientos hemorragíparos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Ruptura prematura de membranas (Post parto inmediato)
- Trabajo de parto prolongado. (Post parto inmediato)

f. Tiempo de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: Insertar preferiblemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se está razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Post alumbramiento: Realizar la inserción dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta después de un parto o cesárea.
- Pre alta: al egreso hospitalario después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Post aborto no infectado: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas post aborto, post parto y post cesárea.

g. Técnica de inserción en el intervalo intergenésico.

- Informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.
- Exploración pélvica bimanual para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.
- Con la ayuda de un espejo vaginal se visualiza el cérvix y se limpia el cuello uterino empleando una gasa con solución antiséptica.
- Empleando un tenáculo o pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino, y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor de 6 cm no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor de 6 cm se inserta el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia de los sitios de presión, se recortan los hilos guía a 2 cm del cérvix y se retira el espejo vaginal.

h. Técnica de inserción post alumbramiento con ayuda de la pinza de anillos (Foerster).

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Foerster), una recta y una curva, así como dos valvas vaginales.

Se recomienda esta técnica en mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

- Se toma el DIU con la pinza de Foerster curva, procurando que el tallo vertical de la T forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
- Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que el dispositivo esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no halar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

i. Técnica manual de inserción post alumbramiento.

- El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.

- La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
 - Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
 - Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no halar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.
- j. Técnica de inserción intracésárea con pinza de anillos (Foerster).
- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Foerster en el borde superior de la histerotomía.
 - El DIU se toma con la pinza de anillos curva, procurando que el tallo vertical de la T forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía.
 - Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
 - Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
 - Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
 - Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no halar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.
 - Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.
- k. Técnica de inserción manual transcesárea.
- Se toma el DIU entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
 - La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue hasta el fondo de la cavidad.
 - Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
 - Se retira la mano de la cavidad cuidando de no halar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.
 - Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.
- l. Técnica de inserción post aborto no infectado
- La inserción del DIU en post aborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita en el intervalo intergenésico.
 - Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza o manual de inserción.

m. Técnica de inserción en el periodo pre alta.

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la aplicación post alumbramiento y post aborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como para aquellas que hubieran superado la causa de contraindicación o precaución.

n. Duración de la protección anticonceptiva.

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo T Cu 380A y T Cu es 220 C, Multiload 375 y 250 es de diez años y para DIU liberador de levonorgestrel (Mirena) es de cinco años.

Al término del periodo de efectividad, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

En el caso de colocación del DIU en el post evento obstétrico o en el puerperio inmediato, la tasa de expulsión espontánea de 6 a 36 meses varían de 6.2 a 44.1%

o. Efectos colaterales.

Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como:

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
- Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Las usuarias deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

Los efectos colaterales deben ser tratados si las molestias persisten más allá de 90 días. Debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

Nota: Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

p. Seguimiento de la usuaria.

- Primera revisión entre la 4^a y la 6^a semana posterior a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos cm por fuera del orificio externo del cérvix, de ser necesario.
- La segunda revisión será a los 6 meses a partir de la inserción y posteriormente cada año o cuando la usuaria lo considere necesario.
- En cada visita debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y descartar infecciones cérvico-vaginales.
- En caso de embarazo, si los hilos son visibles se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.

- Sino se observan los hilos del DIU en cualquiera de las visitas de seguimiento se debe solicitar un ultrasonido para verificar su ubicación.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

9. Esterilización total o permanente

A. Oclusión Tubárica Bilateral (anticoncepción voluntaria permanente)

a. Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas con el fin de evitar la fertilización.

b. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

c. Indicaciones.

Mujeres que deseen o requieran un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Pacientes preferiblemente mayores de 28 años y que tengan una paridad satisfecha (en mujeres jóvenes el riesgo de arrepentimiento después de una salpingectomía es de aproximadamente el 20%).
- Pacientes de menos de 28 años evaluar individualmente
- Razones médicas o legales que contraindiquen el embarazo.
- Solicitud aprobada por una comisión médica hospitalaria o de otro nivel de salud la cual estará encargada de evaluar, autorizar y firmar las solicitudes de esterilización que se efectúen. Esta comisión estará conformada por lo menos por dos médicos (uno de los cuales debe ser ginecólogo). La solicitud debe estar acompañada de las evaluaciones que cada caso requiera.
- En el caso de pacientes que tengan afectada la capacidad jurídica de decisión sus tutores o representantes legales podrán tomar la decisión luego de las evaluaciones correspondientes.
- Es requisito indispensable que la solicitante o sus representantes legales estén debidamente orientados sobre todos los aspectos del procedimiento y firmen el consentimiento informado.

d. Contraindicaciones.

- Enfermedad pélvica inflamatoria activa.
- Embarazo o sospecha de embarazo

e. Precauciones

- Discrasias sanguíneas
- Anemia severa.
- En el post parto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina por síndrome adherencial.

f. Tiempo de realización.

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo intergenésico en el postparto, transcesárea y post aborto.

g. Técnica.

- Según el caso se utilizará anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general. La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
- La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por mini laparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.
- El procedimiento de oclusión tubárica puede ser por salpingectomía y ligadura; salpingotomía (fimbriectomía); técnica de Pomeroy, Uchida e Irving; Mecánica (anillos de Yoon o electro fulguración).
- Como procedimiento de elección se recomienda la mini laparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.

h. Lineamientos generales para la prescripción.

- Consejería amplia previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda anestésico.
- Debe ser efectuada por personal médico debidamente capacitado.
- Puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Toda mujer debe estar informada sobre la disponibilidad de los otros métodos

i. Duración de la protección anticonceptiva.

Este método es permanente.

j. Efectos colaterales.

- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico.
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
- Administrar analgésico en caso de ser necesario.
- Puede reiniciar actividad laboral a los 15 días post cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud, asociado con el procedimiento, la paciente debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

k. Seguimiento de la usuaria.

Las revisiones subsecuentes deben programarse para la primera semana post cirugía para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a la consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología urinaria
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones serán anuales. Siempre que sea posible, en la revisión anual se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

B. Vasectomía

a. Descripción

Es un método anticonceptivo sencillo, seguro y generalmente sin efectos secundarios.

Consiste en la sección y ligadura bilateral de los conductos deferentes o seminales. Como consecuencia en poco tiempo el semen eyaculado no contendrá espermatozoides.

Es un método anticonceptivo que, aunque reversible en algunos casos, es considerado como permanente.

c. Efectividad anticonceptiva

La vasectomía es un procedimiento muy efectivo para evitar la concepción. La tasa de fallas no supera el 0.5%.

d. Duración de la protección anticonceptiva

La vasectomía no es efectiva de forma inmediata. Pueden presentarse espermatozoides en el semen eyaculado hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso de preservativos u otro método anticonceptivo seguro, para evitar embarazos no deseados, hasta que el recuento de espermatozoides en los espermogramas de control sea negativo (azoospermia).

e. Indicaciones

Este procedimiento está indicado para hombres que deseen o requieran un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Pacientes preferiblemente mayores de 28 años y que tengan una paternidad satisfecha.
- Razones médicas o legales que contraindiquen la reproducción.
- En pacientes menores de 28 años evaluar individualmente
- Solicitud aprobada por una comisión médica hospitalaria o de otro nivel de salud la cual estará encargada de evaluar, autorizar y firmar las solicitudes de vasectomía que se efectúen. Esta comisión estará conformada por lo menos por dos médicos (uno de los cuales debe ser urólogo). La solicitud debe estar acompañada de las evaluaciones que cada caso requiera.
- En el caso de pacientes que tengan afectada la capacidad jurídica de decisión sus tutores o representantes legales podrán tomar la decisión luego de las evaluaciones correspondientes.
- Es requisito indispensable que el solicitante o sus representantes legales estén debidamente orientados sobre todos los aspectos del procedimiento y firmen el consentimiento informado.

f. Contraindicaciones

- Infección genitourinaria activa
- Masas escrotales no estudiadas
- Disfunción eréctil
- Criptorquidia
- Antecedentes de cirugías escrotales o testiculares

g. Precauciones

- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis escrotal.
- Hernia inguino escrotal
- Enfermedades hemorragíparas.

h. Técnica quirúrgica

Para estos procedimientos suele usarse anestesia local, no obstante pueden presentarse pacientes con situaciones particulares que ameriten anestesia loco-regional o general.

1) Técnica de Vasectomía Convencional con bisturí

Técnica quirúrgica donde se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

- a) Técnica con dos incisiones, una a cada lado de la raíz del escroto y cerca de la base del pene. Técnica tipo Schmidt.
- b) Técnica con incisión única sobre el rafe. Técnica tipo Tilak.

2) Técnicas de oclusión deferencial.

a) Vasectomía sin bisturí o tipo Lee

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

i. Lineamientos generales para su prescripción

- Consejería amplia previa a su realización.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención debidamente acondicionadas.
- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de asepsia establecida.

j. Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. La vasectomía no es efectiva de forma inmediata. Para evitar embarazos no deseados, hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo, se recomienda el uso de preservativos u otro método de planificación. Es necesario que se verifique la azoospermia mediante un espermograma. Puede encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones aproximadamente o hasta tres meses después del procedimiento.

k. Efectos colaterales

No se ha podido demostrar complicaciones o efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico y/o quirúrgico:

- Infección del sitio quirúrgico
- Granuloma
- Epididimitis, orquiepididimitis

- Hemorragia, equimosis, hematoma
- Orquialgias crónicas
- Fístulas deferente- cutáneas
- Hidrocele, espermatocelo
- Reacciones vagales (lipotimia, paro cardiorrespiratorio)
- Alteraciones psico-sexuales

l. Conducta a seguir

- Reposo relativo domiciliario por 48 horas con aplicación local de hielo.
- Puede reiniciar actividad laboral a los dos días post cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Se debe suspender las relaciones sexuales u otro tipo de esfuerzos físicos por siete días.
- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado por siete días mientras está sentado o de pie.
- Cumplir con órdenes médicas en lo referente a utilización de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios.
- Acudir de inmediato a la atención médica si se detectan complicaciones.

m. Seguimiento del usuario

- La visita inicial se programará durante la primera semana post cirugía.
- Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo repetir al mes. Si persiste positivo revalorar el caso. Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de preservativos u otro método anticonceptivo efectivo.
- Las siguientes visitas serán anualmente durante los dos primeros años o antes si el usuario lo considera necesario.

10. Condón o preservativo

a. Descripción.

Es un método de barrera es decir aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico, algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

El condón o preservativo es una bolsa de plástico (látex), que se aplica al pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides. El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA.

Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El uso repetido y en altas dosis estuvo asociado con un incremento de riesgo de lesiones genitales las cuales pueden aumentar el riesgo de adquirir infección por VIH.

b. Efectividad anticonceptiva

Este método brinda protección anticonceptiva del 85 – 97%, cuando su uso es correcto y consistente.

c. Indicaciones

Hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

d. Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex o al espermaticida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

e. Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

f. Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede utilizarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación se debe retirar el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- Se anudará el preservativo antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.

- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

g. Lineamientos generales para su prescripción.

Se pueden obtener en las unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

h. Efectos colaterales

Intolerancia al látex o al espermicida.

En estos casos, reforzar consejería y cambiar a otro método.

i. Seguimiento del usuario

De acuerdo a las necesidades del usuario. Si procede para proveer condones, para reforzar instrucciones de su uso y para consejería.

11. Condón Femenino

a. Descripción.

Es un método de barrera femenino que impide el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico.

El condón o preservativo contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA.

c. Efectividad anticonceptiva

Este método brinda protección anticonceptiva del 95%, cuando su uso es correcto y consistente.

d. Indicaciones

Mujeres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.
- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía de su pareja.
- Cuando además hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA.

l. Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al látex.

m. Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

n. Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede utilizarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor de cinco años.
- El condón femenino viene lubricado con gel de silicona, no requiere espermicida
- Se coloca un anillo en el fondo de saco protegiendo el cérvix y funciona como mecanismo de inserción y anclaje interno. El anillo externo permanece fuera de la vagina brindando protección a los labios y a al base del pene durante el coito.
- Dirigir la entrada correcta del pene a través del condón
- El condón puede ser colocado hasta 8 horas antes del coito. Debe retirarse después de 6 horas.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

o. Lineamientos generales para su prescripción.

La adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

p. Efectos colaterales

Intolerancia al látex o al espermicida.

En estos casos, reforzar consejería y cambiar a otro método.

q. Seguimiento del usuario

De acuerdo a las necesidades del usuario, para reforzar instrucciones de su uso y para consejería.

12. Espermicidas.

a. Descripción

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos, espumas.

b. Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 – 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

c. Formulaciones

- Cremas: el vehículo es ácidos esteáricos y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9, o cloruro de bencetonio.
- Óvulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es Cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido poli sulfúrico.
- Espumas de aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

d. Indicaciones

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En el periodo inmediato post vasectomía.

e. Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

f. Forma de administración.

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

g. Lineamientos generales para su prescripción.

Explicar a las usuarias sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación vaginal, así como evitar el aseo post coito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

Dependiendo del tipo de producto empleado, será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

i. Efectos colaterales.

- Su uso puede producir fenómenos de inflamación local en personas sensibles.
- Reacciones alérgicas.

En estos casos reforzar la consejería y cambiar de método.

j. Seguimiento de la usuaria.

De acuerdo a las necesidades de la usuaria, para reforzar las instrucciones de uso, así como para consejería de métodos más efectivos.

13. Métodos naturales o de abstinencia periódica.

a. Descripción

Son métodos mediante los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil. Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
- Método de la temperatura.
- Método del moco cervical o de Billings.
- Método sintotérmico.

b. Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan una protección anticonceptiva del 70 – 80%.

c. Indicaciones

Parejas en edad fértil con vida sexual activa que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen un método de mayor efectividad por cualquier causa.

d. Contraindicaciones.

- Riesgo reproductivo elevado.
- Ciclos menstruales irregulares.
- Inhabilidad de la mujer para reconocer las características del ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal.
- Personas que no estén en condiciones de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

e. Lineamientos generales para su prescripción.

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicios y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información para la cabal información del método.
- La pareja debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos fértiles, determinados de acuerdo a los procedimientos descritos para cada método.

f. Duración de la protección anticonceptiva.

Se extiende dependiendo de su práctica constante y correcta.

g. Efectos colaterales.

No se describen efectos colaterales, sin embargo cuando existe falta de colaboración entre la pareja, puede ser motivo de desavenencias y tensión emocional.
Reforzar consejería y de ser necesario, recomendar cambio de método.

h. Seguimiento de la pareja.

De acuerdo a las necesidades de la pareja, para evaluar el conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

i. Técnica del Método del Calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

j. Técnica del Método de la temperatura.

- Este método depende de la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.
- Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio es generalmente discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados.
- Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días post elevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

k. Técnica del Método del moco cervical o de Billings.

- La mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad.
- Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad.
- El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante, es decir que se estira como la clara del huevo. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual, en que se observa el moco

abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

- Deben registrarse las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible.
- El último día de secreción de moco se llama cúspide. Se marca con una X y sólo se puede confirmar al día siguiente, cuando vuelve al patrón infértil o días secos, que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del día cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.
- La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:
 - Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
 - En caso de sangrado irregular
 - Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

I. Técnica del Método Sintotérmico.

Este método combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema, cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero su interpretación puede ser difícil para algunas mujeres.

14. Método de Lactancia Amenorrea (MELA)

a. Descripción:

Este método se basa en el efecto fisiológico de la lactancia materna exclusiva bloqueando la ovulación y causando una amenorrea prolongada después del parto.

b. Efectividad.

Durante los primeros seis meses post parto, si la madre está en amenorrea y está dando lactancia materna exclusiva la protección es del 98%.

c. Indicaciones:

Parejas en edad fértil con vida sexual activa que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen un método de mayor efectividad por cualquier causa.

d. Contraindicaciones:

- El bebé tiene más de seis meses de edad.
- La madre no está en amenorrea 56 días post parto.

- El niño no está recibiendo lactancia materna exclusiva

En estos casos la posibilidad de embarazo es mayor, no debe confiar en la lactancia. Use otro método de planificación familiar, pero siga amamantando por la salud del niño.

e. Lineamientos generales para su prescripción:

- El proveedor debe verificar que la usuaria comprenda el concepto de lactancia materna exclusiva, es decir dar lactancia de día y de noche, con frecuencia, siempre que el niño lo demande. Sólo se permite medicamentos y vitaminas por orden médica.
- Explicar a la usuaria que el sangramiento que ocurre durante los primeros 56 días post parto no se considera menstruación.
- La protección anticonceptiva puede durar más allá de los seis meses post parto, en mujeres que siguen las prácticas óptimas de lactancia.

f. Duración de la protección anticonceptiva.

Se extiende dependiendo de su práctica constante y correcta en algunas mujeres durante 12–15 meses.

g. Efectos colaterales.

No se describen efectos colaterales, sin embargo cuando existe falta de colaboración entre la pareja, puede ser motivo de desavenencias y tensión emocional.
Reforzar consejería y de ser necesario, recomendar cambio de método.

h. Seguimiento de la pareja.

De acuerdo a las necesidades de la pareja, para evaluar el conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

XXI. BIBLIOGRAFÍA

1. Normas Técnico-Administrativas. Programa de Salud Integral de la Mujer. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social. Departamento Materno Infantil. Panamá. 1995.
2. Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol. 1. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Sub-Dirección General de Salud de la Población. Panamá. Rev. Sept. 2001.
3. Guías de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol.2. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. División de Atención Hospitalaria. Rev. Abril 2000.
4. Guías de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino. Vol. 5 Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. División de Atención Hospitalaria. Panamá. 1999.
5. Normas de Atención Ginecológica. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Panamá. 1999.
6. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. Normas Técnicas-Administrativas y Manual de Procedimientos. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Departamento Materno Infantil. Panamá. 1991.
7. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema de Salud. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Departamento de Conducta Humana. Sección de Mujer, Género, Salud y Desarrollo. Panamá. 2000.
8. Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y el VIH-SIDA. Normas Técnicas Administrativas. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Panamá. 1999.
9. Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A y Normas de Suplementación con Hierro. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Departamento de Nutrición. Panamá 2001.
10. R. Schwarcz, A. G. Díaz, R. Fescina, B. de Mucio, R. Belitzky, L. R. Delgado. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS. 1991
11. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Secretaría de Salud de Honduras. Departamento Materno Infantil. Unidad de Atención a la Mujer. 1999.
12. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Secretaría de Salud. 1995.
13. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. Mayo. 1994.
14. Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México. Junio 2000.
15. Normas de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. 1999.
16. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. 1998.

17. Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Perú 1999.
18. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Versión preliminar en español previa a publicación. Departmento of Reproductive Health and Research OMS. JHPIEGO. UNFPA. UNICEF. Banco Mundial,
19. R.A. Hatcher, W. Rinehart, R. Blackburn, J.S. Geller, J.D. Shelton. Lo esencial de la Tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de Información en Población de John Hopkins. U. de John Hopkins, OMS, USAID, OPS. 1999.
20. Píldoras anticonceptivas de emergencia. Network en español. Family Health International. Volumen 21. Número 1, 2001.
21. Declaración del IMAP sobre esterilización voluntaria quirúrgica. Boletín Médico del IPPF. Tomo 33 Número 4 Agosto 1999.
22. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales incluidas las Conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena. Marco de Acción. Family Care International. 1995.
23. Guidelines for Perinatal Care. Fourth Edition. American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. March of Dimes Birth Defects Foundation. Rev. 1997.
24. H. Reyes Z., L. Cuevas M., C. Robledo, K. Tolbert. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. INOPAL III. Population Council. Documento de Trabajo. Num. 29. 1999.
25. M. del C. Jimenez, A. Vargas C., M. Miranda A., M. Lizano C., F. Morera G., A. Morales B., Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. Adolescente madre, su hijo y su familia. Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASS) 1999. CENDEISS. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. 1999.
26. B. Grajales, R. De León, Z. Campo, L. Martínez, L. Arango, C. de Aguilar, K. Austin. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que asistían al control prenatal. Controversias en Ginecología y Obstetricia. Vol. N° 11, Julio 1998.
27. Declaración del IMAP sobre anticoncepción de emergencia. Boletín Médico de IPPF. Tomo 34 Número 3 de Junio 2000.
28. L. Galvao, J. Díaz, M. Díaz, M.J. Osis et al. Anticoncepción de emergencia: Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras del Brasil. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar.
29. Maternidad Segura. Paquete Madre-Bebé: Implementando la maternidad segura en los países. Guía práctica. OPS/OMS
30. Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs. Institute for International Studies in Natural Family Planning. D.C. Georgetown University, Lobbok M., Koinz-Brooker P., Cooney K, Shelton I. And Kdrasovec K. (eds), January 1990.
31. OMS Breastfeeding and child spacing. Facts about Infant Feeding. 1992.
32. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet. 1992.

33. Normas Técnico-Administrativas. Programa de Salud Integral de la Mujer. Ministerio de Salud – Caja de Seguro Social. Departamento Materno Infantil. Panamá. 1995.
34. Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol. 1. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Sub-Dirección General de Salud de la Población. Panamá. Rev. Sept. 2001.
35. Guías de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol.2. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. División de Atención Hospitalaria. Rev. Abril 2000.
36. Guías de Prevención, Detección y Manejo de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino. Vol. 5 Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. División de Atención Hospitalaria. Panamá. 1999.
37. Normas de Atención Ginecológica. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Panamá. 1999.
38. Programa Nacional de Salud Integral del Adolescente. Normas Técnicas-Administrativas y Manual de Procedimientos. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Departamento Materno Infantil. Panamá. 1991.
39. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención de la Violencia Intrafamiliar y la Promoción de Formas de Convivencia Solidaria en el Sistema de Salud. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección Nacional de Promoción de la Salud. Departamento de Conducta Humana. Sección de Mujer, Género, Salud y Desarrollo. Panamá. 2000.
40. Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y el VIH-SIDA. Normas Técnicas Administrativas. Ministerio de Salud. Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Panamá. 1999.
41. Normas de Distribución de Megadosis de Vitamina A y Normas de Suplementación con Hierro. Ministerio de Salud. Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud. Departamento de Nutrición. Panamá 2001.
42. R. Schwarcz, A. G. Díaz, R. Fescina, B. de Mucio, R. Belitzky, L. R. Delgado. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. OPS/OMS. 1991
43. Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer. Secretaría de Salud de Honduras. Departamento Materno Infantil. Unidad de Atención a la Mujer. 1999.
44. Norma Oficial Mexicana para la Atención de la Mujer durante el Embarazo, Parto y Puerperio y del Recién Nacido. Secretaría de Salud. 1995.
45. Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. Secretaría de Salud. Mayo. 1994.
46. Lineamiento Técnico para la indicación y práctica de la operación cesárea. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. México. Junio 2000.
47. Normas de Atención de la Mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. 1999.
48. Normas Nacionales para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. República Dominicana. 1998.
49. Normas del Programa Nacional de Planificación Familiar. Dirección General de Salud de las Personas. Ministerio de Salud. Perú 1999.

50. IMPAC. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetras y médicos. Versión preliminar en español previa a publicación. Departamento of Reproductive Health and Research OMS. JHPIEGO. UNFPA. UNICEF. Banco Mundial,
51. R.A. Hatcher, W. Rinehart, R. Blackburn, J.S. Geller, J.D. Shelton. Lo esencial de la Tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico. Programa de Información en Población de John Hopkins. U. de John Hopkins, OMS, USAID, OPS. 1999.
52. Píldoras anticonceptivas de emergencia. Network en español. Family Health International. Volumen 21. Número 1, 2001.
53. Declaración del IMAP sobre esterilización voluntaria quirúrgica. Boletín Médico del IPPF. Tomo 33 Número 4 Agosto 1999.
54. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales incluidas las Conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena. Marco de Acción. Family Care International. 1995.
55. Guidelines for Perinatal Care. Fourth Edition. American Academy of Pediatrics. The American College of Obstetricians and Gynecologists. March of Dimes Birth Defects Foundation. Rev. 1997.
56. H. Reyes Z., L. Cuevas M., C. Robledo, K. Tolbert. Un sistema de medición de la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva desde una perspectiva de género. INOPAL III. Population Council. Documento de Trabajo. Num. 29. 1999.
57. M. del C. Jimenez, A. Vargas C., M. Miranda A., M. Lizano C., F. Morera G., A. Morales B., Manual para la atención integral de la adolescente embarazada. Adolescente madre, su hijo y su familia. Ed. Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASS) 1999. GENDEISS. Caja Costarricense de Seguro Social. Costa Rica. 1999.
58. B. Grajales, R. De León, Z. Campo, L. Martínez, L. Arango, C. de Aguilar, K. Austin. Conocimientos y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes que asistían al control prenatal. Controversias en Ginecología y Obstetricia. Vol. N° 11, Julio 1998.
59. Declaración del IMAP sobre anticoncepción de emergencia. Boletín Médico de IPPF. Tomo 34 Número 3 de Junio 2000.
60. L. Galvao, J. Díaz, M. Díaz, M.J. Osis et al. Anticoncepción de emergencia: Conocimientos, actitudes y prácticas de los gineco-obstetras del Brasil. Perspectivas Internacionales en Planificación Familiar.
61. Maternidad Segura. Paquete Madre-Bebé: Implementando la maternidad segura en los países. Guía práctica. OPS/OMS
62. Guidelines for Breastfeeding in Family Planning and Child Survival Programs. Institute for International Studies in Natural Family Planning. D.C. Georgetown University, Labbok M., Koinz-Brooher P., Cooney K, Shelton I. And Kdrasovec K. (eds), January 1990.
63. OMS Breastfeeding and child spacing. Facts about Infant Feeding. 1992. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet. 1992.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS, 2007

64. Ministerio de Salud, 2003, La Red Pública de Servicios de Salud, Reorganización y definición por Niveles de Atención y Grados de Complejidad. Panamá.
65. OMS, 2004, Recomendaciones sobre Prácticas Seleccionadas para el uso de Anticonceptivos. 2dª Edición, Ginebra.
66. OMS, 2005, Guías para el Tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual, Ginebra, Suiza.
67. OMS, 2005, Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 3ª Edición, Ginebra, Suiza.
68. OMS, 2002, Selección de prácticas Recomendadas para Utilización de Anticonceptivos, Ginebra Suiza.
69. OMS, 2005, Infecciones de Transmisión Sexual y Otras Infecciones del Tracto Reproductivo, Una Guía para la Práctica Básica, Singapur.
70. Ministerio de Salud, 2002, Guía de Atención integral para las Personas viviendo con VIH/ SIDA. Panamá.
71. CLAP/OPS/OMS, 2002, Sistema Informático Perinatal, Manual de Uso, Versión 1.13, Montevideo, Uruguay.
72. MINSA, 2006, Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, Panamá.
73. MINSA, OPS/OMS, 2006, Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH, Panamá.

XXII. LISTA DE ANEXOS

Formulario de Programación – Evaluación del Programa de Salud Integral de la Mujer
Instructivo para uso del Formulario de Programación – Evaluación
Formulario N°1. HCPB Ambulatoria. Anverso y Reverso
Formulario N°2. HCPB Carnet Perinatal. Anverso y Reverso
Formulario N°3. HCPB Intrahospitalaria. Anverso y Reverso
Guía para el uso correcto, flujo y monitoreo de la HCPB a nivel ambulatorio y hospitalario.
Tarjeta de Seguimiento de Caso. Anverso y Reverso
Instructivo para el uso de la Tarjeta de Seguimiento de Caso en el Programa de Salud Integral de la Mujer
Tarjeta de Registro y Seguimiento de la Partera. Anverso y Reverso
Hoja de Referencia de la Partera
Hoja de Atención del Parto de la Partera. Anverso y Reverso
Formulario de Auditoria de Muerte Materna
Formulario de Autopsia Verbal de Muerte Materna
Formulario de Auditoria de Muerte Perinatal
Certificado de Defunción

INDICADORES

El análisis programático de los componentes de un programa nos permite iniciar acciones de fortalecimiento en aquellos que, posterior a su ejecución, muestren debilidades.

La vigilancia y la supervisión capacitantes son elementos primordiales en todos los programas. Permiten evaluar el proceso de ejecución los éxitos y fracasos de éstos. También aportan una base de actividades y establecimiento de prioridades que permitan modificar políticas en aquellos componentes que se necesite reforzar.

Los indicadores son de gran ayuda para efectuar los análisis de los componentes de los programas. Para nuestro programa tenemos básicamente dos tipos:

Los que permiten analizar los efectos o impacto de los programas mucho después de que las intervenciones han finalizado. Para este fin se utilizan:

- a) Tasa de Mortalidad Materna
- b) Tasa total de Fecundidad
- c) Tasa de Mortalidad Perinatal
- d) Prevalencia de HIV en mujeres embarazadas.

Estos indicadores también pueden servir como medidas de referencia y utilizarse para realizar el seguimiento de los cambios a lo largo del tiempo.

Los segundos indicadores analizan aspectos de programas y actividades en curso que pueden utilizarse para predecir resultados futuros.

- a) Indicadores de insumos: evalúan la situación de partida en la fase de planificación, permitiendo definir las medidas necesarias para mejorar la salud reproductiva y sexual.
- b) Indicadores de procesos o productos.

A continuación numeramos indicadores que se utilizan en los marcos de vigilancia y evaluación de programas. Están estructurados en base a las cinco esferas prioritarias de la salud reproductiva definidas en la estrategia.

I. MEJORA DE LA ATENCIÓN PRENATAL, OBSTÉTRICA POST PARTO Y NEONATAL

Indicadores de insumos/productos/procesos:

1. Número de centros por cada 500,000 habitantes en los que se ofrece atención obstétrica esencial básica: porcentaje de éstos que disponen de comunicación y transporte para envío de casos
2. Número de centros por cada 500,000 habitantes en los que se proporciona atención obstétrica esencial integral.
3. Porcentaje de población que vive a una hora en camino de servicios de salud que ofrecen atención obstétrica integral.
4. Porcentaje de mujeres atendidas al menos una vez durante el embarazo por personal de salud calificado por motivos relacionados con el embarazo; porcentaje atendido por personal sanitario calificado al menos cuatro veces.

5. Porcentaje de mujeres embarazadas que reciben correctamente todos los componentes de la atención prenatal básica.
6. Porcentaje de mujeres embarazadas que realizan la prueba de detección de sífilis y reciben tratamiento durante el control prenatal.
7. Porcentaje de nacimientos atendido por personal de salud calificado
8. Porcentaje de nacimientos que tienen lugar en un centro de salud.
9. Porcentaje de todas las mujeres con complicaciones obstétricas de importancia tratadas en centros de atención obstétrica esencial(necesidades obstétricas atendidas)

Indicadores de los efectos/impacto.

1. Tasa de letalidad por complicaciones obstétricas.
2. Tasa de mortalidad materna (número de madres fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos).
3. Número de fallecimientos peri natales (muerte del feto o recién nacido entre las 22 semanas y siete días completos de vida) por cada 1,000 nacimientos.
4. Porcentaje de nacidos vivos con insuficiencia ponderal (peso menos de 2,500 gramos).
5. Número de mujeres embarazadas seropositivas que reciben tratamiento antirretroviral durante el embarazo.
6. Prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas de edad comprendida entre los 15 y 24 años.
7. Prevalencia de serología positiva a la sífilis entre las mujeres embarazadas que reciben atención prenatal.
8. Tasa de sífilis congénita.

II. SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE CALIDAD

Indicadores de insumos/productos/procesos:

1. Número de puntos de prestación de servicios de planificación familiar por cada 500,000 habitantes que ofrecen variedad de servicios de información, asesoramiento suministro de métodos anticonceptivos (seis como mínimo, tanto para hombres como para mujeres, temporales y permanentes, sistemas anticonceptivos de emergencia)
2. Número de puntos de prestación se servicios de planificación familiar situados una distancia (Ej. 30 km) o tiempo de viaje (Ej. 2 horas) fijos respecto de un lugar determinado (Ej. una comunidad).
3. Porcentaje de instalaciones de atención primaria de salud (APS) que facilita servicios de planificación familiar.
4. Porcentaje de puntos de prestación de servicios de planificación familiar que proporcionan diagnóstico y tratamiento de ITS.
5. Porcentaje de puntos de prestación de servicios de planificación familiar que realizan pruebas voluntarias de HIV , consejería pre y post prueba.

6. Porcentaje de instalaciones de APS y planificación familiar que proporcionan tratamiento de infertilidad o envío de casos.
7. Número de personas que aceptan por primera vez un método anticonceptivo moderno. (nuevos participantes).

Indicadores de los efectos/impacto.(empleo de anticonceptivos, embarazos involuntarios y resultados de los tratamientos de fecundidad)

1. Porcentaje de mujeres en riesgo de embarazo que están utilizando (o la pareja) un método anticonceptivo (tasa de uso de anticonceptivos y tasa de uso de anticonceptivos según método utilizado)
2. Porcentaje de nacimientos involuntarios, sea porque se calculó mal el momento (la intención era tener hijos más adelante) sea porque no deseaba tener hijos.
3. Porcentaje de mujeres en riesgo de quedar embarazadas (mujeres casadas o en pareja actualmente que son fértiles) y que desean o bien dejar de procrear o bien aplazar el momento, pero que no están utilizando actualmente ningún método anticonceptivo (necesidad insatisfecha)
4. Tasa de fracaso del método anticonceptivo, desglosada por tipo de método y duración de su empleo.
5. Tasa de persistencia en el empleo de un método anticonceptivo.
6. Tasa total de fecundidad.
7. Tasa de fecundidad por edad.
8. Porcentaje de todo los embarazos de mujeres menores de 15 años (y 18) por edad, en el plazo de dos años de un embarazo anterior y de mujeres de mas de 35 años de edad.

III. ELIMINAR LOS ABORTOS PELIGROSOS:

Indicadores de insumos/productos/procesos:

1. Número/porcentaje de puntos de prestación de servicios que proporcionan atención posterior al aborto por tipo de servicio y distribución geográfica.
2. Porcentaje de puntos de prestación de servicios que utilizan aspiración por vacío o interrupción médica en sus procedimientos por edad gestacional.
3. Número/porcentaje de profesionales capacitados inatención posterior al aborto por tipo (o especialidad) y distribución geográfica.
4. Número/porcentaje de puntos de prestación de servicios que ofrecen servicios de planificación familiar a pacientes que están recibiendo atención posterior al aborto.
5. Porcentaje de hospitalizaciones obstétricas y ginecológicas debidas a aborto.

Indicadores de los efectos/impacto.(interrupciones del embarazo seguras y peligrosas)

1. Tasa de abortos (número de abortos provocados por cada 1,000 mujeres en edad reproductiva)

2. Porcentaje de defunciones maternas atribuidas al aborto.

IV. COMBATIR LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, CÁNCER CERVICOUTERINO Y OTRAS MORBILIDADES GINECOLÓGICAS.

Indicadores de insumos/productos/procesos:

1. Número de puntos de prestación de servicios por cada 500,00. habitantes que cuentan con personal capacitado, equipo de laboratorio y fármacos adecuados para el diagnóstico y tratamiento de las ITS y las infecciones del aparato reproductor incluido HIV/SIDA.
2. Número de preservativos disponibles para ser distribuidos a nivel nacional (durante los 12 meses anteriores), por población comprendida entre los 15 y los 49 años.
3. Porcentaje de puntos de prestación de servicios de planificación familiar que ofrecen asesoramiento sobre protección dual de las ITS/HIV y los embarazos no deseados.
4. Porcentaje de centros de APS y planificación familiar que proporciona asesoramiento y pruebas de detección rápidas.
5. Porcentaje de centros de APS que ofrecen habitualmente pruebas de detección del cáncer cervicouterino y de próstata.
6. Porcentaje de pacientes aquejados de ITS que reciben tratamiento acorde con protocolos clínicos para este tipo de afecciones (ejm, porcentaje de pacientes aquejados de uretritis que recibieron el tratamiento correcto.
7. Porcentaje de mujeres que han realizado la prueba de detección del cáncer de mama en los cinco años anteriores.
8. Porcentaje de mujeres que realizaron la prueba de detección del cáncer Cerviño uterino en los cinco años anteriores.
9. Porcentaje de mujeres que realizaron colposcopia como prueba confirmatoria de cáncer cervico uterino en los cinco años anteriores.

Indicadores de los efectos/impacto.

1. Porcentaje de grupos de población pertinentes con síntomas revelados por ellos mismos o diagnósticos, de infección vírica o bacteriana de transmisión sexual o del aparato reproductor, clasificados por enfermedad.
2. Prevalencia de HIV en sub poblaciones con comportamiento de alto riesgo.
3. Porcentaje de mujeres que padecen cáncer cervicouterino.
4. Porcentaje de mujeres y hombres aquejados de infertilidad secundaria.
5. Prevalencia de morbilidades reproductivas crónicas como prolapso uterino, incontinencia urinaria o fecal, o las fístulas.

V PROMOCION DE LA SALUD SEXUAL (INCLUYE ADOLESCENTES)

Indicadores de insumos/productos/procesos:

1. Porcentaje de proveedores de servicios de salud y planificación familiar capacitados para detectar (y preguntar a los usuarios al respecto) signos de abuso o violencia sexual, o de ansiedad, vergüenza, rabia o depresión provocados por relaciones sexuales.
2. Porcentaje de puntos de prestación de servicios equipados para proporcionar apoyo médico, psicológico y legal apropiado a víctimas de violación o incesto.
3. Porcentaje de puntos de prestación de servicios clasificados como adecuados para jóvenes.
4. Porcentaje de adolescentes que han recibido educación sobre salud sexual en la escuela.

Instructivo para el uso del formulario de Programación – Evaluación

A. Programación

1. Definiciones

- Universo: Población objetivo de una actividad determinada según datos demográficos.
- Población meta: Número y porcentaje del Universo que se programa para atender, de acuerdo a los recursos disponibles, la producción del periodo anterior y las normas de atención.
- Concentración: Frecuencia con que se debe realizar una actividad en el año, según normas de atención establecidas.
- Actividades programadas: Total de actividades a realizar. Se obtiene de multiplicar la población meta por la concentración.

15. Control Prenatal

- a. Universo: El universo corresponde a la estimación de la población menor de un año (nacimientos esperados) para ese periodo. Ejemplo: 6000 prenatales esperadas.
- b. Población Meta: La meta de control prenatal según norma es del 80% del universo, sin embargo puede ser establecida por la Institución o Región de Salud de acuerdo a la producción del año anterior y el recurso disponible, procurando su incremento cada año.

Ejemplo: Se propone la meta de aumentar de 65% a 75% este año. La población meta se obtiene por regla de tres:

$$\frac{6,000 \times 75}{100} = 4,500$$

16. Prenatales de alto riesgo: Se refiere a las embarazadas clasificadas de alto riesgo obstétrico por factores biológicos, psíquicos y sociales. El promedio a nivel nacional es de 20%. Las regiones que conocen su porcentaje de embarazadas de alto riesgo debe utilizar sus propias cifras.

- a. Universo: Se obtiene multiplicando el porcentaje estimado de embarazadas de alto riesgo por el universo total de prenatales.

Ejemplo: $\frac{20 \times 6,000}{100} = 1,200$ embarazadas de alto riesgo

- b. Población meta: Debe ser el 100% del universo de embarazadas de alto riesgo.

17. Prenatales de bajo riesgo: Son las embarazadas sin patología.

- a. Universo: El universo de bajo riesgo se obtiene restando el universo de alto riesgo del universo total.

Ejemplo: $6,000 - 1,200 = 4,800$ embarazadas de bajo riesgo.

- b. Población meta: Se debe programar la captación del 80% de las embarazadas de bajo riesgo. Esto se calcula multiplicando el universo de bajo riesgo por 80 y dividiendo por 100.

Ejemplo: $\frac{4,800 \times 80}{100} = 3,840$ embarazadas de bajo riesgo

18. Partos atendidos por personal capacitado: Se refiere a los partos institucionales y no institucionales atendidos por médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, ayudantes de salud y parteras capacitadas.

- a. Universo: Es igual al del control prenatal total.
- b. Población meta: la población meta debe ser igual a la de control prenatal.

Ejemplo: $\frac{6,000 \times 75}{100} = 4,500$

19. Partos institucionales: Se refiere exclusivamente a los partos que ocurren en instituciones de salud.

- a. Universo: El universo es igual al de Control Prenatal.
- b. Población Meta: La meta de parto institucional según norma es del 80% del universo, sin embargo puede ser establecida por la Institución o Región de Salud de acuerdo a la producción del año anterior y el recurso disponible, procurando su incremento cada año.

Ejemplo: Si la meta se establece en un 65%:

$$\frac{6,000 \times 65}{100} = 3,900$$

20. Puérperas: El universo y meta es igual al del Control Prenatal (total).

$$\frac{6,000 \times 75}{100} = 4,500$$

21. Inmunización:

- a. Toxoide Tetánico: El universo y meta son iguales al del Control Prenatal.
- b. Vacuna Anti-Rubeola **MR** a Puérperas: El universo y meta son iguales al del Control Prenatal

22. Planificación Familiar:

- a. Universo (Total usuarias): El universo corresponde a la población femenina de 15 – 49 años. A este número se le resta el universo de Control Prenatal y el número de mujeres esterilizadas. Se utiliza el porcentaje de mujeres en edad fértil esterilizadas según provincia.

Ejemplo: Mujeres de 15 – 49 (MEF)	37,096
Universo de Control Prenatal	- <u>6,000</u>
	31,096
Asumiendo 15% de MEF esterilizadas	
<u>37,096 x 15</u> = 5,564	- <u>5,564</u>
	25,532 Universo

- b. Universo Usuarias Nuevas: Se refiere a toda mujer que por primera vez ingresa al programa de planificación familiar o que ha descontinuado por un periodo mayor de un año y luego regresa al programa. Reste al universo el número de usuarias subsecuentes de planificación familiar del año anterior para obtener el universo de usuarias nuevas. La cantidad de mujeres en el programa del año anterior representa el universo de usuarias subsecuentes.

Ejemplo: 25,532 universo total
 - 4,200 usuarias subsecuentes

21,332 universos usuarias nuevas

- c. Universo Usuarías Subsecuentes: Se refiere a las usuarias continuas de un método anticonceptivo. La cantidad de mujeres en el Programa del año anterior (p.ej. 4,200) representa el universo de usuarias subsecuentes.
- d. Población Meta: Debe ser el 100% ya que se espera que permanezcan en el programa.
- e. Población Meta de Planificación Familiar: Para determinar la meta total de usuarias nuevas utilizamos el número de usuarias nuevas del año anterior y mantenemos o aumentamos la cifra según el recurso:

Ejemplo: Usuarías nuevas del año anterior: 1,250

Esta cifra representa el 5.8% con respecto al universo de usuarias nuevas:

$$\frac{1,250 \times 100}{21,332} = 5.8\%$$

En el supuesto que se decida aumentar ese porcentaje al 10% como meta, la suma del número de usuarias subsecuentes y nuevas nos da la población meta total:

$$\begin{array}{r} 4,200 \text{ usuarias subsecuentes} \\ + 2,133 \text{ usuarias nuevas (10\%)} \\ \hline 6,333 \text{ poblaciones meta total} \end{array}$$

Esta cifra corresponde al % meta de mujeres en edad fértil:

$$\frac{6,333 \times 100}{25,532} = 24.8\%$$

23. Toma de Papanicolaou

- a. Universo: El universo corresponde a la población femenina mayor de 15 años. Sin embargo las metas se establecerán con base en la población de 25 – 59 años, la cual representa el grupo de mayor riesgo de cáncer cervicouterino.

Ejemplo: Comarca Ngobe Bugle: 57,403 mujeres mayores de 15 años.

- b. Universo de usuarias nuevas: Se refiere a las mujeres que se toman por primera vez una citología o que tienen más de dos años de no hacerse el examen. Tomando como ejemplo la Comarca Ngobe Bugle, el grupo de mujeres de 25 – 59 años corresponde a 18,203 mujeres. Este es el universo de usuarias nuevas.

Ejemplo: Comarca Ngobe Bugle: 18,203 mujeres de 25 – 59 años.

- c. Población meta de usuarias nuevas: Según los recursos debe ser establecida entre el 60 y 80% de la población de mujeres de 25 a 59 años. Si la Región opta por el 60% deberá cubrir:

Ejemplo: $\frac{18,203 \times 60}{100} = 10,922$ población meta de PAP nuevos

8. Papanicolaous subsecuentes:

- a. Universo: Se refiere al número de mujeres que se toman su PAP anual, cuya última citología fue tomada hace no menos de un año pero no más de dos años. El dato se tiene en los registros del año anterior. En el ejemplo dado el número sería de 3500 PAP.
- b. Población meta de subsecuentes: La meta debe ser el 100%

9. Población Meta de toma de Papanicolaou:

Es la suma de la población meta de usuarias nuevas (10,922) más el número de usuarias subsecuentes del año anterior (3500) lo cual nos da según el ejemplo: $10,922 + 3,500 = 14,422$

Esta cifra corresponde al 25.1% del universo total de mujeres mayores de 15 años y al 79.2% de la población de 25 – 59 años, lo cual representa una cobertura útil del grupo de mujeres de mayor riesgo.

Ejemplo: $\frac{14,422 \times 100}{57,403} = 25.1\%$ $\frac{14,422 \times 100}{18,203} = 79.2\%$

13. Papanicolaous repetidos: Se refiere a las citologías tomadas a una misma paciente en un lapso menor de un año de la última toma de PAP. El porcentaje no debe superar el 5%. Esta cifra se resta del total de PAP tomados cuando se estima la cobertura.

C. Evaluación

1. Prenatales

- a. Actividades realizadas: Se refiere al número total de actividades realizadas en el periodo evaluado.

Total: Es la suma del número de consultas nuevas y subsecuentes que se realizaron a las prenatales en control, clasificadas de Alto y Bajo Riesgo.

Ejemplo: Total 17,860
 Alto Riesgo 7,360
 Bajo Riesgo 10,500

2. Ingreso al Programa: Anote el número de embarazadas que iniciaron su control prenatal en el periodo que se evalúa, considerando si son de ALTO RIESGO y BAJO RIESGO. El porcentaje se obtiene dividiendo el número de prenatales que ingresaron al programa por el universo de Control Prenatal, multiplicado por 100.

Ejemplo: $\frac{3,020 \times 100}{6,000} = 50\%$ Total
 $\frac{920 \times 100}{1,800} = 51\%$ Alto Riesgo
 $\frac{2,100 \times 100}{4,200} = 50\%$ Bajo Riesgo

3. Porcentaje de cumplimiento de meta: Se obtiene dividiendo el número de prenatales que ingresaron al programa entre la población meta y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{3,020 \times 100}{4,500} = 67.1\%$ Total
 $\frac{920 \times 100}{1,800} = 51\%$ Alto Riesgo
 $\frac{2,100 \times 100}{2,700} = 77.7\%$ Bajo Riesgo

4. Trimestre de gestación de ingreso al programa: Coloque el número de prenatales que ingresaron al programa según el trimestre de gestación en que ingresaron. El porcentaje

se obtiene dividiendo el número de mujeres que ingresaron en un determinado trimestre entre el total de mujeres que ingresaron multiplicado por 100. El cálculo se realiza para el total de mujeres en control prenatal, para el grupo de alto riesgo y para el de bajo riesgo de igual manera.

Ejemplo: Ingresos en el primer trimestre:

$\frac{900 \times 100}{3,020} = 29.8\%$	Total
$\frac{300 \times 100}{920} = 32.6\%$	Alto Riesgo
$\frac{600 \times 100}{2,100} = 28.5\%$	Bajo Riesgo

5. Partos atendidos

- a. Por personal capacitado: Anote el número de partos que fueron atendidos por personal capacitado. El porcentaje con respecto al universo se obtiene dividiendo esta cifra entre el universo y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{2,400 \times 100}{6,000} = 40\%$

- b. El porcentaje con respecto de la meta se obtiene dividiendo el número de partos atendidos entre la población meta y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{2,400 \times 100}{4,500} = 53.3\%$

- c. Partos institucionales: Anote el número de partos ocurridos en las instalaciones de salud.

- Porcentaje del universo: Se obtiene dividiendo este número entre el universo y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{2,100 \times 100}{6,000} = 35\%$

- Porcentaje de cumplimiento de meta: Se obtiene dividiendo el mismo número entre la meta programada y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{2,100 \times 100}{3,900} = 53.8\%$

7. Puérperas: Anote el número de puérperas que acudieron a su control.

- Porcentaje del universo: Se calcula dividiendo el número entre el universo de control prenatal y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{800 \times 100}{6000} = 13.3\%$

- Porcentaje de cumplimiento de meta: se obtiene dividiendo el mismo número entre la población meta y multiplicando por 100.

Ejemplo: $\frac{800 \times 100}{4,500} = 17.7\%$

8. N° y % de mujeres según el número de controles recibidos al final del embarazo:

- a. Número: Las casillas del 1 al 10 especifican la cantidad de controles recibidos al término del embarazo con 37 semanas y más. Anote el número de mujeres en cada casilla según el número de controles recibidos hasta finalizar su embarazo de término. Si hay embarazadas con cero controles anote el número en la parte inferior de los cuadros.
- b. Porcentaje: Calcule los porcentajes de cada grupo dividiendo cada número entre el total de embarazadas a término y multiplicando por 100.
- c. Cobertura de control Prenatal (Captación): Es el porcentaje de embarazadas con al menos un control prenatal. Es decir el total de embarazadas captadas antes de la terminación de su embarazo.

Ejemplo: 1,526 embarazadas llegaron a término en el periodo. De éstas, 26 no tuvieron control prenatal. La diferencia, 1,474 representa el 96% de cobertura.

- d. Porcentaje de embarazadas con control prenatal adecuado (5 y más controles): Se suma el total de embarazadas con 5 y más controles, se divide entre el total de embarazadas que llegaron a término y se multiplica por 100.

Ejemplo: $359 + 387 + 315 + 100 + 50 + 0 = \frac{1,211 \times 100}{1,526} = 79\%$

- e. Porcentaje de embarazadas con control óptimo: Porcentaje de embarazadas de término que cumplieron con 7 y más controles. Se suma el total de embarazadas con 7 y más controles y se divide entre el total de embarazadas que llegaron a término y se multiplica por 100.

Ejemplo: $315 + 100 + 50 + 0 = \frac{465 \times 100}{1,526} = 37\%$

9. Inmunizadas con Toxoide Tetánico (TT) o Toxoide Diftérico (TD)

- a. Total: Anote el número de mujeres que parieron y estaban inmunizadas contra el Tétanos. Se suman las mujeres que previamente estaban inmunizadas, las que recibieron un Refuerzo o la segunda dosis. El porcentaje de cobertura se obtiene dividiendo el total de mujeres inmunizadas entre el total de partos ocurridos y se multiplica por 100.
- b. Previa: Se refiere a las mujeres que parieron y que estaban inmunizadas previo al actual embarazo contra el Tétanos.
- c. Refuerzo: Se refiere al número de mujeres que parieron y que recibieron el refuerzo de Toxoide Tetánico durante el embarazo.
- d. Segunda dosis: Se refiere al número de mujeres que parieron y que recibieron la segunda dosis de Toxoide Tetánico durante el embarazo.
- e. Primera dosis: Anotar el número de mujeres que parieron y que recibieron sólo la primera dosis de Toxoide Tetánico durante el embarazo.

10. Inmunizadas contra la Rubéola MR

- a. Total: Se suma el número de mujeres que al momento del parto estaban inmunizadas y las que recibieron la vacuna contra la Rubéola durante el puerperio. El porcentaje de cobertura se obtiene dividiendo este número entre el total de partos ocurridos y multiplicandos por 100.

- b. Previa: Anote el número de mujeres que al momento del parto estaban inmunizadas. El porcentaje se obtiene dividiendo este número entre el total de mujeres inmunizadas y multiplicandas por 100.

11. Planificación Familiar

- a. Total Usuarías: Anotar el número total de mujeres usuarias de métodos de planificación familiar. (nuevas y subsecuentes).
- b. Usuarías nuevas: Anotar el número de mujeres que ingresaron al programa por primera vez o después de haber interrumpido el uso continuo de algún método anticonceptivo.
- c. Usuarías subsecuentes: Anotar el número de usuarias continuas en el programa.
- d. Porcentaje de cumplimiento: Para el total de usuarias, las nuevas y las subsecuentes se obtiene el porcentaje de cumplimiento, con relación al universo y a la meta programada.
Ejemplo: Para obtener el porcentaje de cumplimiento con relación al universo, se divide el número total de usuarias entre el universo de mujeres en edad fértil y se multiplica por 100. Luego se divide la misma cifra entre la población meta y se multiplica por 100.

12. Toma de Papanicolaou

- a. Total: Anotar el número total de mujeres a quienes se les tomó el Papanicolaou (nuevas y subsecuentes).
- b. Nuevas: Anotar el número de mujeres que se toman el Papanicolaou por primera vez o que tenían más de dos años de haberse tomado la última citología.
- c. Subsecuentes: Anotar el número de mujeres que se tomaron el último Papanicolaou hace más de un año pero menos de dos.
- d. Repetido: Anotar el número de papanicolaous tomados antes de un año del último examen. Esta cifra no debe sumarse para estimar la cobertura.
- e. Porcentaje de cumplimiento: Para el total de Papanicolaous tomados, las nuevas y subsecuentes se obtiene el porcentaje con relación al universo y a la meta programada.

**REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL**

Forma 1 HCPB HOSPITALARIA Y AMBULATORIA

HISTORIA CLINICA PERINATAL - CLAP - OPS / OMS														
NOMBRE			FECHA DE NACIMIENTO dia mes año			RAZA blanca <input type="radio"/> indígena <input type="radio"/> mestiza <input type="radio"/> negra <input type="radio"/> otra <input type="radio"/>		ALFA BETA <input type="radio"/> ninguno <input type="radio"/> primaria <input type="radio"/> secund. <input type="radio"/> univers. <input type="radio"/> años en el mayor nivel <input type="radio"/>		ESTUDIOS <input type="radio"/> casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>				
DOMICILIO			EDAD (años) <input type="radio"/> < de 15 <input type="radio"/> > de 35			ESTADO CIVIL <input type="radio"/> casado <input type="radio"/> unión estable <input type="radio"/> soltera <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		CONTROL PRENATAL EN		PARTO EN				
LOCALIDAD			TELEF.			NUMERO IDENTID.								
ANTECEDENTES			OBSTETRICOS			FIN EMBARAZO ANTERIOR								
FAMILIARES no si TBC <input type="radio"/> diabetes <input type="radio"/> hipertension <input type="radio"/> preeclampsia eclampsia <input type="radio"/> otros <input type="radio"/>			PERSONALES no si cirugia pelviana <input type="radio"/> infertilidad <input type="radio"/> VIH + <input type="radio"/> cardiop. nefrop. <input type="radio"/> cond. medica grave <input type="radio"/>			gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/>			gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/>			gestas previas <input type="radio"/> abortos <input type="radio"/> vaginales <input type="radio"/> nacidos vivos <input type="radio"/> viven <input type="radio"/>		
GESTACION ACTUAL			EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s.			FUMAS <input type="radio"/> cigarrillos por dia <input type="radio"/> pasiva <input type="radio"/>			ALCOHOL <input type="radio"/> DROGAS <input type="radio"/>			ANTITETANICA vigente <input type="radio"/> Dosis 1° <input type="radio"/> 2° <input type="radio"/>		
PESO ANTERIOR Kg			TALLA (cm)			FUMI			ANTIRUBEOLA previa <input type="radio"/> embarazo <input type="radio"/>			EX. NORMAL ODONT. <input type="radio"/> MAMAS <input type="radio"/> CERVIX <input type="radio"/>		
BACTERIURIA			GRUPO Rh			PAPANICOLAOU			VIH solido tado			SIFILIS confirmada por FTA		
Sensibil.			COLPOSCOPIA			VDRL/RPR <20 sem			SIFILIS confirmada por FTA			VDRL/RPR ≥20 sem		
Hb <20 sem			Fe/FOLATOS indicados			ESTREPTOCOCCO B 35 - 37 semanas			PELVIANA VERSION EXTERNA intento a termino					
dia mes edad gest.			peso PA			altura uterina			presen tacion			latidos fetales		
movim. fetales			signos de alarma, exámenes, tratamientos			Iniciales Técnico			próxima cita					
PARTO			ABORTO			HOSPITALIZ en EMBARAZO			CORTICOIDES ANTENATALES			INICIO espontaneo		
FECHA DE INGRESO			CONSULTAS PRE-NATALES total			CORTICOIDES ANTENATALES			INICIO espontaneo			RUPTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		
CARNÉ			hora min			compañia			posición			PA / pulso		
contr./10			dilatación			altura present.			variación psic.			meconio		
FCF/díps			HTA previa			HTA inducida embarazo			preeclampsia eclampsia			cardiop. nefrop.		
diabetes			infección ocular			infección urinaria			amenaza parto preter.			R.C.I.U.		
rotura prem. de membranas			anemia			infección puerperal			1° trim.			2° trim.		
otras			3° trim.			hemorragia			INDUC			OPER		
NACIMIENTO			vivo			hora min			dia mes año			MÚLTIPLE orden		
MUERTO anteparto			parto			ignora momento			espon. cesárea			otro		
POSICION PARTO			DESGARROS			OCITOCICOS			PLACENTA			LIGADURA CORDON		
sentada acostada			prelamb. postlamb.			si no			completa			<30s 30s-1m >1m		
RECIEN NACIDO			PER. CEFALICO			EG CONFIABLE sem.			PESO E.G.			APGAR		
SEXO f m			PESO AL NACER			LONGITUD			ADEC.			1° min		
DEFECTOS CONGENITOS			ENFERMEDADES			TAMIZAJE NEONATAL NORMAL			VDRL TSH Hbpatie Audición Bilir. Meconio 1° dia			Boca arriba		
EGRESOR N			vivo			EDAD dias completos			LACTANCIA exclusiva			PESO AL EGRESO (g)		
EGRESOR MATERNO			viva			ANTIRUBEOLA POST PARTO			ANTICONCEPCION			ligadura tubaria		
REFERIDA POSTPARTO			fallece			referida			hormonal			natural		
CERTIF NACIDO VIVO			Nombre Recién Nacido			Responsable			REFERIDA POSTPARTO			Responsable		

El color amarillo no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas

Se han efectuado algunos cambios: la versión pelviana se reemplaza por control odontológico

Se elimina posición de parto.

Guía para el uso correcto, flujo y monitoreo de la Historia Clínica Perinatal Base a nivel ambulatorio y hospitalario.

Se utilizará un solo formato de HCPB en el nivel ambulatorio, hospitalario y como Tarjeta de control prenatal (carnet) para la paciente.

Uso Ambulatorio

1. El Director Médico es el responsable del uso correcto de la HCPB por parte del personal de la institución.
2. La HCPB es la única historia clínica en uso oficialmente.
3. A nivel ambulatorio debe iniciarse el llenado por quien capta a la embarazada. No debe postergarse el llenado para una segunda consulta.
4. Los datos deben ser anotados tanto en la HCPB ambulatoria como en la tarjeta de control prenatal (Carnet Perinatal).
5. El funcionario que atiende a la embarazada deberá llenar los datos de peso, talla y altura uterina y anotar en cada control los valores correspondientes. Anotará los valores correspondientes en las curvas de seguimiento del aumento de peso por edad gestacional y de aumento de la altura uterina del carnet perinatal y vigilará por desviaciones de los patrones normales.
6. Debe orientar a la embarazada de que su carnet perinatal es su referencia hacia el hospital, de contra – referencia de puerperio y referencia del recién nacido sano y que debe exigirla a su egreso.
7. La tarjeta de control prenatal es de propiedad de la embarazada y no debe dejarse en el expediente, excepto mientras la paciente está hospitalizada.
8. El código del establecimiento y la cédula de identidad personal son datos imprescindibles que deben ser verificados por el personal que da la atención.
9. Los hospitales o maternidades deben enviar al nivel regional correspondiente las tarjetas de control prenatal que se hayan dejado olvidadas al momento del egreso. El nivel regional la distribuirá a la institución de salud del nivel local correspondiente.
10. El nivel local es responsable de la adquisición de la papelería necesaria.
11. Los datos del puerperio y los datos del recién nacido se transcribirán del carnet perinatal a la HCPB ambulatoria y se devolverá el carnet a la paciente.

Uso Hospitalario

1. El Director Médico del Hospital, Maternidad o Centro materno-infantil es el responsable del uso correcto de la HCPB por parte del personal de la institución.
2. Se utilizará la Historia Clínica Perinatal en el hospital, en casos de terminación del embarazo por: aborto, parto vaginal o por cesárea.
3. Toda embarazada que ingresa debe presentar su carnet o tarjeta de control prenatal. Si la paciente no tiene carnet o tarjeta de control prenatal, se le llenará la misma HCPB en el hospital y servirá de contrarreferencia a su egreso.

4. La información de la tarjeta de control prenatal o carnet perinatal, será utilizada en el hospital para registrar la información de la atención que se le brinde a la paciente hasta su egreso. Al alta de la paciente se transcribirá o fotocopiará la HCPB. La copia permanecerá en el expediente y se devolverá la tarjeta de control prenatal a la paciente como contrarreferencia.
5. En las instituciones donde se está utilizando la Historia Clínica Post-aborto, se le entregará copia de la misma a la paciente como contrarreferencia.
6. El código del establecimiento de origen donde se controló la paciente y el código del establecimiento donde se atiende el parto son imprescindibles para realimentar al nivel regional/local y no deben faltar.
7. Todos los círculos y cuadros deben ser llenados con cruces. Los rectángulos con números del cero (0) en adelante. No dejar preguntas sin respuesta, excepto si no se realiza la actividad.
8. Reforzar en la madre que lleva la información del parto, del puerperio y también del recién nacido sano y que debe salir con su tarjeta y presentarla tanto a control de puerperio, como del recién nacido.
9. El Pediatra que pasa visita en Sala de Puerperio debe buscar en el expediente de la madre los datos que necesita para el llenado de la parte que le corresponde y verificar que los datos del recién nacido estén completos.
10. Se sincronizará la visita a Sala de Puerperio por Ginecólogos y Pediatras a fin de que comiencen en los extremos opuestos de la Sala y no deban competir por el expediente de la madre para garantizar el llenado durante la visita de los datos que les competen.
11. La tarjeta de control prenatal o carnet perinatal se anexará al expediente de la madre mientras dure su hospitalización el cual deberá estar llenado en su totalidad para ser entregado a la puérpera a su egreso como contrarreferencia.
12. Se asignará una persona en cada sala para que revise la calidad del llenado de la HCPB.
13. En caso de aborto y la paciente no tuvo control prenatal, la referencia se hará en la hoja de la HCPB o en la Historia Clínica Post-aborto y debe incorporarse esta información a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).
14. Las muertes maternas, independientemente de que hayan sido trasladadas de otra institución o de otra Región, deben ser ingresados los datos de la HCPB en el SIP. El código de la institución que trasladó a la paciente representa el código de origen.
15. La tarjeta de control prenatal o carnet perinatal no entregada en la sala al egreso de la puérpera, deberá ser enviada a la Jefatura de Obstetricia quien coordinará con Materno Infantil del Nivel Regional para su envío o recolección periódica y para su distribución al nivel local.

Recién nacido hospitalizado

1. Se adjuntará una transcripción o copia de la Tarjeta de Control Prenatal al expediente clínico del RN hospitalizado y se completará al egreso del mismo.
2. El expediente de la madre que egresa sin su niño por hospitalización del mismo, se mantendrá retenido en Registros Médicos hasta el egreso del niño, cuando se devuelve la HCPB al expediente materno. A la madre se le entregará su Tarjeta de Control Prenatal (Carnet Perinatal).

3. Los recién nacidos hospitalizados a su egreso recibirán una contrarreferencia propia con una epicrisis completa.
4. Registros Médicos solicitará diariamente los egresos de los recién nacidos hospitalizados y rescatará la HCPB que deberá tener llenados los datos del niño y de su egreso.
5. Una vez grabada la información en el SIP, Registros Médicos reintegrará la HCPB al expediente materno y se archivará el mismo.

Registro de Muertes Maternas en sala no obstétrica

1. Un personal de Registros Médicos revisará semanalmente en las salas no obstétricas las muertes de mujeres en edad fértil para determinar si estaba embarazada o tenía menos de un año de haber tenido un embarazo, notificar a epidemiología y al Programa de Salud Sexual y Reproductiva
2. Los expedientes de los casos que se detecten serán revisados por el Jefe de Servicios de Obstetricia para determinar si cabe el diagnóstico de muerte materna directa, indirecta o no relacionada.
3. A los casos de muerte materna se les llenará a posteriori la HCPB a fin de poder grabar esta historia en el SIP. Luego se anexa al expediente para su archivo.

Grabación de la información y monitoreo de la calidad de la misma

1. El funcionario capacitado y el equipo de cómputo para grabar los datos, deberá estar preferiblemente en el hospital de maternidad, en el área de Registros Médicos.
2. Aquellas instalaciones que no cuentan con equipo y deben enviar la HCPB a grabar extra muros, procurará que este proceso no demore más de una semana.
3. La HCPB una vez grabada, deberá devolverse en un lapso no mayor de una semana al expediente de la paciente.
4. Se conformará una Comisión de Monitoreo de la HCPB bajo la dirección del Jefe de Servicios de Obstetricia. Estará conformado por un médico, una enfermera y un personal de Registros Médicos. Esta Comisión revisará cada semana los expedientes para corregir las fallas de llenado y las incoherencias detectadas.
5. Cada semana, Registros Médicos enviará una Hoja de Control de Llenado y una Hoja de Control de Incoherencias al Jefe de Servicios de Obstetricia para uso de la Comisión.
6. Se realizarán reuniones mensuales con todo el personal para presentar y analizar la estadística básica y sus tendencias, así como la calidad del llenado de la HCPB.
7. Registros Médicos enviará cada trimestre la información de la Región al Nivel Central en el formato digital correspondiente.
8. Deberá hacerse un respaldo (back-up) semanal de toda la información capturada.

Impresión de la HCPB

1. La impresión del material se hará anualmente en la imprenta del Ministerio de Salud durante el primer trimestre del año. Las Regiones que impriman su propio material deberán responsabilizarse de contar con suficiente papelería para todo el año.

2. Las Regiones enviarán en el último trimestre del año el papel, la cartulina y la tinta negra y amarilla que requiera para la producción de su papelería. El cálculo se hará con base a los embarazos esperados.
3. El coordinador de Salud Sexual y Reproductiva coordinará con el planificador y administrador y proporcionará la estimación de la necesidad de la papelería para la historia clínica la perinatal.
4. Para calcular las cantidades de material para imprimir la HCPB:
 - 1 Resma de Papel Bond de 20 libras 28 x 34 da para 5,000 hojas.
 - 1 Resma de cartulina de 90 libras 22^{1/2} x 28^{1/2} da para 3,000 carnets perinatales
 - 1 Lata de Tinta amarilla Van Sone 2301 – Pantone Yellow 2.2 lb.
 - 1 Lata de Tinta negra Van Sone – Rubber Base plus – 2230 2.2 lb. Black 1
5. La distribución se hará por Región y cada Región dotará al Nivel Local.

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD-CAJA DE SEGURO SOCIAL
SEGUIMIENTO DE CASO

INSTITUCION DE SALUD: _____ No. HISTORIA CLINICA: _____
 NOMBRE: _____ PROGRAMA _____
 DIRECCION: _____ CONTROL _____
 (CAUSA)
 FECHA DE NACIMIENTO _____ EDAD _____ SEXO _____
 DIA MES AÑO
 LLAMAR EN CASO DE URGENCIA: _____ TELEFONO: _____

No. DE CONTROL	FECHA	ACTIVIDAD / CONDICION	FIRMA	VACUNA	FECHA							
					11	12	22	32	REF.	REF.		
INGRESO												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
10												
11												

VISITAS DOMICILIARIAS

MORBILIDAD

FECHA	MOTIVO	OBSERVACION	FECHA	IMPRESION DIAGNOSTICA	REFERENCIA

No. DE CONTROLES RECIBIDOS SEGUN EDAD

TRIMESTRE DE GESTACION QUE INGRESO A CONTROL

1 AÑO				2 AÑOS				3 AÑOS				4 AÑOS				PRIMERO			SEGUNDO			TERCERO		
1	2	3		1	2			1	2			1	2			B.	A.	M.A.	B.	A.	M.A.	B.	M.	M.A.

R: Bajo Riesgo
 A: Alto Riesgo
 M.A.: Muy Alto Riesgo

DATOS RELEVANTES: _____

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO DE CASO.

Objetivo: Disponer de una tarjeta única que contenga la información necesaria para el seguimiento de casos en el Programa de Salud Integral de la Mujer.

Procedimientos:

1. Colocar el tarjetario en un lugar accesible para el personal y coordinar su uso con Registros Médicos.
2. Abrir una tarjeta a cada paciente que ingresa a control prenatal, planificación familiar y detección del cáncer cervicouterino. Terminado el embarazo se utilizará la tarjeta para seguimiento de la puérpera.
3. Colocar esta tarjeta en el expediente cada vez que la paciente acuda a control de salud para ser llenado por el funcionario que da la atención. Terminada la consulta se devuelve al tarjetario.

Llenado:

Situación obstétrica actual: Grava, Para, Aborto. Fecha de la Última Menstruación (FUM) y Fecha

Probable de Parto (FPP). Agregar a la tarjeta

Institución: Nombre de la institución de salud donde se ofrece la atención.

Nombre: Nombre y apellido. Incluya apodo.

Dirección: Barrio, calle, número de casa, señale algún lugar de referencia. Anote con lápiz.

Teléfono: De residencia, trabajo, familiar, vecinos.

Fecha de nacimiento: Día, mes, año.

Llamar en caso de urgencias: Nombre, dirección o teléfono de la persona determinada.

Número de Historia Clínica: Número con que se identifica el expediente clínico (Cédula, N° familiar, Seguro Social)

Programa: Programa de Salud Integral de la Mujer.

Control: Actividad específica del programa. Ej. Prenatal, planificación familiar, Papanicolaou.

Edad: Años cumplidos. Sexo: Femenino

N° de control: / Fecha: Anote la fecha del primer control con tinta. En el renglón siguiente anote con lápiz

la fecha de la próxima cita. Cuando la paciente acude a la misma, se pasa en tinta y se anota la próxima cita con lápiz.

Actividad – Condición: Actividad realizada, detallar datos de interés con relación a la condición de la paciente al momento de la consulta.

Firma: Del funcionario que da la atención.

Vacuna: Nombre de la vacuna que se aplica al momento del control.

Fecha de la vacuna: mes y año. Ej. 3 / 02

Visita domiciliaria Fecha: día, mes, año.

Motivo: Razón fundamental de la visita. Ej. Pre-eclampsia

Observaciones: Lo de mayor interés de la visita.

Morbilidad:

Fecha: En que la paciente presentó algún problema de salud.

Impresión Diagnóstica: De la morbilidad que presenta.

Referencia: Si se refiere por morbilidad, anote el lugar.

Número de controles recibidos según edad: Para Pediatría.

Trimestre de gestación y condición de riesgo al ingreso: Marque una cruz en el cuadro correspondiente según trimestre y clasificación de riesgo.

Datos relevantes: Otros datos de interés.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SALUD
 PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER
 REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA PARTERA

Fecha de captación
 Día.....Mes.....Año.....

Instalación de Salud _____ Localidad _____
 Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____
 Sabe leer: SI _____ NO _____ Sabe escribir: SI _____ NO _____

PARTOS ATENDIDOS POR MES

Año	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agosto.	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.

Observaciones de interés: _____

VISITA AL HOGAR

FECHA	HIGIENE		EQUIPO	OBSERVACIONES	FIRMA
	VIVIENDA	PARTERA			

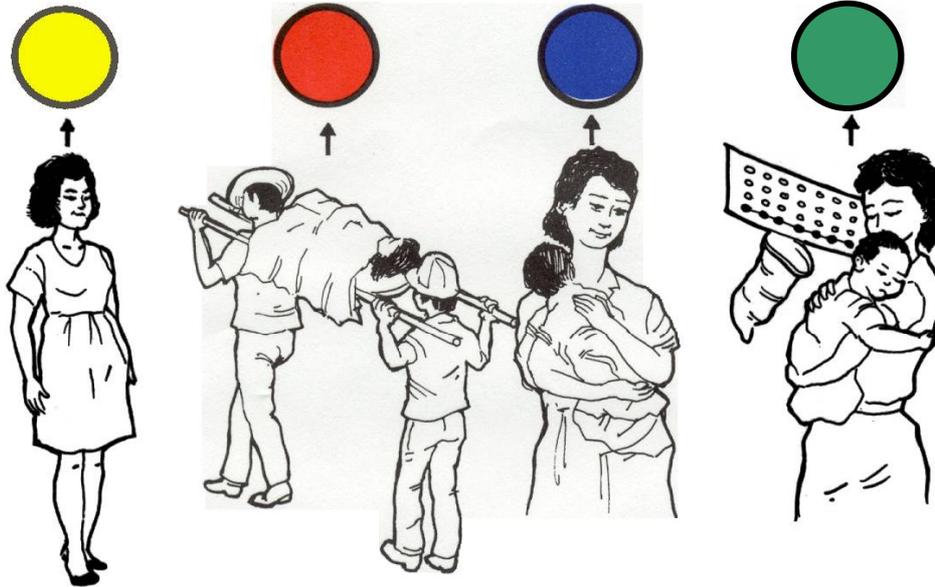
EDUCACIÓN CONTINUA

FECHA	TEMA	OBSERVACIONES	FIRMA

CITAS				
CITAS				
CITAS				

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
PROGRAMA MATERNAL

HOJA DE REFERENCIA DE LA PARTERA



Envió a la Señora: _____

por _____

Fecha

Nombre de la partera

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD
DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
HOJA DE REGISTRO DEL PARTO

Nombre de la madre _____ Edad _____

Fecha del Parto _____ Hora de Parto _____

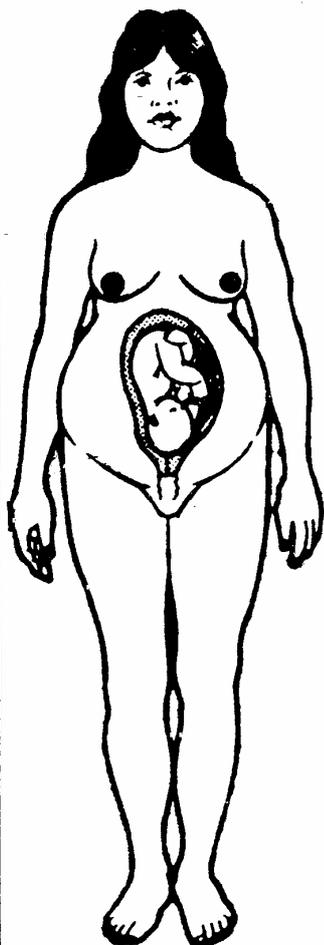
Lugar _____

Nombre de la Partera _____

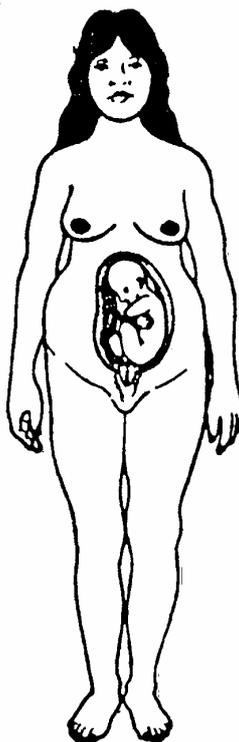
Se controló el embarazo SI NO Dónde _____

El niño venía

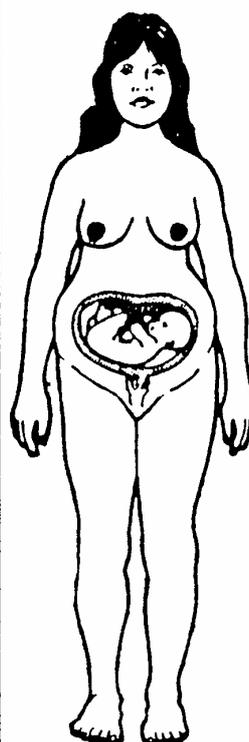
de cabeza



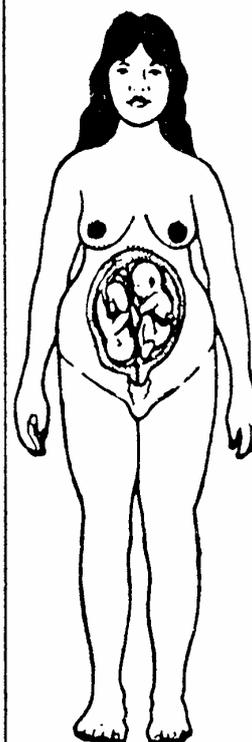
de nalgas



atravesado



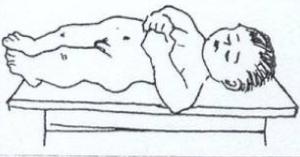
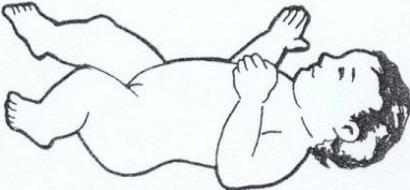
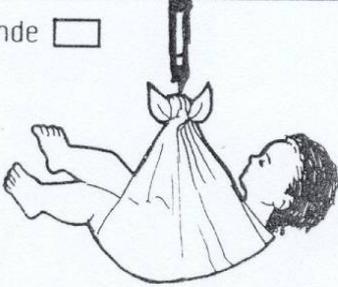
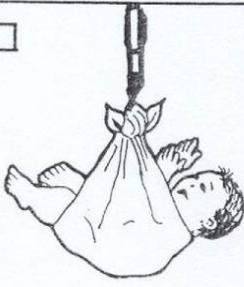
gemelos



RECUERDE:

ESTOS CASOS DEBEN SER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

REPUBLICA DE PANAMA
 MINISTERIO DE SALUD - DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL
 PROGRAMA MATERNAL

<p>LA MADRE PERDIO</p>	<p>poca sangre <input type="checkbox"/></p> 	<p>mucha sangre <input type="checkbox"/></p> 	
<p>LA MADRE DESPUES DEL PARTO QUEDO</p>	<p>sana <input type="checkbox"/></p> 	<p>enferma <input type="checkbox"/></p> 	<p>muerta <input type="checkbox"/></p> 
<p>EL NIÑO NACIO</p>	<p>vivo <input type="checkbox"/></p> 	<p>enfermo <input type="checkbox"/></p> 	<p>muerto <input type="checkbox"/></p> 
<p>EL NIÑO ES</p>	<p>hombre <input type="checkbox"/></p> 	<p>mujer <input type="checkbox"/></p> 	
<p>EL NIÑO ES</p>	<p>grande <input type="checkbox"/></p> 	<p>pequeño <input type="checkbox"/></p> 	

REPÚBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

GUÍAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

PANAMÁ
Septiembre 2007

I. ANTECEDENTES

En seguimiento a la Reunión de Nairobi, Kenia en 1987, en donde se lanzó la Iniciativa en Pro de una Maternidad Segura, la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana aprobó en 1990 el Plan de Acción Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Los países Latinoamericanos se comprometieron con este Plan de Acción, el cual tenía como objetivos:

1. El mejoramiento de las condiciones de salud de la mujer por medio del incremento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud reproductiva, con el propósito de lograr para el año 2000, la reducción a la mitad de las tasas de mortalidad materna.
2. El incremento de la capacidad y calidad del sistema institucional de entrega de atención de salud, mediante el fortalecimiento del primer nivel de referencia, el aumento del número de camas hospitalarias instaladas y la creación de centros de atención del parto para mujeres de bajo riesgo.
3. El incremento del conocimiento y de la participación social en las acciones para una maternidad segura y la movilización de los miembros de la comunidad para la identificación de la mujer embarazada, de manera que permita brindarle atención oportuna y adecuada en caso de una emergencia.
4. El establecimiento de un sistema regional de vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna.
5. La expansión de la capacidad de los países para el diseño, funcionamiento y evaluación de programas nacionales orientados hacia la reducción de la mortalidad materna.
6. El mejoramiento de la atención del parto domiciliario por medio de programas de educación continua para las parteras tradicionales y otro personal involucrado en la atención del parto en casa.

En todas las Reuniones Internacionales relevantes en la última década, tales como la de Población y Desarrollo de Cairo en 1994 y Cairo + 5, la Reunión Internacional de la Mujer en Beijing, la Reunión de Consulta Técnica de Colombo, la reunión "Making Pregnancy Safe" se resaltaron los objetivos de disminuir las muertes maternas e infantiles y reducir las diferencias entre los países desarrollados y en desarrollo.

En Panamá, en el marco de las acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, se inició en 1992 el proceso de organización de un sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, en primera instancia dando las directrices a través del Departamento Materno Infantil para la realización de auditorías las muertes maternas en todas las Regiones. A partir de entonces se realizaron en los años 1993, 1995, 1997 y 2001, reuniones nacionales de análisis de la mortalidad materna. En el año 1994 se estableció una comisión Ad Hoc de Mortalidad Materna en la cual se dio inicio al trabajo interinstitucional e intersectorial con participación del Ministerio, la Caja de Seguro Social, la Contraloría General de la República y el Hospital Santo Tomás.

En el año 1997 Panamá asistió al Taller Centroamericano de Vigilancia de la Mortalidad Materna, organizado por la OPS en Guatemala. En el mismo año, se fortaleció el grupo de trabajo con la incorporación del Departamento de Epidemiología y la elaboración de la primera Guía para la Organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, además se mejoraron los instrumentos de registro y se incluyó la autopsia verbal como fuente de información. A través de la Resolución N° 48 de 7 de Mayo de 1998 de la Dirección General de Salud se definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas en nuestro país.

En la Reunión Regional de la OPS sobre la Vigilancia de la Mortalidad Materna realizada en Washington en Octubre de 2000, a la cual asistió nuestro país, se llegó a la conclusión de que debe incorporarse a la vigilancia de la mortalidad materna, el estudio de la mortalidad perinatal con énfasis en la mortalidad fetal tardía y neonatal precoz, como evento precursor o pronóstico de la mortalidad materna porque implica problemas de calidad de la atención.

El Ministro de Salud, consciente del compromiso de Panamá con la Iniciativa en Pro de una Maternidad Segura y el Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna aprobó la creación de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal a través de la resolución 093 de 6 de Abril de 2001, con el fin de lograr la unión de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para hacer realidad los objetivos de esta Iniciativa. El Decreto Ejecutivo 268 de agosto de 2001 incorporó las muertes maternas y perinatales al listado de enfermedades y eventos de notificación obligatoria.

La información del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal (S.V.M.M.P.) deberá contribuir a aumentar el conocimiento sobre estos eventos en los niveles comunitarios, en toda la red de servicios de salud y en los niveles de decisión política. Se espera que ayude a propiciar cambios en las actitudes y prácticas de las comunidades, en los proveedores de servicios, así como también lograr una mejor distribución de los recursos asignados a los programas de salud reproductiva que coadyuve a la reducción de la mortalidad materna-perinatal.

II. OBJETIVOS DE LA VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA DE LA MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

A. PROPÓSITO

El sistema de vigilancia, con participación intersectorial y comunitaria, deberá proveer información relevante que sirva para el desarrollo de programas e intervenciones, dirigidas a reducir la morbi-mortalidad materno-perinatal; mejorar la calidad de la atención a la salud de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y contribuir a un resultado feliz para la madre y el recién nacido.

B. OBJETIVO GENERAL

Guiar las actividades de vigilancia e investigación ágil y oportuna de los eventos de mortalidad materna y perinatal, que conlleven a la formulación de recomendaciones para la acción, basada en la información, para contribuir a la reducción de los mismos.

C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Generar un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis, interpretación y difusión de datos sobre Mortalidad Materna y Perinatal.
- b. Identificar, notificar, medir y determinar las causas de muerte materna y perinatal.
- c. Formular y ejecutar medidas de prevención e intervención adecuadas.

D. ELEMENTOS ESENCIALES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

1. La recolección de datos precisos sobre toda muerte materna
 - a. Número: identificación de toda muerte materna
 - b. Causa: investigación y verificación de toda muerte materna
2. El análisis de los datos recolectados por medio de la vigilancia e investigación de casos.
 - a. Tendencias de la mortalidad materna y perinatal
 - b. Causas médicas y no médicas asociadas
 - c. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna y perinatal
 - d. Agrupamiento por factores de riesgo e identificación de grupos de mayor riesgo
3. La formulación de recomendaciones para la acción basadas en la información por medio de la evaluación de las necesidades y el mejoramiento de determinados factores.
 - a. La educación a nivel comunitario
 - b. La oportunidad de la referencia
 - c. El acceso y la entrega de los servicios
 - d. La calidad de la atención, las necesidades de adiestramiento del personal de salud y la disponibilidad y cumplimiento de normas.

- e. La legislación pertinente.
 - f. La distribución de los recursos.
4. El incremento del conocimiento sobre la magnitud, los efectos sociales y la prevención de la mortalidad materna y perinatal y la diseminación de los hallazgos y de las recomendaciones entre los formuladores de políticas, el personal de salud y los miembros de la comunidad
 5. La evaluación del impacto de las intervenciones.
 6. La comparación de las estadísticas nacionales, regionales e internacionales.
 7. La identificación de áreas prioritarias de investigación.

E. SUB-SISTEMAS Y PROCESOS EN LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA Y PERINATAL

La vigilancia de la muerte materna y perinatal debe ser integral. En esa perspectiva se concibe el Sistema de Vigilancia conformada por subsistemas de prevención primaria, primordial y del daño. La información asociada a los dos primeros fluye del sistema de información regular de los programas, por lo cual estas guías plantean la vigilancia específica del daño.

VIGILANCIA	SUBSISTEMAS	PROCESOS
PREVENCIÓN PRIMORDIAL (antes que se instalen los factores de riesgo)	PLANIFICACIÓN FAMILIAR SALUD PRECONCEPCIONAL	EDUCACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR ATENCIÓN INTEGRAL A MUJER EN EDAD FÉRTIL
PREVENCIÓN PRIMARIA (Vigilancia a los factores de riesgo)	ATENCIÓN AL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	ATENCIÓN PRENATAL ATENCIÓN AL PARTO ATENCIÓN AL RECIÉN NACIDO ATENCIÓN AL PUERPERIO
AL DAÑO (Grupos de riesgo)	REGISTRO DE MUERTE MATERNA Y PERINATAL	DETECCIÓN DE MM Y P NOTIFICACIÓN INVESTIGACIÓN ANÁLISIS INTERVENCIONES

F. DEFINICIONES

Probable muerte materna:

- Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento.

Muerte Materna Confirmada:

- Toda muerte de una mujer en edad fértil, en la que la investigación determinó que fue causada, directa o indirectamente, por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.
- Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no pudo ser investigada.

Muerte Perinatal I

- Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal menor de 7 días.

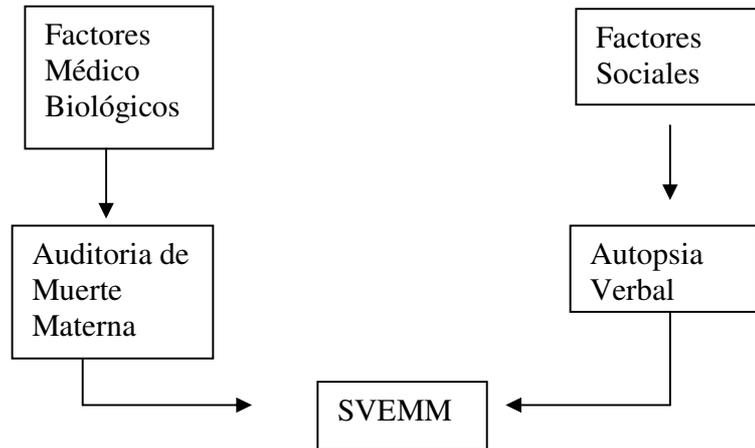
F. PROCESOS BÁSICOS

El sistema de vigilancia se estructura con tres procesos básicos:

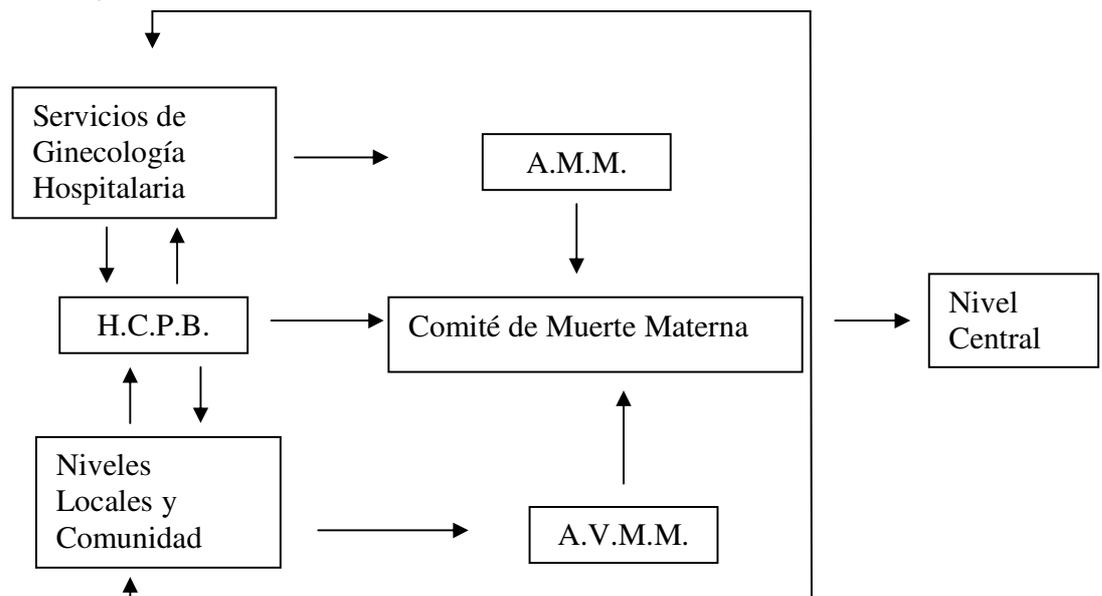
1. Auditoría de la Muerte Materna Institucional (AMM).
Recolecta la información biológica y médica asociada a la muerte materna ocurrida en una institución de Salud. Para ello se ha revisado y adecuado el instrumento de Auditoría de Muerte Materna. (Anexo 1)

2. Autopsia Verbal de Muerte Materna (AVMM).

Recolecta la información de las muertes maternas que ocurren fuera de las instituciones de Salud. Dado que una buena parte de su contenido permite capturar información del entorno socio-económico y cultural de la paciente, este mismo instrumento se aplicará como complemento a la información de la Auditoría de Muerte Materna en los casos institucionales. (Anexo 2)



Se propone el flujo de la información de tres instrumentos básicos:



3. Auditoría de la Muerte Perinatal (AMP). Que recolecta la información bio-médica, asociada a la muerte perinatal registrada en una institución de salud. Para ello se utiliza el instrumento de Auditoría de Muerte Perinatal. (Anexo 3).

G. FLUJO DE LA INFORMACIÓN:

1. A.M.M. Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia a las Coordinaciones Regionales de Materno Infantil y al N. Central.
2. H.C.P.B. Fluye desde los servicios locales a los de Gineco-obstetricia y de ser necesario desde cualquiera de ellos hacia la Coordinación Regional Materno Infantil.

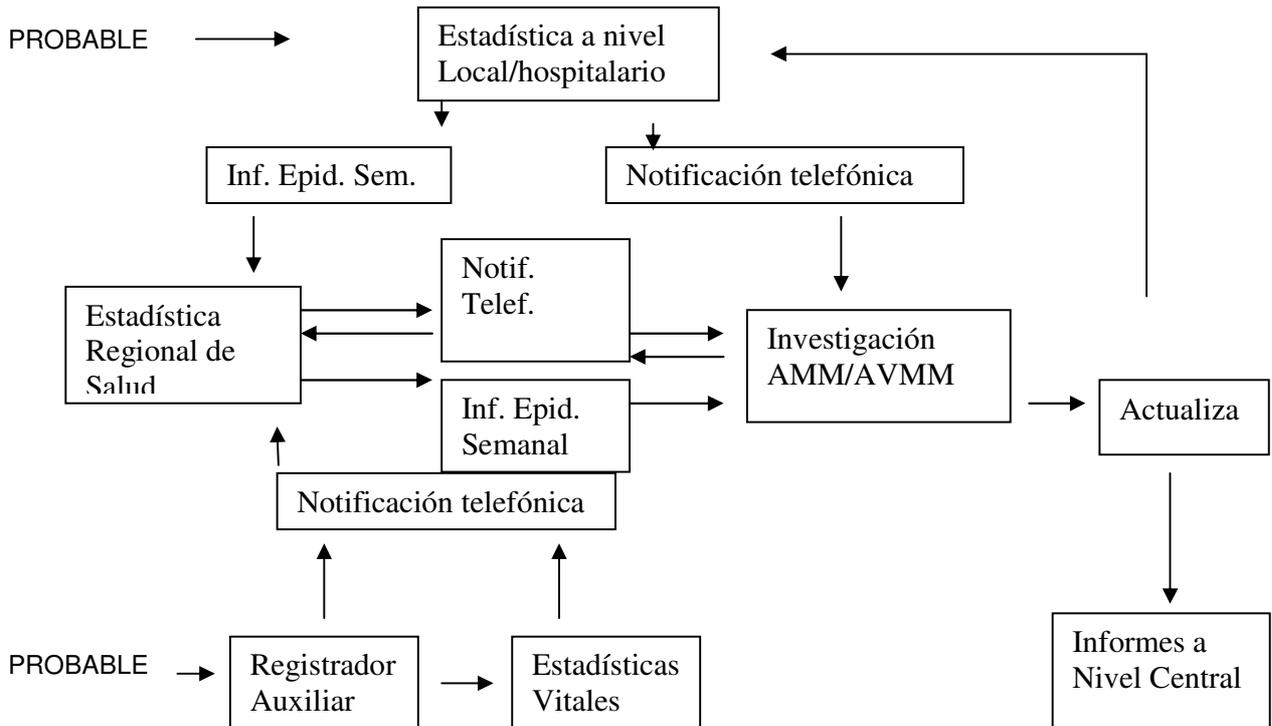
3. A.V.M.M. fluye desde los niveles locales hacia las Coordinaciones Regionales de Materno Infantil y al N. Central.
4. AMP. Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría o Neonatología (según el caso), a la Coordinación Materno-Infantil y al N. Central.

I. DINÁMICA DE LA NOTIFICACIÓN E INVESTIGACIÓN, ANALISIS.

1. INVESTIGACIÓN DE MUERTES MATERNAS:

Los Departamentos de Estadística de las Instalaciones de Salud y la oficina de Registro de Defunciones deberán notificar telefónicamente a los Servicios de Epidemiología y a la Coordinación Salud Sexual y reproductiva el número semanal de muertes ocurridas en la instalación de mujeres en edad fértil con historia de haber estado embarazadas hasta un año antes de su fallecimiento. Estas corresponden a las Probables Muertes Maternas ocurridas en Instalaciones de Salud.

Para efecto de las muertes maternas que ocurran fuera de instalaciones de Salud, se cuenta con un Sistema de Escucha Comunitario (SEC), integrado por los Registradores Auxiliares Distritales y los responsables regionales del Registro de Estadísticas Vitales de la Contraloría General, los que recopilarán los datos al momento de registrar o de procesar los formularios.



Semanalmente los Coordinadores Regionales de Estadísticas obtendrán de los Registradores Auxiliares, por la vía más expedita posible, la información correspondiente a la muerte de mujeres en edad fértil, con historia de haber estado embarazadas en los 42 días previos a su fallecimiento y que ocurrieron fuera de una Instalación de Salud. Estos casos corresponden a Probables Muertes Maternas extra-hospitalarias.

Posteriormente las notificarán a los servicios de Epidemiología vía telefónica y esta información llegará hasta el Nivel Central a través de la Notificación Semanal Telefónica, diferenciando las probables muertes maternas intra-hospitalarias de aquellas ocurridas en la comunidad.

Consiguar en el informe semanal de epidemiología cuando hay y cuando no hay muerte perinatal

Las probables muertes maternas serán incluidas en el Informe Epidemiológico semanal, especificando las edades y diferenciando las ocurridas en las Instalaciones de Salud de las que fueron notificadas por el Sistema de Escucha Comunitario. Para que el proceso se ejecute, se ha determinado que este problema de Salud sea incluido en el listado de Enfermedades de Notificación Obligatoria con reporte semanal según lo establece el Decreto ejecutivo N° 208 de 17 de agosto de 2001.

A su vez, los Servicios de Epidemiología pondrán esta información a disposición de las Coordinaciones de Salud Sexual y Reproductiva de los Niveles Regionales y Central, los que tendrán la responsabilidad de verificar que el sistema sea activado, que las AMM y las AVMM están en proceso de ejecución por cada uno de los responsables de hacerlo.

Los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son:

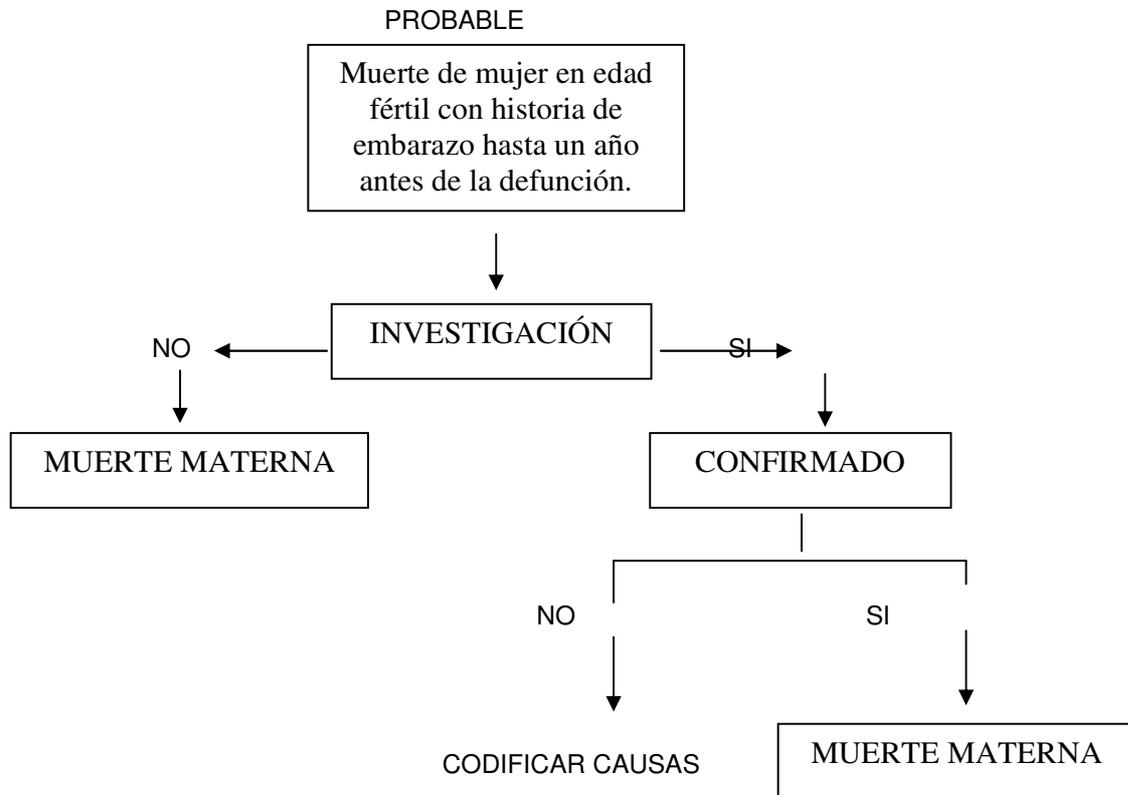
- Formulario de Auditoría de Muerte Materna (Caso Intra-hospitalario)
- Autopsia Verbal de Muerte Materna (Casos Intra-hospitalario y comunitario)
- Historia Clínica Perinatal Base Intra-hospitalaria (Casos Intra-hospitalarios)
- Historia Clínica Perinatal Base Ambulatoria (Casos comunitarios si hubo control prenatal)
- Expediente materno
- Informes de entrevistas al personal que atendió el caso.
- Certificado de defunción*

*Debe enfatizarse la importancia del llenado correcto y envío oportuno del Certificado de Defunción

Tan pronto los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son revisados por la Comisión Regional/Institucional con la participación de Epidemiología Regional, se confirma o se descartan las Muertes Maternas. En ese momento se generará el número de probables muertes maternas investigadas y el número de confirmadas o descartadas.

Se generarán bases de datos para análisis periódicos de tipo cualitativo y cuantitativo para entender la presencia del hecho en un espacio geográfico poblacional dado. El producto de estos análisis retornará a los Niveles Locales y los Hospitales para complementar la información generada en cada una de éstas y así producir ajustes en las estrategias y planes de control. Copia de los mismos serán remitidos al Nivel Central al Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, específicamente a la Unidad Técnica de Salud Sexual y Reproductiva.

ALGORITMO



2. INVESTIGACIÓN DE MUERTES PERINATALES

La investigación de muertes perinatales no corresponde estrictamente a un sistema de vigilancia, debido a que por el número importante de casos que ocurren anualmente y la dificultad de asegurar que se pueda abarcar con los recursos disponibles todo el universo, se hace necesario priorizar aquellas muertes perinatales que por sus características puedan indicar problemas en la calidad de la atención, que es el factor en el cual la Comisión puede plantear recomendaciones.

Debe priorizarse la investigación de aquellos casos de óbito fetal tardío con antecedente de control prenatal o atención institucional al momento de producirse la defunción fetal, además las muertes neonatales precoces con peso mayor a los 2500 g.

Consignar en el informe de epidemiología cuando hay y cuando no hay muerte perinatal

Las muertes perinatales serán incluidas en el informe Epidemiológico mensual, especificando si se trata de muerte fetal (Óbito) o muerte neonatal y diferenciando las registradas en instalaciones de salud de las notificadas a nivel de la comunidad.

Los documentos básicos correspondientes a la investigación de la muerte perinatal son:

- Formulario de Auditoría de Muerte Infantil
- Expediente materno e HCPB ambulatoria e intrahospitalaria
- Expediente del recién nacido
- Certificado de defunción

K. INDICADORES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

La periodicidad del levantamiento de estos indicadores será semestral y anual.

1. Indicadores de Seguimiento

- Proporción de Muertes Investigadas del total de Probables Muertes Maternas notificadas.
- Proporción de Muertes Perinatales investigadas del total de registradas.
- Proporción de Probables Muertes Maternas confirmadas y descartadas del total de investigadas.

2. Indicadores de Evaluación

- Porcentaje de Distritos de riesgo de muerte materna, es decir de Distritos o Corregimientos en los que ha ocurrido al menos una muerte materna en los últimos 3 años.
- Porcentaje de Distritos de riesgo de muerte perinatal, es decir de Distritos o Corregimientos en los que han ocurrido al menos 10 muertes perinatales en el último año.
- Porcentaje de Distritos Silenciosos de muerte materna, es decir sin un caso de muerte materna en los últimos 3 años.
- Porcentaje de Distritos Silenciosos de muerte perinatal, es decir sin un caso de muerte perinatal en el último año.

III. MIEMBROS Y FUNCIONES DE LAS COMISIONES SEGÚN NIVELES

A. COMISIÓN NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

- Coordinador Técnico de la Sección de Salud Sexual Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.
- Coordinador Técnico de la Sección de Atención a la Niñez del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.
- Jefe Nacional de Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.
- Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santo Tomás.
- Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Metropolitano.
- Jefe del Departamento de Vigilancia de los Factores Protectores y de Riesgo para la Salud de la Población y el Ambiente.
- Jefe del Departamento de Análisis de Tendencias en Salud de la Dirección de Políticas
- Presidente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología
- Presidente de la Sociedad Panameña de Medicina Perinatal
- Jefe de Servicios de Neonatología del Hospital del Niño

- Jefe de Servicios de Neonatología del CHMCSS
- Jefe de la Sección de Estadísticas Vitales de la Contraloría General de la República
- Director del Registro Civil
- Jefe del Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud
- Jefe Nacional de Enfermería

A. FUNCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL

1. Establecer las directrices generales a los comités regionales, institucionales y locales de muerte materna y perinatal:
 - Garantizar la confiabilidad y comparabilidad de las estadísticas a nivel nacional e internacional.
 - Incorporar el SVEMMP al sistema nacional de información en salud
 - Divulgar y dar seguimiento al SVEMM y P
2. Recopilar, consolidar, analizar la información a nivel nacional para la toma de decisiones.
 - Investigación y análisis epidemiológico
 - Efecto de las intervenciones
 - Calidad de la atención
3. Divulgar la información a las instancias interesadas:
 - Nivel político
 - Autoridades de Salud del Nivel Central, Regional y local.
 - Personal de Salud
 - Actores Sociales y comunidad en general
 - Niveles internacionales
4. Capacitar, asesorar, recomendar y plantear estrategias a las instancias interesadas.

B. COMITÉ REGIONAL DE MUERTE MATERNA Y PERINATAL

- Director regional
- Coordinador institucional de la CSS
- Coordinador materno infantil (o coordinador de atención a la población o coordinador de salud pública).
- Coordinador materno infantil de la CSS

- Enfermera jefe regional
- Enfermera jefe de la CSS en la región
- Epidemiólogo regional del MINSA y de la CSS
- Jefe de registros médicos regional del MINSA y de la CSS
- Jefe oficina regional de estadísticas vitales de la Contraloría General de la República

B₁. FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL

- a. Velar que se notifiquen y se realicen las auditorías, análisis y discusión de todos los casos intra y extra hospitalarios.
- b. Coordinar con el nivel local para la detección de muertes maternas y perinatales extrahospitalarios y levantamiento de las autopsias verbales de muerte materna.
- c. Mantener el flujo de información del sistema de vigilancia a través del sistema de información semanal.
- d. Remitir la información de la Región al Nivel Central.
- e. Análisis de la información para la toma de decisiones a Nivel Regional.
- f. Realimentar al equipo operativo para la búsqueda en conjunto de alternativas de solución a los problemas.
- g. Vigilar los eventos mórbidos que puedan ocasionar Muertes Maternas y Perinatales.

B₂. FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ REGIONAL

DIRECTOR REGIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar el buen funcionamiento del Comité Regional • Ordenar que se realicen las autopsias de muertes maternas y perinatales. • Implementar las recomendaciones del Comité Regional
COORDINADOR INSTITUCIONAL CSS	<ul style="list-style-type: none"> • Contribuir a la buena coordinación de las acciones de vigilancia y en la implementación de intervenciones entre el MINSA y la CSS con relación a la M.M. y P.
COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL MINSA/CSS	<ul style="list-style-type: none"> • Los Coordinadores M. I. establecerán la coordinación con el Comité de M.M. y P. Hospitalario. • Verificar que se notifiquen y se realicen las auditorías y las autopsias verbales de MM y P intra y extra hospitalarias • Coordinar presentación y discusión de casos con Nivel Local • Verificar, actualizar, consolidar y analizar la información regional de MM y P • Proponer recomendaciones a las autoridades regionales • Divulgar estrategias y acciones al equipo de salud y la comunidad • Informar mensualmente la ocurrencia de casos y enviar copia de las auditorías al Nivel Nacional • Remitir informe anual consolidado a Nivel Nacional. • Divulgar el informe anual consolidado a los Niveles Locales
EPIDEMIOLÓGIA REGIONAL	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en las reuniones y actividades del Comité Regional y coordinar con el Comité Hospitalario • Verificar los casos en el informe epidemiológico semanal y activar el sistema ante su reporte. • Actualizar y analizar el informe estadístico en conjunto con Materno Infantil
REGISTROS MÉDICOS Y EST. MINSA/CSS	<ul style="list-style-type: none"> • Velar porque el personal de estadísticas institucional, regional y local registre la información necesaria para la realización de las auditorías de MM y P y haga el reporte semanal. • Asegurar que el Nivel Nacional cuente con información de las instituciones del MINSA y de la CSS
OFICINA REG. DE EST. VITALES	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes de mujeres en edad fértil con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento. • Informar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes perinatales registradas. • Incorporar registros de casos procedentes del sector privado y del sistema de escucha comunitario.

D. COMITÉ DE MUERTE MATERNA Y PERINATAL HOSPITALARIO

- Director médico
- Jefe de servicios de obstetricia
- Jefe de servicios de pediatría/neonatología/enfermería
- Enfermera jefe sala de partos
- Enfermera jefe de sala de neonatología
- Jefe de enfermedades nosocomiales

- Patólogo o médico forense
- Jefe de registros médicos
- Jefe de residentes de Gineco obstetricia
- Coordinador Salud sexual y reproductiva regional (o su equivalente)
- Epidemiología del hospital (o el regional en su defecto)
- Consultores de otras especialidades

C.1. FUNCIONES DEL COMITÉ HOSPITALARIO

- a. Realizar la auditoria de las muertes maternas y perinatales intrahospitalarias, determinar la causa, grado de responsabilidad profesional, institucional o de la paciente, grado de previsibilidad.
- b. Preparar el informe del análisis de la investigación que contenga los siguientes puntos:
 - Naturaleza de la muerte, resumen del caso clínico, evolución, tratamiento.
 - Factores socio-económicos y culturales
 - Resultado de entrevistas al personal en la atención
 - Protocolo de autopsia
 - Conclusión explicativa y crítica sobre el caso.
- c. Clasificar la muerte materna o perinatal según:
 - Naturaleza o causa
 - Responsabilidad única o compartida
- e. Conclusiones, recomendaciones y plan de seguimiento (resultados, áreas a modificar, cronograma de trabajo y personal responsable)
- f. Remitir copia del informe a la Coordinación Materno Infantil y a Epidemiología, que incluya:
 - Formularios de auditoria (materna y perinatal)
 - Informes de análisis (Muerte hospitalaria, domiciliaria y perinatal)
 - Consolidados de la casuística regional de muertes maternas y perinatales
- g. Los informes de análisis debe ser firmado por el director de la institución y los comisionados participantes.

C₂. NIVEL HOSPITALARIO FUNCIONES ESPECÍFICAS

DIRECTOR MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar el buen funcionamiento del Comité de Muerte Materna y Perinatal institucional • Implementar las recomendaciones del CMM y P.
JEFE DE SERVICIOS DE OBSTETRICIA	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a reunión a los miembros del Comité • Presentar el expediente y la documentación necesaria para la revisión de caso • Coordinar la presentación de caso al personal de salud y a las autoridades de la institución. • Citar al Coordinar Materno Infantil o al Jefe de Servicios de Ginecoobstetricia de donde procede el caso. • Consolidar anualmente la casuística y enviar informe al CMM y P Regional.
	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar la HCPB de las muertes maternas ocurridas en salas no obstétricas o sin expediente obstétrico. • Verificar que se realicen las necropsias de las muertes maternas.
Jefe de Servicios de Pediatría (o) Neonatología	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en las reuniones del Comité de MM y P cada vez que se discuta un caso de M. Perinatal. • Aportar el expediente y la documentación necesaria sobre la atención del recién nacido. • Participar en la elaboración de los informes de auditoria de caso. • Velar porque se realicen las necropsias de las M. P.
Enfermera Jefe de Sala de Partos	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la coordinación de las reuniones del CMM y P. • Participar en las reuniones y actividades del CMM y P.
Jefe de Residentes de Ginecoobstetricia y Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la recopilación de la documentación y preparación de material para la presentación de casos. • Participar en las reuniones y actividades del CMM y P
Patólogo/ E. Nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> • Aportar la información del diagnóstico anatómo-patológico u otros estudios según el caso. • Participar en la discusión del caso. • Participar en las reuniones y actividades del CMM y P
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar la investigación y análisis epidemiológico. • Mantener el flujo de información Hospital-Región-N. Central para el reporte epidemiológico • Participar en las reuniones y actividades del CMM y P Hospitalario
Jefe de Registros Médicos y Estadísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con Registros Médicos y Estadísticos Regional el reporte semanal a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología sobre las muertes en el hospital de mujeres en edad fértil con historia de haber estado embarazada hasta 42 días antes de su fallecimiento. • Informar de estos casos al Servicio de Ginecoobstetricia si fallecen en Sala no Obstétrica. • Informar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes perinatales registradas.

E. NIVEL LOCAL: ANEXOS MATERNO INFANTILES, CENTROS DE SALUD, POLICLÍNICAS, ULAPS (o cualquier otra instalación que brinde servicios similares).

- Director médico
- Médico y enfermera coordinadores de los programas de materno infantil y epidemiología
- Registros médicos y estadísticos

- Registradores auxiliares de la contraloría o registro civil

F. FUNCIONES DEL NIVEL LOCAL

- a. Coordinar, capacitar y orientar el trabajo con los ayudantes de salud y las parteras capacitadas, para la captación de las muertes maternas que ocurren en áreas de difícil acceso.
- b. Participar en las auditorías de muertes maternas y perinatales de los casos que ocurren en estas instalaciones de salud o proceden de sus áreas de responsabilidad.
- c. Apoyar al Nivel Regional en el levantamiento de las autopsias verbales de las muertes maternas no institucionales.
- d. Recibir y remitir información al nivel regional sobre muertes maternas comunitarias de los registradores auxiliares.

Anexo 1.**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE MATERNA
MINSA/CSS FORMULARIO DE AUDITORÍA DE MUERTE MATERNA**

REGION		ESTABLECIMIENTO		N° DE ORDEN	
--------	--	-----------------	--	-------------	--

DATOS GENERALES

NOMBRE				EDAD		CEDULA	
PROVINCIA			DISTRITO			N° S.S.	
CORREGIMIENTO				COMUNIDAD			
ESTADO CIVIL	1. CASADA	2. UNIDA	3. SOLTERA.	4. OTRO	5. N. Esp.		
ESCOLARIDAD	1. NINGUNA	2. PRIMARIA	3. SECUNDARIA	4. UNIVERSITARIA	6. N.E.		
ULTIMO AÑO APROBADO				TRABAJO REMUNERADO	1. SI	2. NO	
LUGAR DE TRABAJO	1. HOGAR	2. FUERA DEL HOGAR		3. NO APLICA			

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLOGICOS NO OBSTÉTRICOS							
ANTECEDENTES OBSTETRICOS	GRAVA		PARA		CESAREA		ABORTO
NACIDOS VIVOS		NACIDOS MUERTOS		F. U. PARTO/ABORTO			
F.U.M.		F.P.P.		N° DE CONSULTAS PRENATALES			
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICO							
REFERIDA SEGÚN RIESGO?	1. SI *	2. NO	* A DONDE?				
ESTADO NUTRICIONAL	1. NORMAL		2. BAJO PESO		3. OBESA		
TUVO HOSPITALIZACIONES PREVIAS DURANTE ESTE EMBARAZO?	1. SI *		2. NO				
* NOMBRE DEL HOSPITAL							
FECHA DE INGRESO				HORA		MINUTOS	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO							
FECHA DE EGRESO				HORA		MINUTOS	
DIAGNÓSTICO DE EGRESO							

HOSPITALIZACIÓN ACTUAL

FECHA DE INGRESO				HORA		MINUTOS	
DIAGNÓSTICO DE INGRESO							
FECHA DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO				HORA		MIN.	
FECHA DEL FALLECIMIENTO				HORA		MIN	

MODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO:

1. PARTO ESPONTANEO	2. PARTO INDUCIDO	3. FORCEPS	4. CESÁREA PROGRAMADA
5. CESÁREA DE URGENCIA	6. ABORTO	7. EMBARAZO ECTÓPICO	8. NO TERMINO

ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO INSTITUCIONAL:

1. MEDICO GENERAL	2. MEDICO INTERNO	3. GINECO-OBSTETRA	4. MEDICO RESIDENTE
5. ENFERMERA	6. AUXILIAR DE ENFERMERIA	7. OTRO (Especifique)	

SALA DONDE OCURRIÓ EL DECESO:

1. URGENCIAS Y ADMISION	2. EMBARAZO DE BAJO RIESGO	3. ALTO RIESGO OBSTETRICO
4. SALA DE PARTOS	5. SALÓN DE OPERACIONES	6. CUIDADOS INTENSIVOS
7. SALA NO OBSTETRICA	8. NO APLICA	

MUERTE ASOCIADA A ABORTO

1. ABORTO ESPONTANEO	2. ABORTO INDUCIDO *	3. A.BORTO TERAPEUTICO/LEGAL *		
* MÉTODO	1. SONDA	2. LEGRADO	3. LAVADO	4. MEDICAMENTO
5. INYECCION INTRAUTERINA	6. OTRO (Especifique)			

MUERTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O PUERPERIO**CONTROL DE LA LABOR DE PARTO:**

1. MEDICO GENERAL	2. MEDICO INTERNO	3. GINECO-OBSTERA	4. MEDICO RESIDENTE
5. ENFERMERA OBSTETRA	6. ENFERMERA BASICA	7. AUXILIAR DE ENFERMERIA	
8. OTRO (Especifique)			

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO	HORAS	MINUTOS	1. NO APLICA
PRODUCTO	1. RECIEN NACIDO VIVO	2. NACIDO MUERTO	3. NO NACIÓ

TRATAMIENTO MÉDICO (drogas, analgesia, tiempo de uso)

Tx QUIRÚRGICO	ANESTESIA	FECHA	HORA

CAUSA DE LA MUERTE

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA	
CAUSA ORIGINARIA O BASICA	
PATOLOGIAS CONTRIBUYENTES	

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

1. OBSTETRICA DIRECTA	2. OBSTETRICA INDIRECTA	3. NO RELACIONADA
-----------------------	-------------------------	-------------------

DIAGNÓSTICO ANATOMO PATOLÓGICO	AUTOPSIA N°		
Dx 1		Código	
Dx 2		Código	
Dx 3		Código	
Dx 4		Código	

EVALUACION DE LA EVITABILIDAD DE LA MUERTE

1. A nivel de la paciente, la familia y la comunidad	SI	NO	N.A.	100
(10) Reconocieron que existía un problema? (10) Solicitaron atención médica? (10) Solicitaron atención prenatal? (10) Si la hubo, siguieron el consejo médico? (10) Si la atendió una partera tradicional, manejó el caso correctamente? (25) Reconoció la partera el problema? (25) Refirió a la paciente sin demora?				
2. A nivel de los Servicios de Salud				100
(2) Recibió atención prenatal? (2) La atención prenatal siguió las normas establecidas? (2) Los factores de riesgo y problemas médicos se evaluaron y trataron correctamente en el control prenatal? (20) A nivel hospitalario se disponía de las funciones obstétricas esenciales? (20) Los recursos eran suficientes para manejar el problema? (20) Se siguieron las normas y protocolos pertinentes? (2) Se brindó atención a la paciente sin establecer barreras burocráticas o administrativas? (2) Se tomó en cuenta los valores sociales y culturales de la paciente y su familia? (10) Estaba capacitado el proveedor de la atención en el tratamiento indicado del problema? (10) Si estaba capacitado, trató el caso de la manera adecuada? (10) La atención del problema fue oportuna y ágil?				
3. A nivel intersectorial				100
(30) Factores en el traslado de la paciente por disponibilidad limitada, condición de los caminos, costo (30) Factores educativos (20) Factores de comunicación (20) Situación social de la mujer en el entorno cultural				

N.A. = No Aplica

(Cada variable tiene un valor. Calcule el porcentaje de puntos por sección).

INFORME DEL ANALISIS

Región _____ Institución de Salud _____
Iniciales del Nombre de la fallecida _____ CIP _____ Edad _____

1. Descripción del Caso: (Naturaleza, cuadro clínico, evolución).

2. Manejo e intervenciones y tratamiento

3. Factores Socio Económicos y Culturales

4. Resultados de las entrevistas al personal de la atención.

5. Protocolo autopsia

6. Conclusiones

7. Clasificación de la Muerte

8. Recomendaciones

9. Plan de Mejora y Seguimiento

Área y/o situación a modificar	Resultados esperados	Actividades	Fecha	Responsable

10. Nombre y Firma de los comisiona

INSTRUCTIVO

- Anote la información solicitada en los espacios en blanco.
- Encierre en un círculo la respuesta correcta.
- Cuando la respuesta es OTRO, especifique en el espacio en blanco.
- Anote las fechas en el orden día, mes y año.
- * = Preguntas que aplican a la respuesta previa que lleva un asterisco.
- N.E. = No Especificado N.A. = No aplica

Definición de muerte materna: Defunción de una mujer mientras esté embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debido a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Incluye las muertes que ocurran después de los 42 días post-parto hasta un año después, si dicha muerte se debió a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, la del parto o del puerperio.

Muerte obstétrica directa: Son las que resultan de complicaciones obstétricas del estado del embarazo (embarazo, trabajo de parto y puerperio), de intervenciones, de omisiones, de tratamientos incorrectos o de una cadena de acontecimientos originada en cualquiera de las circunstancias mencionadas.

Muerte obstétrica indirecta: Son las que resultan de una enfermedad existente desde antes del embarazo o de una enfermedad que evoluciona durante el mismo, no debida a causas obstétricas directas, pero si agravada por los efectos fisiológicos del embarazo.

Causas de muerte: El diagnóstico de causa de muerte debe ser hecho de acuerdo a las reglas para el llenado del Certificado de Defunción, colocando la secuencia lógica o cadena de acontecimientos que llevó a la muerte:

Ejemplo:

- a. Hemorragia intracraneana
- b. Emergencia hipertensiva
- c. Pre-eclampsia severa

Tratamiento quirúrgico: Enumerar en orden cronológico las distintas intervenciones.

Ejemplo:

- a. Operación cesárea
- b. Histerectomía total con anexectomía bilateral
- c. Drenaje de absceso pélvico residual

Resumen clínico: Debe incluir al menos una opinión sobre el manejo clínico, oportunidad de la atención y calidad del diagnóstico y tratamiento efectuados, concordancia del diagnóstico clínico y la necropsia, evitabilidad de la muerte y medidas que se pueden tomar para evitar casos similares.

Anexo 2.

MINSA/CSS FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL/SVEMM

Nombre de la persona entrevistada			
Relación o parentesco con la difunta			
Fecha de la defunción		Fecha de la entrevista	
Lugar de la entrevista			
Certificado de Defunción	N°	Expedido por:	

DATOS GENERALES:

Nombre de la difunta					
N° de Cédula		Edad		1. Se ignora	Religión
Estado civil	1. Casada	2. Unida	3. Soltera	4. Otro	5. N. Esp.
Escolaridad	1. Ninguna	2. Primaria	3. Secundaria	4. Universidad	5. Se ignora
Ultimo año aprobado		Trabajo remunerado	1. Si *	2. No	*Ocupación
Esposo o compañero estable	1. Si *	2. No	*Contribuye económicamente		1. Si 2. No
Hijos previos	Total	Menores de dos años		De otra edad	
Fecha o año del último parto o aborto		1. Se ignora		2. No aplica	
Otros parientes en el hogar					
Lugar de residencia	Provincia		Distrito		
Corregimiento			Comunidad		
Lugar donde falleció	Provincia		Distrito		
Sitio donde falleció	1. Domicilio	2. Via pública		3. Ambulancia	4. P. de Salud
	5. Centro de Salud	6. Hospital	7. Otro (Espec.)		

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y TOMA DE DECISIÓN

Tuvo control prenatal	1. Si *	2. No	* Cuántos controles recibió	N°
Si no se controló el embarazo, porqué no?				
Tenia factores de riesgo?	1. Si *	2. No	* Cuáles factores de riesgo?	
Quando se dio el problema, se reconoció con prontitud?	1. Si *		2. No	
* Quién reconoció el problema?	1. Familiar	2. Partera no capacitada	3. Part. capacitada	
4. Ayudante de salud	5. Auxiliar de enfermería		6. Enfermera	
7. Médico	8. Otro (Especifique)			
Se hizo una referencia a una instalación de Salud?	1. Si		2. No	
Qué decisión tomó la familia?	1. Esperar	2. Trasladar a una instalación de Salud?		
3. Otra (Especifique)				
Quién o quienes atendieron a la difunta cuando se dio el problema, antes de que llegara al Hospital?				
1. Familiar	2. Partera no capacitada		3. Partera capacitada	
4. Ayudante de Salud	5. Auxiliar de Enfermería		6. Enfermera	
7. Médico	8. Otro (Especifique)			
Falleció súbitamente antes de recibir atención médica?	1. Si		2. No	

CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?

DIAGNÓSTICO ESENCIAL		DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO	
1. Muerte durante el embarazo temprano		a. Ectópico b. Aborto espontáneo c. Aborto inducido	
2. Sangrado antes del parto		a. Placenta previa b. Abruptio placentae	
3. Sangrado post-parto		a. Placenta retenida b. Atonía uterina c. Trauma d. Otra causa	
4. Parto obstruido		a. Ruptura espontanea del útero b. Cesarea anterior, ruptura uterina c. Agotamiento materno	
5. Trastornos hipertensivos		a. Eclampsia b. Pre-eclampsia c. Hipertensión crónica	
6. Sepsis		a. Relacionada con RPM b. Trabajo de parto prolongado c. Tejido placentario retenido d. Tracto urinario e. Operatorio	
7. Anestesia		a. Complicaciones anestésicas	
8. Muerte súbita		a. Embolia pulmonar b. Embolia de líquido amniótico c. Otra causa	
9. Desconocido			
10. Causa no relacionada		a. Explique:	

INSTRUCTIVO:

- Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta. En algunos casos puede haber varias respuestas.
- Llene los espacios en los que se solicita información detallada.
- Cuando la respuesta es OTRO especifique la respuesta en el espacio abierto.
- Anotar las fechas así: Día / Mes / Año
- En las causas de muerte anotar con un gancho el diagnóstico esencial si no se cuenta con el diagnóstico específico o anotar con un gancho el diagnóstico específico si se conoce.
- * = Pregunta que aplica a la respuesta previa que lleva un asterisco.
- Puede agregar hojas al resumen narrativo si se requiere.

Anexo 3.

**SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA MUERTE PERINATAL
MINSA/CSS FORMULARIO DE AUDITORÍA DE MUERTE PERINATAL**

REGION		ESTABLECIMIENTO	
--------	--	-----------------	--

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA MADRE			
NOMBRE DEL HIJO (A)		FECHA DE NACIMIENTO	
SEXO	1. MASCULINO	2. FEMENINO	3. INDEFINIDO
4. SE IGNORA			
DOMICILIO		PROVINCIA	DISTRITO
CORREGIMIENTO		1. AREA URBANA	
2. AREA RURAL			
DISTANCIA DE LA PROXIMA INSTALACION DE SALUD		1. MENOS DE UNA HORA	
2. UNA HORA		3. DE 2 - 3 HORAS	
4. MAS DE 3 HORAS			
ESPECIFIQUE TIPO DE TRANSPORTE			

DATOS DE LA VIVIENDA

ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE		1. INTRADOMICILIARIA	2. EXTRADOMICILIARIA
3. OTRO (Especifique)		4. NO TIENE	5. SE IGNORA
DISPOSICION DE EXCRETAS		1. ALCANTARILLADO	2. LETRINA
3. TANQUE SEPTICO		4. OTRA	5. SE IGNORA
DISPOSICION DE BASURA		1. SISTEMA DE RECOLECCION	2. INCINERACION
3. AL AIRE LIBRE		4. ENTERRAMIENTO	5. SE IGNORA

DATOS DE LA FAMILIA

TIPO DE FAMILIA		1. NUCLAEAR (PADRE - MADRE)	2. MADRE SOLA
3. FAMILIA EXTENSA		4. OTRA (especifique)	5. SE IGNORA
SI EL PADRE NO VIVE CON LA FAMILIA, AYUDA ECONOMICAMENTE?			1. SI
2. NO			
EDAD DEL PADRE		EDAD DE LA MADRE	
ESCOLARIDAD DEL PADRE		1. NINGUNA	2. PRIMARIA
3. SECUNDARIA			
4. UNIVERSIDAD		5. SE IGNORA	
ESCOLARIDAD DE LA MADRE		1. NINGUNA	2. PRIMARIA
3. SECUNDARIA			
4. UNIVERSIDAD		5. SE IGNORA	
CONDICION LABORAL DEL PADRE		1. TRABAJO PERMANENTE	2. OCASIONAL
3. CESANTE			
4. INDEPENDIENTE		5. SE IGNORA	
CONDICION LABORAL DE LA MADRE		1. TRABAJO PERMANENTE	2. OCASIONAL
3. CESANTE			
4. INDEPENDIENTE		5. AMA DE CASA	6. SE IGNORA
FUMA EL PADRE?		1. SI *	2. NO
3. SE IGNORA *CIGARRILLOS/DIA			
FUMA LA MADRE?		1. SI *	2. NO
3. SE IGNORA * CIGARRILLOS/DIA			
INGESTA DE ALCOHOL DEL PADRE		1. ABSTEMIO	2. MODERADA
3. EXCESIVA			
4. ALCOHOLICO		5. SE IGNORA	
INGESTA DE ALCOHOL DE LA MADRE		1. ABSTEMIA	2. MODERADA
3. EXCESIVA			
4. ALCOHOLICA		5. SE IGNORA	
OTRAS ADICCIONES EN EL PADRE O LA MADRE			
SITUACION CONYUGAL DE LA MADRE		1. SOLTERA	2. CASADA
3. UNIDA			
4. DIVORCIADA		5. OTRA	6. SE IGNORA

DATOS PREGESTACIONALES DE LA MADRE:

N° NACIDOS VIVOS		1. SE IGNORA	N° NACIDOS MUERTOS	1. SE IGNORA
USO DE ANTICONCEPTIVOS		1. SI	2. NO	3. SE IGNORA
RESULTADO DEL EMBARAZO ANTERIOR		1. NACIDO VIVO		2. NACIDO MUERTO

3. ABORTO	4. MUERTE NEONATAL	5. SE IGNORA
FECHA DE TERMINACION DEL ULTIMO EMBARAZO		1. SE IGNORA

DATOS GESTACIONALES:

PESO EN EL 1er CONTROL PRENATAL	KG	1. SE IGNORA	TALLA	M	1. SE IGNORA
SEMANAS DE GESTACION AL NACIMIENTO		SEM		1. SE IGNORA	
CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE CONTROL		1. 5 Y MAS CONTROLES	2. MENOS DE 5		
3. SIN CONTROL		4. SE IGNORA			
DETECCION PATOLOGICA		1. SI *	2. NO	3. SE IGNORA	

***DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DETECTADAS:**

	CÓDIGO	
	CODIGO	
	CODIGO	

ANTECEDENTES DEL PARTO:

FECHA DE INGRESO		HORA		MIN.	
------------------	--	------	--	------	--

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

	CODIGO	
	CODIGO	
	CODIGO	

PESO MATERNO AL INGRESO	KG	1. SE IGNORA	
CONTROL SISTEMATICO DE LA FCF	1. SI	2. NO	3. SIN FCF
PRESENTACION	1. CEFALICA	2. PODALICA	3. TRANSVERSA
4. OTRA (Especifique)			5. SE IGNORA
ROTURA DE MEMBRANAS	1. ESPONTANEA	2. ARTIFICIAL	3. SE IGNORA
LIQUIDO AMNIOTICO	1. CLARO	2. MECONIAL CLARO	3. MECONIAL ESPESO
4. SANGUINOLENTO	5. OTRO (Especifique)	6. SE IGNORA	
LAPSO ENTRE ROTURA DE MEMBRANAS Y PARTO	HORAS	1. SE IGNORA	
INICIO DEL TRABAJO DE PARTO	1. ESPONTANEO	2. INDUCIDO	3. CESAREA ELECTIVA
TERMINACION DEL TRABAJO DE PARTO	1. ESPONTANEO	2. FORCEPS PROFILACTICO	
3. FORCEPS TERAPEUTICO	4. CESAREA DE URGENCIA	5. OTRA (Esp.)	
ATENDIO EL PARTO	1. ESPECIALISTA	2. RESIDENTE	3. INTERNO
4. MEDICO GENERAL	5. ENFERMERA OBSTETRA		6. ENFERMERA BASICA
7. ESTUDIANTE (Especifique)			8. AUXILIAR DE ENFERMERIA
9. AYUDANTE DE SALUD	10. PARTERA CAPACITADA		11. PARTERA NO CAPACITADA
12. OTRO (Especifique)			13. SE IGNORA
ANESTESIA	1. LOCAL	2. REGIONAL	3. GENERAL
	4. NINGUNA	5. SE IGNORA	
ADMINISTRACION DE ANESTESIA	1. ANESTESIOLOGO		2. OTRO MEDICO
3. TECNICO ANESTESISTA	4. ENFERMERA	5. OTRO (Espec.)	
6. NO CORRESPONDE	7. SE IGNORA		
LUGAR DEL PARTO	1. HOSPITAL	2. CENTRO DE SALUD	3. SUB-CENTRO DE SALUD
4. PUESTO DE SALUD	5. DOMICILIO	6. OTRO (Especifique)	

ANTECEDENTES DEL RECIÉN NACIDO

RECIEN NACIDO	1. VIVO	2. MUERTO	3. SE IGNORA
---------------	---------	-----------	--------------

MUERTE OCURRIDA DURANTE	1. EMBARAZO	2. PERIODO DE DILATACION	
3. PERIODO EXPULSIVO	4. MUERTE NEONATAL PRECOZ	5. SE IGNORA	

ATENCIÓN INMEDIATA	1. NEONATOLOGO	2. PEDIATRA	3. RESIDENTE
4. INTERNO	5. OBSTETRA	6. MEDICO GENERAL	7. ANESTESIOLOGO
8. ENFERMERA	7. AUXILIAR	8. AYUDANTE DE SALUD	9. PARTERA CAPACITADA
10. PARTERA NO CAPACITADA	11. OTRO (Especifique)		
12. SE IGNORA			
13. NO CORRESPONDE			
AREA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO		1. S. DE PARTOS	2. S. OP.
4. OTRO (Especifique)		5. SE IGNORA	6. NO CORRESPONDE
TIPO DE NACIMIENTO		1. NACIMIENTO SIMPLE	2. PRIMER GEMELO
3. SEGUNDO GEMELO		4. OTRO MULTIPLE	
APGAR 1er MINUTO		APGAR 5º MINUTO	
		1. NO CORRESPONDE	
REANIMACION	1. SI	2. NO	3. NO CORRESPONDE
MALFORMACIONES	1. SI	2. NO	3. SE IGNORA
PESO	G	TALLA	CM
1. NO SE PESO / TALLÓ			
EDAD AL EGRESO DEL RECIEN NACIDO		HORAS	DÍAS
		1. NO CORRESPONDE	
ESTADO AL EGRESO DEL RECIEN NACIDO		1. VIVO SANO	2. VIVO CON PATOLOGIA
3. MUERTO		5. NO CORRESPONDE	

ANTECEDENTES PERIODO NEONATAL

CONTROL DE SALUD	1. SI	2. NO	3. SE IGNORA
PRIMER CONTROL	EDAD	PESO	TALLA
			CM
ULTIMO CONTROL	EDAD	PESO	TALLA
			CM
ALIMENTACION	1. PECHO EXCLUSIVA	a. Si*	b. No
			*Nº DIAS
	2. PECHO MAS FORMULA LACTEA	a. Si *	b. No
			*Nº DIAS
3. OTRA (Especifique)			4. NO CORRESPONDE

CAUSA DE INCORPORACIÓN DE FORMULA LACTEA:

1. HOSPITALIZACIÓN	2. HIPOGALATEA	3. HOSPITALIZACIÓN DE LA MADRE
4. ABANDONO	5. OTRAS (Especifique)	
6. NO CORRESPONDE	7. SE IGNORA	

PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO:	1- SI *	2. NO	3. SE IGNORA
* DIAGNOSTICOS			
	CODIGO	EDAD	DÍAS
	CODIGO	EDAD	DÍAS
	CODIGO	EDAD	DÍAS
ATENCIÓN MEDICA	1. SI *	2. NO	HOSPITALIZACIÓN
			1. SI *
			2. NO
INTERVENCIONES	1. SI *	2. NO	3. NO CORRESPONDE
*DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES:			
INFECCIÓN NOSOCOMIAL	1. SI *	2. NO	3. NO CORRESPONDE
* DIAGNOSTICO			
	CODIGO		
	CÓDIGO		

ANTECEDENTES DE LA DEFUNCIÓN

FECHA	DIA	MES	AÑO	HORA	MIN.
1. SE IGNORA					

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

- Encierre en un círculo el número correspondiente a la respuesta correcta.
- Llene los espacios en los que se solicita información detallada.
- Cuando la respuesta es OTRO, especifique la respuesta en el espacio abierto.
- **Anotar las fechas así: Día / Mes / Año**
- * = Pregunta que aplica a la respuesta previa que lleva un asterisco.
- Puede agregar hojas al análisis crítico de ser necesario.

Instructivo del Consolidado de Muerte Materna

Anotar la información en las columnas siguiendo el orden de la numeración.

1. Anotar las iniciales de la paciente y el número de la cédula.
2. Anotar el lugar de procedencia.
3. Anotar la edad de la paciente.
4. Anotar el estado civil: casada (c), unida (u), soltera (s).
5. Anotar el área Urbano (u) o Rural (R).
6. Anotar la escolaridad: Ninguna (N), Primaria (P), Secundaria (S), Universidad (U).
7. Anotar si la paciente tuvo o no control prenatal: Sin control (SC), Menor de 5 controles (< 5), cinco controles y más (5 y más).
8. Anotar la edad gestacional en semanas: por ejemplo 34 5/7 S.
9. Anotar la paridad Grava/Para/Cesárea/Aborto: (GPCA).
10. Anotar como terminó el embarazo: No termino (NT); Parto vaginal (PV); Cesárea (C); Aborto (A).
11. Anotar que momento ocurrió la muerte: durante el embarazo: (E); Intraparto (IP); Puerperio inmediato (PI); Puerperio mediano (PM); Puerperio tardío (PT).
12. Anotar el tiempo transcurrido entre la terminación del embarazo y fallecimiento en horas y minutos.
13. Anotar quién atendió el parto: Familiar (F); Partera Tradicional (PT); Médico (M); Enfermera (E); Ayudante de Salud (AS).
14. Anotar la fecha y el lugar donde murió: Domicilio (D); Trayecto (T); Puesto de Salud (PS y las iniciales); Centro de Salud (CS y las iniciales); Hospital (Iniciales del Hospital)

15. Anotar las intervenciones realizadas a la paciente ene. manejo de la complicación

16. Anotar la causa de la muerte: Diagnostico clínico y patológico (Si esta disponible)

17. Anotar si se le hizo o no autopsia (SI o No)

18. Anotar otros hallazgos o aspectos relevantes : (Religión, antecedentes y otros)

LISTA DE PRODUCTOS CON ALCANFOR

Naftaleno (alcanfor)
Naftalina (bolas para las polillas)
Primaquina
Pamaquina
Cloroquina

Analgésicos que contengan aspirina o fenacetina, como:
Aspirina, buferina, anacina, efedrina, empirina, pastillas de apc (aspirina, fenatecina, cafeína),
compuesto de darvon, coricidina.

Antibióticos:
Sulfanilamida, sulfapiridina, sulfadimidina, sulfacetamida, sodio de glucosulfona,
nitrofurantoína, furazolidona, nitrofurazona, dapsona, sulfoxona,
sulfisoxazol.

Antihelmínicos:
B-naftol, estibofén, niridazol

Varios:
Probenecid
Diuréticos de tiazida
Fenotiazina
Cloranfenicol
Orinasa
Dimercaprol
Azul de metileno
Vitamina k y Análogos hidrosolubles de la fitonadiona (vitamina k)
Habas
Tintes de anilina
Hena

Certificado de Nacimiento

Parte Clinico

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
 Dirección de Estadística y Censo

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____ INSCRIPCIÓN No. _____

A. DATOS GENERALES

1. Nombre(s) y Apellido(s): _____	
2. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	6. Fecha de Nacimiento: Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes _____ Año 19__ <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Cédula No. <input type="text"/>	7. Fecha de la Muerte: Hora <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Día <input type="text"/> <input type="text"/> Mes _____ Año 199__ <input type="text"/>
4. Ocupación: _____	8. Estado Conyugal: Unido..... <input type="checkbox"/> 1 Separado/Divorciado... <input type="checkbox"/> 4 Soltero..... <input type="checkbox"/> 2 Viudo..... <input type="checkbox"/> 5 Casado..... <input type="checkbox"/> 3 Menor de 15 años..... <input type="checkbox"/> 6
5. Edad cumplida: 4 <input type="text"/> <input type="text"/> Años Si es menor de un año..... 3 <input type="text"/> <input type="text"/> Meses Si es menor de un mes..... 2 <input type="text"/> <input type="text"/> Días Si es menor de un día..... 1 <input type="text"/> <input type="text"/> Horas Si es menor de una hora..... 0 <input type="text"/> <input type="text"/> Minutos	
9. Lugar de la Muerte: _____ <small>Distrito Corregimiento Lugar poblado o barriada Hospital o Institución</small>	
10. Residencia Habitual: _____ <small>Distrito Corregimiento Lugar poblado o barriada</small>	

B. DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

11. Datos del Nacimiento: a. Lugar donde nació el niño: Hospital o Institución <input type="checkbox"/> 1 En otro lugar <input type="checkbox"/> 2 b. Persona que atendió el parto: Médico..... <input type="checkbox"/> 1 Ayudante de Salud o Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Comadrona..... <input type="checkbox"/> 5 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Otra..... <input type="checkbox"/> 6 c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación <input type="text"/> <input type="text"/> Meses <input type="text"/> <input type="text"/> d. Peso al nacer: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Kilogramos Libras Onzas</small>	12. Datos de la Madre del Niño: Nombre(s) y Apellido(s): _____ a. Edad cumplida: <input type="text"/> <input type="text"/> Años b. Estado Conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Casada <input type="checkbox"/> 3 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 4 c. Hijos que ha tenido <input type="text"/> <input type="text"/> d. Grado o año más alto aprobado: Ningún grado <input type="checkbox"/> 0 Universitaria/ Post-grado.. <input type="checkbox"/> 3 Primaria..... <input type="checkbox"/> 1 Vocacional.. <input type="checkbox"/> 4 Secundaria.... <input type="checkbox"/> 2
---	---

C. CAUSA PROBABLE DE MUERTE
 (Llenarse cuando no hay Médico que certifique la muerte)

13. Síntomas de la enfermedad que presentaba la persona: _____	
14. Causa probable de muerte: _____	
15. ¿En esta enfermedad recibió asistencia médica? Sí <input type="checkbox"/> 4 No <input type="checkbox"/> 5	15b. ¿Si era mujer estuvo embarazada los últimos 42 días? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
15a. Nombre de la Institución o del Médico que lo atendió: _____	¿Los últimos 12 meses? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

D. CERTIFICADO MÉDICO
 (Sólo para ser llenado por un Médico - estrictamente confidencial)

16. Causa de muerte: (Anotar una por línea a. b. c.) I. - Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. <i>No quiere decirse con esta la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardíaca, asfexia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte.</i> - Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental. II. - Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo. a. _____ <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> b. _____ <small>Debido a (o como consecuencia de)</small> c. _____	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte
17. ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	19. Si la muerte se debió a factores externos, especifique si fue: a. Accidente <input type="checkbox"/> Suicidio <input type="checkbox"/> Homicidio <input type="checkbox"/> En investigación <input type="checkbox"/> b. Fecha de la lesión _____ c. Lugar donde ocurrió la lesión (calle, casa, finca, etc.) _____ d. ¿Cómo se produjo la lesión? _____ e. ¿La lesión se produjo mientras trabajaba? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17a. ¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
18. Si fue operado, causa que motivó la operación: fecha _____	
20. Certifico que atendí al difunto(a) desde: El día _____ mes _____ de 199__ Hasta el día _____ mes _____ de 199__	
21. Médico: Nombre(s) y Apellido(s) _____ Firma: _____	

E. DATOS DEL REGISTRO

22. Nombre del Informante: _____	Parentesco con el difunto: _____
23. Fecha de Registro: _____	Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVIASE A: Dirección de Estadística y Censo - Contraloría General de la República.
 (Dentro de los 8 días, después de ocurrida la defunción)



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO POST CESAREA

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL POST CESAREA.

1. Después de una cesárea, el parto vaginal puede tomarse en consideración en algunos casos, si la causa de la cesárea anterior no persiste actualmente.

En mi caso, la indicación que condicionó la primera cesárea fue:

2. No es aconsejable un parto por vía vaginal con cesárea previa, en caso de embarazo actual múltiple, presentación fetal anormal, ciertas patologías fetales o persistencia de la circunstancia que indicó la primera cesárea. Siempre cuando no haya dudas sobre la condición de la cicatriz de la cesárea anterior.

3. En el caso de una cesárea previa, a causa de la cicatriz existente en el útero, existe el riesgo de una dehiscencia o ruptura de ésta hasta en 2 de cada 100 casos aproximadamente. Los síntomas de dicha ruptura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración o quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha ruptura puede ser de presentación repentina y muy rápida, con repercusiones graves para la madre y el niño.

4. De requerirse el uso de anestesia/analgesia regional, el caso será evaluado por el anestesiólogo. El uso de bloqueo regional no interfiere significativamente con el diagnóstico y ni con el manejo de una potencial complicación de ruptura uterina. Esta manera de controlar el dolor permite una gran comodidad a la embarazada durante la labor, ventaja que seguramente supera los riesgos.

5. Además de las bajas probabilidades de que se produjese una ruptura uterina entre los riesgos que asumo y acepto, también se me explican las posibilidades de muerte del feto y la extirpación urgente del útero, esto último con sus consecuencias y riesgos propios de la operación (p.e. pérdida permanente de la menstruación, imposibilidad de futuras gestaciones, hemorragia interna con choque hipovolémico, trastornos de la coagulación, necesidad urgente de transfusión, infecciones o lesiones de otros órganos pélvicos).

6. He comprendido las explicaciones que me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo. La persona que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

7. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

8. Por ello, manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos de la propuesta de asistencia al parto vaginal con cesárea previa. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una ASISTENCIA AL PARTO VAGINAL POST CESAREA en

_____ (Lugar y fecha)

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO _____

REVOCACIÓN

Yo _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento presentado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, y que doy por finalizado en esta fecha: _____

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO/ REPRESENTANTE LEGAL De la Srta/Sra: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo que se prosiga con el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha _____ por finalizado.

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO/ REPRESENTANTE LEGAL



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una
OPERACIÓN CESAREA

1. La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal.

2. El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de mi gestación y/ o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto, y, por lo tanto, no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para mi futuro hijo y para mí.

3. En mi caso concreto, la indicación es: _____

a. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

b. La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata), tales como: hemorragia, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada, y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/ o eventración posquirúrgica.

c. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

d. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

1. Anestesia: La cesárea requiere anestesia, que será valorada por el Servicio de Anestesia, y también atención especializada del recién nacido de forma inmediata a su extracción, por personal cualificado.

2. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

3. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

4. También comprendo que en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

5. Por ello manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

6. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una CESAREA PREVIA en

_____ (Lugar y fecha)

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta Fecha: _____ por finalizado.

Firma de la paciente _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

De la Srta/Sra: _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha _____ por finalizado.

EL/LAMÉDICO _____ EL/LACÓN YUGUE _____



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
Me ha explicado que es necesari/conveniente proceder, en mi situacion, a realizar una
INDUCCIÓN DEL PARTO _____

1. La inducción del parto consiste en proceder a la finalización de la gestación, bajo vigilancia de la frecuencia cardiaca fetal, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado, siendo los más frecuentes de forma individual o combinada:

- a. Rotura de la bolsa amniótica.
- b. Administración intracervical de gel de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
- c. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.
- d. Administración de prostaglandinas intramusculares o intravenosas, que sólo se emplean para la inducción de fetos muertos.

2. A pesar de que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados, no se puede considerar que los diferentes procedimientos no puedan condicionar complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:

- a. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica.
- b. Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
- c. Fracaso de la inducción.
- d. Rotura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
- e. Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la rotura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
- f. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de una cesárea abdominal para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

3. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

4. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

5. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

6. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento.

7. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una INDUCCIÓN DEL PARTO en

_____ (Lugar y fecha)

LA PACIENTE

EL/LA MÉDICO

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta Fecha: _____ por finalizado.

FIRMA DE LA PACIENTE _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

De la Srta/Sra: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy en esta fecha _____ por finalizado.

CONYUGE O PAREJA DE HECHO _____ MÉDICO/A



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL CONSENTIMIENTO INFORMADO
PARA LEGRADO EVACUADOR OBSTETRICO

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____
Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una
LEGRADO EVACUADOR OBSTETRICO _____

1. El principal propósito del legrado evacuador es limpiar la cavidad endometrial de restos ovulares. A veces puede ser necesario un segundo legrado para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto diferido.

2. La intervención consiste en dilatar el cuello uterino si es preciso, y extracción de restos ovulares con el material quirúrgico apropiado o bien por aspiración. En algunos casos es necesario colocar el día anterior a la evacuación tallos de laminaria para lograr la dilatación cervical, asociado a la aplicación de goteo intravenoso de oxitocina.

3. El legrado evacuador sólo se puede practicar por vía vaginal.

4. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

5. Las complicaciones específicas del legrado evacuador, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero.
- Persistencia de restos.

6. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

7. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

a. Cuidados: Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

b. Anestesia: El legrado evacuador precisa anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

c. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

d. Anatomía Patológica: Todo el material extraído en la intervención se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

8. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

9. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

10. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

11. Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una LEGRADO EVACUADOR OBSTETRICO en

_____ (Lugar y fecha)

LA PACIENTE

MÉDICO/ A

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta Fecha: _____ por finalizado.

Firma de la paciente _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO de la Srta/Sra: _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha _____ por finalizado.

EL/LAMÉDICO _____ EL/LACÓN YUGUE _____



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Direccion Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

1. Que el DOCTOR/A _____
Me ha explicado que es necesari/conveniente proceder, en mi situacion, a realizar una
REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ _____

2. Se trata de una intervención quirúrgica que consiste en reconstruir el periné de la forma más anatómica posible para conseguir una función muscular normal.

La intervención quirúrgica que se realice va a depender del deterioro de las diversas estructuras afectadas (vulva, vagina, músculos incluyendo el esfínter del ano, recto...etc.).

3. En mi caso concreto la intervención que se me realizará será: _____

4. Complicaciones o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.

Las complicaciones específicas potenciales de la intervención, pueden ser:

- a. Hematoma perineal.
- b. Infección de la herida quirúrgica.
- c. Dolores perineales y coitalgia.

Excepcionalmente puede aparecer:

- a. Incontinencia fecal.
- b. Fístula recto vaginal
- c. Necesidad de reintervención quirúrgica.

5. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.

6. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____

a. Cuidados: Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

b. Anestesia: La intervención precisa efectuarse bajo anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

c. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

d. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

7. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

8. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presto.

9. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

10 Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una REPARACIÓN QUIRÚRGICA DEL PERINÉ en

_____ (Lugar y fecha)

LA PACIENTE

MEDICO/ A

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta Fecha: _____ por finalizado.

FIRMA DE LA PACIENTE _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

De la Srta/Sra: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy en esta fecha _____ por finalizado.

CONYUGE O PAREJA DE HECHO _____ MÉDICO/A _____



MINISTERIO DESALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO
(DIU)

Srta/Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. _____
Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

1. Que el DOCTOR/A _____ me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es un Dispositivo intrauterino (DIU), del modelo: _____
2. El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.
3. La colocación del DIU y del modelo serán indicados en consulta ambulatoria por el ginecólogo, que me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.
4. Complicaciones y/o riesgos y fracasos:
 - a. En el momento de la inserción: Dolor, perforación uterina, reacción vaso-vagal, infección en un período menor de un mes, pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.
 - b. En la evolución:
 - Gestación (1-3%), si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto y de embarazo ectópico. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es mayor en el 1º año, entre 1-3%.
 - Descenso y expulsión, puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
 - Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado intermenstrual, así como disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.
 - Dolor.
 - Migración a cavidad abdominal con las complicaciones subsiguientes.
 - c. En su extracción:
 - Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.
 - En caso de producirse alguna de estas complicaciones el ginecólogo me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser: Extracción en presencia de gestación o infección, tratamiento antibiótico, laparoscopia/microlaparotomía si hay perforación o embarazo ectópico, histeroscopia...
5. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____
6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.
7. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) modelo: _____ en _____ (Lugar y fecha)

LA PACIENTE

EL MEDICO/A

Representante Legal en caso de incapacidad

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta Fecha: _____ por finalizado.

Firma de la paciente _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

De la Srta/Sra: _____ REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha _____ por finalizado.

EL/LAMÉDICO _____ EL/LACÓNYUGUE _____



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE VASECTOMIA

Sr: _____ Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Teléfono: _____
Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

DECLARO

1. Que el DOCTOR/A _____ me ha explicado que puedo optar a que se me realice una INTERVENCIÓN DE VASECTOMIA, considerada, en principio como irreversible. En algunos casos esta intervención puede ser necesaria o conveniente.
2. Mediante esta técnica se trata de obtener la infertilidad.
3. La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de esterilización masculina permanente, pero es posible reconstruir la continuidad del conducto deferente en determinadas circunstancias y sin totales garantías de éxito.
 - a. Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos a través de sus respectivos conductos deferentes, esta interrupción se realiza mediante sección del conducto deferente y ligadura de ambos extremos.
 - b. Se realiza con anestesia local a través de dos pequeñas incisiones en la raíz del escroto cerca de la base del pene, o de una sola incisión en el rafe.
 - c. A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse complicaciones comunes a toda intervención quirúrgica, y específicas al procedimiento, como reacciones alérgicas al anestésico local, con intensidad variable, infección o sangrado de la herida quirúrgica, cicatrización anómala, dolor testicular o inflamación e infección del testículo y/o del epidídimo.
4. El médico me ha explicado y advertido sobre la no efectividad inmediata del método y el riesgo de la falla del mismo por repermabilización espontánea de forma precoz y tardía, lo que conllevaría a la posibilidad de embarazo; lo que he comprendido en su totalidad.
5. Se me informo sobre la necesidad de seguir utilizando métodos anticonceptivos seguros adicionales hasta 3 meses después del procedimiento y que se realicen por lo menos 2 espermogramas de control que demuestren la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado, (Azoospermia).
6. Para la realización de esta técnica debe haber una preparación previa.
 - a. Lavado de genitales con agua y jabón
 - b. Rasurado del vello púbico y del área quirúrgica.
7. Debo advertir sobre mis antecedentes médicos.
 - a. Alteraciones de coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, alergias, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.
8. Después de la intervención debo guardar reposo relativo por lo menos 48 horas, curar diariamente las heridas y realizar los espermogramas según lo establecido.
9. Ante cualquier complicación, (dolor, sangrado, inflamación etc.) acudir inmediatamente al centro de atención médica.
10. He comprendido todas las explicaciones dadas y se me han aclarado las dudas por parte del médico.

11. Tengo la potestad de negarme al procedimiento sin explicación y revocar el consentimiento que ahora firmo.

12. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

13. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una INTERVENCIÓN DE VASECTOMIA

En _____
(Lugar y fecha)

LA PACIENTE

MÉDICO/ A

Representante Legal en caso de incapacidad

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL
DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en
fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con
esta Fecha: _____ por finalizado.

FIRMA DE LA PACIENTE _____ EL/LAMÉDICO _____
EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO
De la Srta/Sra: _____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo
proseguir el tratamiento propuesto, que doy en esta fecha _____ por finalizado.

CONYUGE O PAREJA DE HECHO _____ MÉDICO/A _____



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE OCLUSIÓN TUBÁRICA

Sr: _____ Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. : _____
Lugar de Trabajo: _____ Tel. del Trabajo: _____

DECLARO

1. Que el DOCTOR/A _____ me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBARICA, considerando, en principio como irreversible.
2. La intervención de oclusión tubárica consiste básicamente en la interrupción de la continuidad de las trompas de falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.
3. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:
 - a. Microlaparotomía.
 - b. Laparoscópica.
 - c. Histeroscópica.
 - d. Vaginal.
 - e. Postcesárea (Se puede realizar asimismo al término de la intervención Cesárea).
4. Aun siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una nueva gestación. Este porcentaje de fallo es de 0,4-- 0,6%.
5. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.
6. Asimismo pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:
 - a. Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos).
 - b. Postoperatorias:
 1. Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia).
 2. Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragias).
7. Imprevistos: Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.
8. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____
9. Alternativas: Existen otros métodos de contracepción no definitivos:
 - a. Métodos de barrera.
 - b. Anticoncepción hormonal.
 - c. Contracepción intrauterina.
 - d. Métodos naturales.

10. Anestesia: Estas técnicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia o médico anestesiólogo particular.

11. Transfusiones: No se puede descartar a priori que en el transcurso de la intervención programada surja la necesidad de una transfusión sanguínea, que, en todo caso, se realizaría con las garantías debidas y por el personal facultativo cualificado para ello.

12. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

13. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el médico ginecólogo-obstetra que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

14. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.

15. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.

16. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una INTERVENCIONES DE OCLUSIÓN TUBARICA
En _____

LA PACIENTE

MÉDICO/ A

EL CONYUGE O PAREJA DE HECHO

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL
DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en
fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con
esta Fecha: _____ por finalizado.

FIRMA DE LA PACIENTE _____ EL/LAMÉDICO _____

EN CALIDAD DE CONYUGE O PAREJA DE HECHO

De la Srta/Sra: _____ REVOCO el
consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el
tratamiento propuesto, que doy en esta fecha _____ por finalizado.

CONYUGE O PAREJA DE HECHO _____ MÉDICO/A _____

VARIABLES LIBRO DE PARTO

Nº	Nombre de la paciente	Cédula										