REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN No. 57
(De 28 de enero de 2019)

Que adopta las Normas Técnicas y Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer

EL MINISTRO DE SALUD
en uso de sus facultades legales,

CONSIDERANDO:

Que el artículo 109 de la Constitución Política de la República de Panamá, establece que es función esencial del Estado velar por la salud de la población y el individuo como parte de la comunidad tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida esta como el completo bienestar físico, mental y social.

Que de conformidad con el Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969, el Ministerio de Salud tendrá a su cargo la responsabilidad de llevar a cabo las acciones de promoción, protección, reparación y rehabilitación de la salud, que por mandato constitucional son de responsabilidad del Estado y la determinación y conducción de la política de la salud del Gobierno; por lo que, esta investido de las prerrogativas y facultades que la Constitución y la Ley le otorgan.

Que el Decreto 75 de 27 de febrero de 1969, que dicta el Estatuto Orgánico del Ministerio de Salud establece dentro de las funciones generales del Ministerio de Salud, el mantener actualizada la legislación que regula las actividades del sector salud, los reglamentos y normas para el funcionamiento de los servicios técnico-administrativos y los manuales de operación que debe orientar la ejecución de los programas en el plano nacional, bajo patrones de funcionamiento de eficiencia comprobada.

Que el proceso de revisión de las Normas del Programa se ha realizado partiendo de los niveles regionales y locales, con participación de personal en la atención de la mujer y en la atención materno perinatal. Sus aportes fueron recopilados para una segunda etapa de trabajo en el nivel central, por un equipo técnico interdepartamental, interinstitucional e intersectorial, para la producción del documento final.

Que en la presente norma, el Ministerio de Salud, con apoyo del Proyecto Mesoamérica 2015 convocó un equipo técnico del nivel central del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social, a especialistas del Hospital Santo Tomás y del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, a consultores de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a representantes de Asociación Panameña para el Planeamiento de la Familia (APLAFA) y a gineco-obstetras de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología para su actualización.

Que estas normas y protocolos actualizados serán la base para implementar la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) que el Ministerio de Salud ha determinado llevar a cabo en un proceso progresivo en el país, comenzando en aquellas áreas de mayor vulnerabilidad y difícil acceso geográfico.

Que mediante esta estrategia se pretende organizar y garantizar la atención materna y neonatal focalizada en actividades que han demostrado ser exitosas en disminuirlas

Resolución No. 57 **de** 28 **de** enero **de 2019**
Que adopta las Normas Técnicas y Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer

principales complicaciones maternas y neonatales, desde el periodo pre concepcional y reproductivo, tales como la gestación, parto y puerperio, hasta el recién nacido/a de 28 días de vida, la que será brindada en redes de servicios de salud integradas por el sistema de referencia y contra-referencia desde la comunidad, mediante organizaciones sociales y comunitarias, hasta el nivel de atención de la mayor capacidad resolutiva, con el fin de garantizar el acceso y continuidad de la atención.

Que en atención a todo lo antes expuesto,

RESUELVE:

PRIMERO: Adoptar las Normas Técnicas y Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer en Panamá, que se reproduce en el Anexo I y que forma parte integral de la presente Resolución.

SEGUNDO: La presente Resolución empezará a regir a partir de su promulgación.

FUNDAMENTO DE DERECHO: Constitución Política de la República de Panamá, Decreto de Gabinete 1 de 15 de enero de 1969 y Decreto Número 75 de 27 de febrero de 1969.

COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE

REPÚBLICA DE PANAMÁ DESPACHO DEL MINISTRO MINISTERIO DE SALUD

DR. MIGUEL A. MAYO DI BELLO
Ministro de Salud

MINISTERIO DE SALUD SECRETARÍA GENERAL Ministerio de Salud pais Salud

ES FIEL COPIA DE SU ORIGINAL

Secretaria General
Ministerio de Salud 4-2-19

ANEXO 1

REPUBLICA DE PANAMA
DESPACHO DEL MINISTRO
salud
Ministerio de Salud
MINISTERIO DE SALUD

MINISTERIO DE SALUD
COORDINACION NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

NORMAS TÉCNICAS – ADMINISTRATIVAS Y PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

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

Año 2018

AUTORIDADES

Ministro de Salud
Dr. Miguel Mayo Di Bello

Vice-Ministro de Salud
Dr. Eric Javier Ulloa

Director General de Salud
Dra. Itza Barahona de Mosca

Sub-Director General de Salud de la Población
Dra. Felicia Tulloch

Coordinador Nacional de Salud Sexual y Reproductiva
Dr. Raúl E. Bravo Vásquez

Enfermera Coordinadora Programa de Salud Sexual y Reproductiva
Mgtra. Maritza Nieto de De Gracia

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Director General
Dr. Julio Garcia Valarini

Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud
Dr. Erik Perdomo

Jefa del Programa Materno Infantil
Dra. Sara Edith Campana Soto

Luego de la elaboración, validación, difusión e implementación de las Normas Técnicas Administrativas y Protocolos de Atención del Programa de Salud Integral de la Mujer 2015 se inicia, desde el primer día de vigencia de las mismas, la revisión y recopilación de las recomendaciones de los usuarios. Esto debido a que sabemos que el conocimiento en salud va aumentando, variando, evolucionando e invariablemente cambiando debido a la medicina basada en la evidencia. Así solo 3 años después presentamos este documento con algunos cambios que sabemos deberán ser revisados periódicamente.

Sección de Salud Sexual Reproductiva.

Diciembre de 2018.

INDICE

No. pág.

Agradecimiento
Integrantes del Equipo técnico para la revisión de las normas
Colaboradores y participantes en los talleres de Revisión Final, Adecuación y Validación
Listado de acrónimos
Presentación 17
Introducción 19

Capítulo I. Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer

I. Propósito 22
II. Objetivos Generales 22
III. Objetivos Específicos 22
IV. Alcance de las Normas Técnicas-Administrativas 23
V. Población Objetivo 23
VI. Marco Regulatorio 24
A. Constitución de la República de Panamá. 24
B. Código Sanitario de la República de Panamá 25
C. Código de la Familia de la República de Panamá 25
D. Leyes 25
E. Decretos Ejecutivos. 25
F. Políticas y Lineamientos. 26
G. Normas, Guías y Protocolos de Atención de Salud Sexual y Reproductiva 27
H. Resoluciones Ministeriales. 27
I. Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá. 28
VII. Principios y Definiciones 28
A. Curso de Vida. 28
B. Atención Integral. 29
C. Educación en Salud. 29
D. Investigación. 29
E. Medicina Basada en la Evidencia Científica. 29
F. Administración. 29
G. Concepto de Riesgo. 29
H. Interculturalidad en Salud. 29
I. Pertinencia Cultural. 30
J. Enfoque de Género. 30
VIII. Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva. 31
A. Unidades Técnico- Administrativas. 31
1. Nivel Nacional. 31
2. Nivel Regional. 15
3. Nivel Local. 15
B. Regionalización y Sectorización de los Servicios de Salud Redes de servicios. 32
1. Niveles de Atención. 32
2. Equipos de Salud. 33
3. Rendimiento. 34
4. Tecnología Apropiada. 34
5. Proyección Comunitaria. 35
6. Programación, Supervisión y Evaluación. 35

Capítulo II Elementos Técnicos Normativos

A. Normas de Atención Materna y Neonatal 36
1. Atención Preconcepcional 36
a. Objetivos específicos 36
b. Normas de atención. 36
2. Control prenatal 37

a. Objetivos específicos 37
b. Normas de atención. 37
3. Atención del parto, nacimiento y postparto 40
a. Objetivos específicos. 40
b. Atención del Parto y del Neonato 24
c. Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer 43
B. Protocolos 44
1. Protocolo de control prenatal 44
a. Actividades en todos los controles 44
b. Actividad en el primer control prenatal 45
2. Protocolo de evaluación y monitoreo del estado nutricional de la embarazada. 50
3. Protocolo de atención del parto 61
a. Admisión en recibo de la paciente en labor de parto. 61
b. Atención en la sala de labor y parto. 62
c. Uso del Partograma. 65
d. Período expulsivo-nacimiento del bebe 68
e. Período placentario o de alumbramiento. 72
f. Reparación de desgarros y la episiotomía. 73
4. Protocolo de Evaluación y atención inmediata del recién nacido 73
a. Atención inmediata. 74
b. Evaluación y cuidados rutinarios del recién nacido 77
c. Atención Pediátrica. 79
d. Pruebas de Tamizaje metabólico neonatal 80
5. Protocolo de cuidado del puerperio inmediato y mediato. 80
a. Puerperio inmediato y mediato. 80
b. Atención ambulatoria del puerperio normal 85
c. Diez pasos para la lactancia materna exitosa. 86
6. Normas para la interrupción del embarazo 87
a. Por indicación legal. 87
b. Por indicación médica. 87
7. Indicación y práctica de la operación cesárea 88
a. Antecedentes 88
b. Normas generales para la vigilancia de la práctica de la cesárea 89

Capítulo III. Normas de Atención de Salud Integral de la Mujer 91
I. Atención Ginecológica 91
A. Normas de atención integral de la mujer 91
II. Ginecología Infanto Juvenil 92
A. Normas 92
III. Climaterio y menopausia 93
A. Protocolo 93
IV. Prevención y control del cáncer cérvico uterino. 98
A. Protocolo. 98
V. Detección oportuna del cáncer de mamas 100
VI. Infecciones de transmisión sexual 101
VII. Atención de la pareja infértil 102

Capítulo IV. Normas de Planificación Familiar 104
I. Objetivo General 104
II. Objetivos Específicos 104
III. Estrategias del Programa 104
A. Respuesta a los derechos de los usuarios de los servicios de planificación familiar 104
B. Promoción de los Derechos sexuales y reproductivos 105
C. Aplicación del enfoque de Género 106
D. Dispositivos Generales 106
IV. Componente Administrativo 107
A. Funciones del Nivel Central. 107
B. Funciones del Nivel Regional. 108

C. Funciones del Nivel Local. 108
D. Competencia de los proveedores en la atención en planificación familiar y salud reproductiva. 109
V. Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar 110
A. Programación 110
B. Promoción de los métodos anticonceptivos 110
C. Contenidos de los mensajes 110
D. Capacitación 111
E. Consejería 111
F. Sistema de información 112
G. Sistema Logístico 112
H. Directrices técnico administrativas de logística 113
VI. Programas comunitarios de Planificación Familiar 110
A. Protocolos 110
VII. Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos 115
A. Clasificación 115
1. Temporales 115
2. Permanentes 115
VIII. Criterios de elegibilidad para la selección del método anticonceptivo 116
IX. Métodos Anticonceptivos 117
1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina. 117
2. Hormonales orales que sólo contienen progestina. 121
3. Anticoncepción de emergencia. 123
4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógenos y progestina. 125
5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina. 129
6. Método hormonal parche anticonceptivo combinado. (PAC). 131
7. Método hormonal con anillos vaginales (AVC). 134
8. Método hormonal subdérmico. 138
9. Dispositivos intrauterinos. 150
9.1. DIU 150
9.2. Dispositivos intrauterinos con progestina(SIU-LNG) 155
10. Esterilización total o permanente. 162
a. Oclusión tubárica bilateral. 162
b. Vasectomía. 164
11. Condón o preservativo. 167
12. Condón femenino. 169
13. Espermicidas. 170
14. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica. 172
14.1.Método del Calendario, del Ritmo o de Ogino-Knaus 173
a. Técnica del Método de la Temperatura. 173
b. Técnica del Método del Moco Cervical o de Billings. 174
c. Técnica del Método Sintotérmico. 174
14.2.Método de la lactancia materna (MELA) 175

Capítulo V. Guías para la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal.

Introducción 177
Antecedentes. 177
I. Objetivos de la Vigilancia de la Muerte Materna y Perinatal. 179
A. Propósito. 179
B. Objetivo General. 180
C. Objetivos Específicos. 180
D. Elementos Esenciales del Sistema de Vigilancia. 180
E. Subsistemas y procesos de la Vigilancia de las Muertes Maternas. 181
a. Definiciones 181
b. Procesos básicos 182
c. Flujo de información 182
F. Normas para la notificación e investigación de muertes maternas 183

1. Notificación de muertes maternas 183
2. Investigación de las muertes maternas. 185
3. Evaluación de la vigilancia. 188
4. Medidas de prevención y control. 188
G. Normas para a notificación e investigación de muerte perinatal. 188
H. Metodología para la recolección y transferencia de la formación desde el nivel local de salud hasta el nivel central. 190
1. Investigación epidemiológica 190
2. Evaluación De vigilancia 191
3. Métodos de prevención y control. 191
II. Miembros y funciones de las comisiones según niveles. 191
A. Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal. 191
1. Funciones de la Comisión Nacional. 192
B. Comisión Regional de Mortalidad Materna y Perinatal. 193
1. Funciones de la Comisión Regional 193
2. Funciones específicas de los miembros del Comité Regional 193
C. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalario. 194
1. Funciones específicas del Comité Hospitalario. 195
2. Nivel Hospitalario: Funciones específicas del Comité Hospitalario. 195
D. Comité Local de Mortalidad Materna y Perinatal. 196
1. Funciones del nivel local 196

Bibliografía 197

ÍNDICE DE CUADROS

	No. pág.
Cuadro 1. Rendimiento consultas Gíneco-obstetra	34
Cuadro 2. Distribución de controles prenatales según médico y enfermera	45
Cuadro 3. Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia	55
Cuadro 4. Esquema indicación de Hierro y Ac. Fólico en Embarazadas	56
Cuadro 5. Medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas.	58
Cuadro 6. Adaptado del CLAP, Salud de la Mujer y Reproductiva. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS.	60
Cuadro 7. Puntuación de Apgar	76
Cuadro 8.Categorías de Elegibilidad establecidos por la OMS	116
Cuadro 9. Subsistemas en el Proceso de vigilancia de la muerte materna Perinatal	181
Cuadro 10. Funciones de los Miembros del Coomité Regional	193
Cuadro 11. Nivel Hospitalario funciones específicas del comité hospitalario	195

ÌNDICE DE TABLAS

	No. pág.
Tabla 1. Ganancia de peso materno según estado nutricional inicial	51
Tabla 2. Ganancia de peso materno según índice de masa corporal pregestacional para embarazo múltiple.	51
Tabla 3.Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana gestacional.	53
Tabla 4.Competencia de los proveedores en la atención en planificación familiar y salud reproductiva.	109
Tabla 5. Categorías según características personales e historia reproductiva.	117
Tabla 6. Formulación de hormonales combinados orales.	118
Tabla 7. Criterios de elegibilidad.	150

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	No. pág.
Gráfica 1. Clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC	52
Gráfica 2. Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.	54

ÍNDICE DE ANEXOS

	No. pág.
Anexo 1. MINSA/CSS. Formulario de auditoría de muerte materna.	199
Anexo 2. MINSA/CSS. Formulario de autopsia verbal/SVEMM.	206
Anexo 3. MINSA/CSS Formulario de auditoría de muerte perinatal.	210
Anexo 4. Notificación de Muertes Maternas.	215
Anexo 5. Consolidado de muertes perinatales.	217
Anexo 6. Formulario de Programación – Evaluación del Programa de Salud Integral de la Mujer.	219
Anexo 7. Historia Clínica Perinatal CLAP/SMR/OPS/OMS	223
Anexo 8. Historia Clínica Perinatal, reverso	224
Anexo 9. Historia clínica post aborto CLAP/SMR OPS/OMS.	229
Anexo 10. Formulario de admisión post aborto.	230
Anexo 11 Certificado de defunción fetal.	231
Anexo 12 Certificado de Defunción.	232
Anexo13. Certificado de Nacimiento Vivo.	233
Anexo 14. Seguimiento de caso	234
Anexo 15. Registro y Seguimiento de la partera.	237
Anexo 16. Hoja de registro del parto para parteras.	238
Anexo 17. Hoja de referencia de la partera.	239
Anexo 18. Esquema de vacunación de mujeres en edad fértil.	242
Anexo 19 Consentimiento informado para asistencia al parto post cesarea	244
Anexo 20. Consentimiento informado para operación cesarea.	246
Anexo 21. Consentimiento informado para inducción del parto	248
Anexo 22. Consentimiento informado de aspiración manual endouterina AMEU	250
Anexo 23. Consentimiento informado para insercion de un dispositivo intrauterino DIU.	253
Anexo 23ª. Consentimiento informado para inserción de implante subdérmico	255
Anexo 24. Consentimiento informado para intervencion de vasectomía.	257
Anexo 25. Consentimiento informado para intervenciones de oclusión tubárica.	259
Anexo 26. Formulario del Sistema Único de Referencia y Contra-referencia Acotado a CONE.	262
Anexo 27. Formulario del programa APA – AMEU.	271
Anexo 28. Expediente clínico odontológico.	274
Anexo 29. Colposcopia.	278
Anexo 30. Solicitud para evaluación citológica.	279
Anexo 31. Tarjeta para prevención del cáncer cervico uterino.	281
Anexo 32. Programa Materno Infantil.	283
Anexo 33. Control Puerperal.	289
Anexo 34. Formulario de solicitud de pruebas serológicas VIH.	291
Anexo 35. Tarjeta de planificación familiar.	292
Anexo 36. Flujograma para la atención materna y neonatal en una red CONE.	294
Anexo 37. Atención Preconcepcional.	302
Anexo 38. Evolución de control prenatal.	312
Anexo 39. Registro diario de atividades.	314
Anexo 40. Imágenes de tecnologías.	316
Anexo 41. Tratamiento de sífilis	320
Anexo 42. Resultado e interpretación de las pruebas serológicas de Sífilis	323

Agradecimiento

El Ministerio de Salud agradece a todas las Instituciones Públicas y Organizaciones No Gubernamentales y a todos los funcionarios que han participado en el proceso de revisión y actualización de estas Normas Técnico – Administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

Integrantes del Equipo Técnico para la Revisión de las Normas

Ministerio de Salud
Dr. Raúl E. Bravo Vásquez
Coordinador Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva

Lic. Maritza Nieto de De Gracia
Enfermera Coordinadora Nacional de SSyR

Dra. Isabel Lloyd Martín
Apoyo Técnico al Programa Nacional de SSyR

Dra. Adriana Chung
Programa Nacional de Niñez y Adolescencia

Caja de Seguro Social
Dra. Sara Edith Campana
Jefa del Programa Materno Infantil

Lic. Adela de Ayarza
Enfermera Coordinadora del Programa Materno Infantil

Lic. Natividad Mendoza
Enfermera en la Coordinación Programa Materno Infantil CSS

Hospital Santo Tomás
Dra. Geneva González
Jefa de la Sala de Partos

Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid
Dr. Jorge Ng
Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Hospital del Niño
Dr. Alberto Bissot
Jefe del Servicio de Neonatología

Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología

Dr. Roberto Epifanio
Presidente de la SPOG

Dr. Jaime Sánchez
Ginecólogo-Obstetra SPOG

Región Metropolitana de Salud
Dra. Magalli Moreno de Zevallos
Coordinadora Regional de SSyR

Región de San Miguelito
Dr. Gustavo Gil
Coordinador Regional de SSyR

Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Dr. Luis Sarmiento
Consultor OPS/OMS/PAN

APLAFA
Lic. Angélica Beros

Dra. Lissette Selva

Colaboradores y Participantes en los Talleres de Revisión Final, Adecuación y Validación

Adela de Ayarza
Alcibiades N. Solis
Alfredo Junca F.
Ana Cecilia Montenegro
Aracelly Barahona
Aura Sosa de Guerra
Carlos Padmore
Crescencio Gaona S
Cristóbal A. de Urriola
Cristobalina Batista
Damaris Ábrego
Delfina Rueda
Dilia Vergara
Diselva Jaén
Edith Ortega
Eric de León
Esteban Ruíz
Felipa Víques N.
Filadelfia Córdoba
Francisco Caballero
Fulvia de Lasso de la Vega
Geneva Gonzalez
Gerardo L. Lezcano C.
Gilberto Edwards
Gustavo Gil
Hermes Pimentel
Jacqueline Yankus
Jasmina P. de Mela
José S. Peñate
Kenneth Williams
Liliana E. Barrios T.
Mack Preston
Madelaine Castro Ríos
Magalli M. de Zevallos
María Pino
Maritza Fernández
Maritza Nieto de De Gracia
Maytee Pinzón Bernal.
Max Ramirez
Melissa del C. Chung
Melissa Vásquez
Natividad Mendoza
Nilsa E. Cepeda
Noelia Mendoza
Norberto Villalaz
Odalis Siniterra
Paulino Vigil De Gracia
Raúl E. Bravo Vásquez
Raúl Quijada
Roberto Murgas
Rocío Arjona C.
Rodolfo Yi Cruz
Rodrigo Arosemena
Rolando Pinilla Jaén
Sara E. Campana
Sugey Fong
Vielka Campos
Vielka Ramírez
Yanneth Willians
Yolanda Ávila
Zonia Gónzalez

Listado de Acrónimos

AE	Anticoncepción de Emergencia.
AMEU	Aspiración Manual Endouterina.
APA	Atención Post Aborto.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
AU	Altura Uterina
CACU	Cáncer Cérvico Uterino
CINUP	Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá.
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.
CPI	Consulta Prenatal Intensiva.
CPN	Control Prenatal.
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas.
CS	Centro de Salud.
CSC	Centro de Salud con Camas.
CSS	Caja del Seguro Social.
DIU	Dispositivo Intra Uterino.
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
DRS	Dirección Regional de Salud.
EBS	Equipo Básico de Salud.
ECS	Equipo Comunitario de Salud.
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
EFC	Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud.
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
FCF	Frecuencia Cardiaca Fetal
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
IMC	Índice de Masa Corporal
MATEP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto.
MBE	Medicina Basada en Evidencia.
MEF	Mujeres en Edad Fértil
MEF	Mujeres en Edad Fértil.
MELA	Método De Lactancia Amenorrea
MINSA	Ministerio de Salud.
OE	Organizaciones Extrainstitucionales.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAE	Pastillas de Anticoncepción de Emergencia.
PAI	Programa Ampliado de Inmunización.
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud Fortalecido con AIN-C.

PTMI	Prevención de la Transmisión Materno infantil
PF	Planificación Familiar.
PIB	Producto Interno Bruto.
PS	Puesto de Salud.
PSPV	Protección a la Salud de Poblaciones Vulnerables.
RAM	Ruptura Artificial de Membranas
RCI	Restricción del Crecimiento Fetal
REM	Ruptura espontanea de membranas
RN	Recién Nacido.
RO	Reglamentos Operativos.
SCS	Sub Centro de Salud.
SR	Salud Reproductiva.
UBA	Unidad Básica de Atención.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud Administrativa Financiera.
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Presentación

La elaboración, revisión, actualización e implementación de todas las Normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva de la mujer, han sido algunas de las funciones que con mayor esmero y constancia se han realizado, de forma periódica, cada 4 a 5 años desde la década de los años 90. Este programa es probablemente el que con mayor cantidad de normas cuenta, en donde se destacan las Normas de Salud Integral de la Mujer, con sus componentes de Atención del Embarazo, Parto y Puerperio; Planificación Familiar; el Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal; el Manual para las Enfermeras Facilitadoras para la Capacitación de Parteras; las Normas o Guías para el Manejo de las Complicaciones del Embarazo; las Normas de Prevención y Detección; Guías de Manejo y Seguimiento de las Lesiones Preinvasoras del Cuello Uterino; las Guías de Atención Ginecológica, así como las Normas de Salud Reproductiva Infanto-Juvenil.

El proceso de revisión de las Normas del Programa se ha realizado partiendo de los niveles regionales y locales, con participación de personal en la atención de la mujer y en la atención materna perinatal. Sus aportes fueron recopilados para una segunda etapa de trabajo en el nivel central, por un equipo técnico interdepartamental, interinstitucional e intersectorial, para la producción del documento final. La última revisión de las Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer fue en el año 2007 y en el año 2009 fueron actualizadas las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo.

.

En esta oportunidad, el Ministerio de Salud, con apoyo del Proyecto Mesoamérica 2015, convocó un equipo técnico del Nivel Central del MINSA y la Caja de Seguro Social, Especialistas del Hospital Santo Tomás y del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid, consultores de la OPS; representantes de APLAFA y Gineco-obstetras de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología para su actualización.

El grupo de expertos realizó un proceso minucioso de revisión de la bibliografía científica más actualizada disponible, consultó las Políticas, Normas y Leyes relacionadas a la Salud, así como los lineamientos técnicos de Organismos Internacionales de relevancia en el campo de la salud reproductiva, para producir un documento de Normas Técnicas - Administrativas y Protocolos de Atención actualizados, de gran valor para contribuir a asegurar una atención de salud de calidad a las mujeres de nuestro país, con un enfoque de derechos, con respeto a la diversidad socio-cultural, poniendo énfasis en la prevención y detección de situaciones de riesgo de complicaciones en todos los niveles de atención.

Este enfoque requiere de una mayor y más activa participación de la mujer, la familia y la comunidad tanto en la prevención como en el reconocimiento oportuno de las señales de peligro y en la adecuada búsqueda de ayuda y traslado para la atención profesional, asociada con una oferta de atención de calidad de los servicios de salud que responda con eficiencia en base a la evidencia científica disponible, para prevenir, detectar oportunamente y tratar las complicaciones maternas y neonatales que son la causa principal de la morbi-mortalidad de las mujeres y sus bebés.

Estas normas y protocolos actualizados serán la base para implementar la estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE), que el MINSA ha determinado llevar a cabo en un proceso progresivo en el país, comenzando en aquellas áreas de mayor vulnerabilidad y difícil acceso geográfico. Mediante esta estrategia se pretende organizar y garantizar la atención materna y neonatal focalizada en actividades que han demostrado ser exitosas en disminuir las principales complicaciones maternas y neonatales, desde el periodo pre-concepcional y reproductivo **(** gestación, parto y puerperio) hasta el recién nacido/a de 28 días de vida), la que será brindada en redes de servicios de salud integradas por el sistema de referencia y contra-referencia desde la comunidad (organizaciones sociales y comunitarias), hasta el nivel de atención de la mayor capacidad resolutiva, esto con el fin de garantizar el acceso y continuidad de la atención.

Es responsabilidad de todo proveedor de atención en salud sexual y reproductiva conocer estas normas, utilizarla y promoverla en su labor cotidiana, con la seguridad de que el esfuerzo en mejorar la calidad de atención del binomio madre-hijo, redundará en una disminución de muertes maternas y perinatales y que éste será el mejor indicador de salud que presentemos a nivel nacional e internacional.

Introducción

Desde la creación del Ministerio de Salud en el año 1969, la población materno infantil ha sido una prioridad; y las normas de atención para estos grupos más vulnerables fueron de las primeras en reglamentar las actividades de promoción, prevención, atención y rehabilitación en la creciente red de servicios del país, logrando progresivamente la extensión de cobertura de atención del parto, del recién nacido y de los niños menores de 5 años.

En la década de los 80 y hasta inicios de la década de los 90, proyectos tales como Supervivencia Infantil de la UNICEF, proyecto de Salud Materno Infantil de la Unión Europea, proyecto de Salud de la Mujer y de los Adolescentes del UNFPA, proyecto de Fortalecimiento de la Salud Materno Infantil en los SILOS de Santa Fe, proyecto para la Implementación del Modelo Moderno de Atención en el Post Aborto, de la Fundación Bergstrom, entre otros, ayudaron en aspectos de asesoría técnica, normalización, capacitación, dotación de insumos y de equipo médico-quirúrgico. Estas fuentes de financiamiento mermaron a comienzos de los años 90, cuando, gracias al avance de sus indicadores en salud el país fue sacado de la lista de países prioritarios para la ayuda internacional, por lo que el país ha procurado asumir su responsabilidad para sostener e incrementar los avances alcanzados.

En el año 1990 Panamá, como el resto de los países latinoamericanos, se adhiere a la Iniciativa en Pro de una Maternidad Segura, aprobada en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana. La meta era la reducción en un 50% de la mortalidad materna, mediante el desarrollo de un Plan Estratégico para incrementar la cobertura de atención profesional del parto, incremento de la capacidad y calidad de la entrega de servicios de atención en salud reproductiva, desde el primer nivel de atención y niveles de referencia por complejidad; implementación de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna; promoción de la participación social y programas de captación, educación y vinculación a los servicios de las parteras empíricas.

En los años siguientes, ante la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo en 1994, luego la Conferencia Cairo + 5, la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing 1995 y la Cumbre del Milenio en Nueva York en el año 2000, nuestro país reitera su compromiso con los objetivos de mejorar la salud sexual y reproductiva y reducir las muertes maternas e infantiles, así como acortar las diferencias entre los países industrializados y aquellos en desarrollo.

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". El consenso general fue reconocer el papel importante que desempeña la salud reproductiva y sexual en el ámbito social y económico en todos los países. La estrategia propuesta tiene como objetivos: mejorar la salud sexual y reproductiva, centrándose en 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 el flagelo que representa el HIV/SIDA; prevenir y controlar el cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas.

Desde el punto de vista del Marco Jurídico Nacional, se pueden destacar logros tales como la Ley del 4 de enero de 1999, por medio de la cual se establece la igualdad de oportunidades para la mujer; el Decreto Ejecutivo de febrero de 1999 que crea la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Ley 50 de noviembre de 1995, que promueve la lactancia materna y regula el uso de sucedáneos de la leche materna; la Ley General sobre las ITS y el VIH/SIDA del 3 de enero de 2000; la Ley 38 de julio de 2001 que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña o adolescente; la Ley del 29 de junio de 2002 que garantiza la salud y educación a las adolescentes embarazadas; la Ley 68 del 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de decisión libre e informada; el Compromiso Nacional a favor de la reducción de la mortalidad materna y perinatal del 13 de Diciembre de 2004; el Decreto Ejecutivo 546 de noviembre de 2005 que ordena la gratuidad de la

atención de salud de los niños menores de cinco años en todos los establecimientos del Ministerio de Salud; el Decreto Ejecutivo 428 de diciembre de 2004, modificado mediante el Decreto Ejecutivo del 5 de marzo de 2006, que ordena la gratuidad de la prestación de servicios y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud; la Declaración de Panamá del año 2013 que compromete a reducir las desigualdades en salud materno-infantil.

El Programa de Salud Integral de la Mujer, hoy conocido como Programa de Salud Sexual y Reproductiva, ha tenido logros significativos, tales como la implementación nacional de la Historia Clínica Perinatal Base y el Sistema Informático Perinatal; el desarrollo del Programa de Capacitación de Parteras Tradicionales y la Capacitación de Facilitadores de la Capacitación de Parteras Tradicionales; la formación a través de Cursos teórico-prácticos de más de 60 colposcopistas; la organización de la Escuela de Citología que graduó a 18 citotecnólogos; la conducción de todos los procesos de elaboración, revisión, actualización e implementación de todas las Normas relacionadas con la salud sexual y reproductiva; la Comisión Nacional Interinstitucional e Intersectorial de Muerte Materna y Perinatal y la implementación del Sistema de Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal; la implementación nacional del modelo APA-AMEU para mejorar la calidad de atención del aborto; la introducción de la Herramienta para la toma de decisiones en Planificación Familiar en todo el país.

Panamá ha logrado importantes avances en materia de salud sexual y reproductiva a través de las décadas, a medida que el país ha alcanzado un alto grado de desarrollo comparado con otros países de la región. La cobertura de atención profesional del parto es superior al 95% y el aumento ha sido más significativo en las áreas rurales, en donde se llega al 88%. A través de la planificación familiar los nacidos vivos de orden 1-2 se han duplicado, mientras que los de orden 4 y más disminuyen, tanto a nivel urbano como rural. El porcentaje de embarazos en adolescentes ha logrado mantenerse consistentemente en el 20% del total. La demanda insatisfecha de planificación familiar, según la Encuesta ENASSER 2009, es del 65.5%

Sin embargo, persisten en nuestro país grandes inequidades en cuanto a las metas de reducción de la mortalidad materna y perinatal. En un análisis del año 2011, mientras que en las provincias que han alcanzado un mayor grado de desarrollo y predominan las poblaciones de áreas urbanas, tales como Panamá, Colón, Coclé, Herrera y Los Santos, la razón de mortalidad materna en promedio es de 45/ 100,000 nacidos vivos, en las provincias de menor grado de desarrollo como Bocas del Toro, Darién, Veraguas, en donde hay un mayor porcentaje de población campesina e indígena y en las Comarcas, la razón de mortalidad materna promedio es de 201.7/100,000 nacidos vivos.

Este es un reto que tiene que afrontar no solamente el sector Salud, fortaleciendo el nivel primario y secundario con la disponibilidad efectiva de Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales (CONE) organizados en una red de atención continua, constituido el CONE ambulatorio, CONE básico y CONE completo, reconociendo que la atención calificada durante el periodo crítico de la atención del parto es la intervención singular más importante para prevenir la mortalidad materna y perinatal. Los demás sectores del desarrollo tienen igual grado de responsabilidad y será sólo el esfuerzo conjunto el que logre cerrar la brecha existente.

Capítulo I. Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer

I. Propósito

El Programa de Salud Sexual y Reproductiva tiene como propósito el mejoramiento y la protección de la salud sexual y reproductiva, mediante acciones de promoción, prevención y recuperación de la salud, basadas en la evidencia científica, con enfoque de género e interculturalidad, que conlleva al desarrollo integral de la mujer, su pareja e hijos, la gestante y el recién nacido y se proyecte hacia el bienestar de la familia y de la comunidad en su conjunto.

II. Objetivos Generales

- Determinar las acciones dirigidas a lograr la cobertura universal y la atención calificada de las mujeres, antes y durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.

- Establecer parámetros actualizados para los proveedores de salud, que permitan una óptima calidad de atención preventiva y curativa a las personas, con un enfoque holístico y sistémico, durante todo el curso de la vida.

- Definir las guías de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal que facilite su análisis por región y por causas específicas, así como la recomendación de intervenciones para la reducción de las mismas.

III. Objetivos Específicos

- Ofrecer atención integral, temprana, periódica y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, con amplia cobertura de mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas.

- Asegurar a las embarazadas el acceso a Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales -CONE ambulatorio, CONE Básico y CONE completo durante el embarazo, parto y el puerperio.

- Prestar óptimos cuidados inmediatos al recién nacido en base a la evidencia disponible, que incluyan el apego precoz y el inicio de la lactancia materna exclusiva.

- Mejorar la calidad de la atención en el post-aborto, incluyendo consejería pre y post procedimiento, tecnología óptima y prescripción de método anticonceptivo.

- Brindar servicios de calidad en Planificación Familiar para ofrecer a las usuarias y parejas los conocimientos y medios para regular la fecundidad.
- Orientar y referir para servicios especializados a parejas con problemas de infertilidad.

- Prevenir, detectar y tratar oportunamente las lesiones pre-invasoras del cuello uterino.

- Promover el autoexamen de mamas y el tamizaje imagenológico según riesgo.

- Mejorar el cuidado de la salud de la mujer en la menopausia y climaterio.

- Consolidar las Comisiones, Nacional, Hospitalarias, Regionales y Locales de Muerte Materna y Perinatal.

- Recopilar los datos útiles para clasificar las muertes maternas y perinatales, y detectar problemas asociados a la atención.

- Contar la información que permita dar recomendaciones para prevenir que se repitan posibles fallas en la atención y velar por el cumplimiento de las normas.

IV. Alcance de las Normas Técnicas-Administrativas

Estas normas **son de observancia obligatoria** en todas las Unidades de Salud, para la prestación de servicios de los sectores público, social y privado de la República de Panamá. Enumera los lineamientos para la organización, la prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de salud sexual y reproductiva.

V. Población Objetivo.

La población femenina del país y su pareja cuando corresponde, en las distintas etapas de su curso de vida, haciendo énfasis en:

- Mujeres en edad fértil.
- Embarazadas.
- Recién nacidos desde su nacimiento hasta el primer mes de vida.
- Puérperas. (hasta los 42 días posparto).
- Madres que lactan o necesiten atención por posibles dificultades con la lactancia.
- Mujeres de cualquier edad que requieran atención ginecológica.
- La pareja con necesidades de atención para la regulación de la fecundidad.
- La pareja con problemas de infertilidad.

VI. Marco Regulatorio

Documentos oficiales del país relativos a la salud sexual y reproductiva.

A. Constitución de la República de Panamá

Capítulo 2°, La Familia

Artículo 56. El Estado protege el matrimonio, la maternidad y la familia. La Ley determinará lo relativo al estado civil. El Estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de éstos a la alimentación, la salud, la educación y la seguridad y previsión sociales. Igualmente tendrán derecho a esta protección los ancianos y enfermos desvalidos.

Capítulo 6°, Salud, Seguridad Social y Asistencia Social

Artículo 109. Es función esencial del Estado velar por la salud de la población de la República. El individuo, como parte de la comunidad, tiene derecho a la promoción, protección, conservación, restitución y rehabilitación de la salud y la obligación de conservarla, entendida ésta como el completo bienestar físico, mental y social.

Artículo 110. En materia de salud, corresponde primordialmente al Estado el desarrollo de las siguientes actividades, integrando las funciones de prevención, curación y rehabilitación:

1. Desarrollar una política nacional de alimentación y nutrición que asegure un óptimo estado nutricional para toda la población, al promover la disponibilidad, el consumo y el aprovechamiento biológico de los alimentos adecuados.
2. Capacitar al individuo y a los grupos sociales, mediante acciones educativas, que difundan el conocimiento de los deberes y derechos individuales y colectivos en materia de salud personal y ambiental.
3. Proteger la salud de la madre, del niño y del adolescente, garantizando una atención integral durante el proceso de gestación, lactancia, crecimiento y desarrollo en la niñez y adolescencia.
4. Crear, de acuerdo con las necesidades de cada región, establecimientos en los cuales se presten servicios de salud integral y suministren medicamentos a toda la población. Estos servicios de salud y medicamentos serán proporcionados gratuitamente a quienes carezcan de recursos económicos.

Artículo 111. El Estado deberá desarrollar una política nacional de medicamentos que promueva la producción, disponibilidad, accesibilidad, calidad y control de los medicamentos para toda la población del país.

***Artículo 112*.** Es deber del Estado establecer una política de población que responda a las necesidades del desarrollo social y económico del país.

Artículo 115. Los sectores gubernamentales de salud, incluyendo sus instituciones autónomas y semiautónomas, intégrense orgánica y funcionalmente. La Ley reglamentará esta materia.

Artículo 116. Las comunidades tienen el deber y el derecho de participar en la planificación, ejecución y evaluación de los distintos programas de salud.

B. Código Sanitario de la República de Panamá

Título Tercero, Capítulo Primero. Artículo 154 **establece**: "Es primordial obligación del Estado la protección y asistencia gratuita de la maternidad y la infancia que comprende: La atención preventiva y la asistencia médico curativa y social de toda mujer durante el embarazo, parto y puerperio, hasta ocho semanas después del parto y de todo niño desde su nacimiento hasta el fin de la edad escolar".

C. El Código de la Familia de la República de Panamá

Título III, Capítulo II, Sección II, Artículo 699 **establece**: "El Estado ofrecerá en todos los núcleos de población, servicios de asistencia médico-sanitaria gratuitos a la madre gestante durante el embarazo, el parto y el puerperio, si ella no pudiera sufragarlos y también subsidio alimentario si estuviese desempleada o desamparada".

D. Leyes

- Ley 4 de 8 de enero de 2007, que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y dicta otras disposiciones.
- Ley 50 de 23 de noviembre de 1995 "por la cual se protege y fomenta la lactancia materna en Panamá".
- Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 "Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada".
- Ley 14 de mayo de 2007, que adopta el código penal, artículo 144 que regula la despenalización de los abortos por violación o graves causas de salud que ponen en peligro la vida de la madre o del producto de la concepción.
- Ley 60 de 30 de noviembre de 2016 "que reforma la ley 29 de 2002, sobre la menor de edad embarazada, y dicta otras disposiciones".
- Ley 40 de 14 de agosto de 2018 "que establece el marco jurídico para el abordaje integral de las infecciones de transmisión sexual y el virus de inmunodeficiencia humana".

E. Decretos Ejecutivos

- *El Decreto Ejecutivo Nº 1617, del 21 de Octubre de 2014, en el Artículo 19* establece la notificación obligatoria de las muertes maternas y perinatales.
- *El Decreto Ejecutivo Nº 546, del 21 de noviembre de 2005*, "ordena la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de cinco (5) años, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud".
- *El Decreto Ejecutivo Nº 5, del 6 de marzo de 2006, que modificando el Decreto Ejecutivo Nº 428 del 15 de diciembre de 2004,* "ordena la gratuidad en la prestación de servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos del Ministerio de Salud".
- *El Decreto Ejecutivo No.41 de 2 de febrero de 2010*, creador del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuya visión es

"Transformar los servicios de salud en un sistema solidario, sensible y humanizado en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo".

- *Decreto Ejecutivo No. 399, Gaceta 24949 del 16 de Diciembre de 2003 que crea la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico.*
- *Decreto Ejecutivo No. 93, Gaceta 24288 del 25 de abril de 2001 que crea la Comisión Nacional Interinstitucional e intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal.*
- *Resolución 464 del 7 de Junio de 2010 que crea el Plan Nacional para la Prevención y Control del Cáncer, y dicta otras Disposiciones.*
- *Resolución 627 del 2 de Mayo de 2018 que aprueba y adopta las Normas de Prevención, detección y seguimiento de las lesiones preinvasoras del cuello uterino y guías de manejo.*
- *En 1999 se instala la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopía.*

F. Políticas y lineamientos

Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2016- 2025.

Eje II: Mejoramiento de la calidad y el acceso de la población a los servicios de salud.

Política 3: Lograr el acceso Universal a la salud y la cobertura Universal de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

Objetivo Estratégico 3.1: Implementar la estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud en el marco de la Atención Primaria en Salud (APS).

Línea de acción 3.1.1: Ampliación del acceso equitativo a los servicios de salud integrales, de calidad, centrados en las personas y las comunidades.

Objetivo Estratégico 3.2: Garantizar la atención integral de la población según curso de vida.

Línea de acción 3.2.1: Cumplimiento de los Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales en las instalaciones públicas de salud.

Línea de acción 3.2.2: Implementación de lactarios en las maternidades e instalaciones que tengan madres lactantes.

Línea de acción 3.2.3: Promoción del examen de PAP y la detección temprana del cáncer cervicouterino.

Línea de acción 3.2.5: Adecuación de infraestructura y organización de las Instalaciones de Salud del MINSA y CSS en la atención de servicios amigables para adolescentes.

Objetivo Estratégico 3.3: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional.

Línea de acción 3.3.6: Implementación, seguimiento, vigilancia y control del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

G. Normas, Guías y Protocolos de Atención de Salud Sexual y Reproductiva

- Normas Técnicas – Administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer: atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, atención integral de la mujer, planificación familiar y vigilancia de la mortalidad materna y perinatal (2007).

- Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo (2009).
- Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal (septiembre de 2007).
- Manual de Funcionamiento de Albergues Maternos, Comarca Ngäbe Buglé Panamá, República de Panamá.
- Provisión del PAISS+N y PSPV a través de unidades básicas de atención institucionales de la red fija, Reglamento Operativo (Octubre 2012) [Este Reglamento establece los términos y condiciones que rigen la provisión del PAISS+N y PSPV a través de UBA institucionales de la red fija].
- Provisión del PAISS+N y PSPV a través de unidades básicas de atención institucionales de la red itinerante, reglamento operativo (Octubre 2012).
- Manejo terapéutico de las personas con VIH (2011).
- Normas Técnicas–Administrativas del Programa Nacional de Capacitación y Seguimiento de Parteras/os Tradicionales (2006)**.**
- Plan estratégico nacional para la reducción de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal (2015 - 2020).
- Objetivos de Desarrollo Sostenible 2015-2030, ODS 3: Garantizar una vida sana y promover el Bienestar para todos en todas las edades.

H. Resoluciones Ministeriales

- Resolución del Ministerio de Salud Nº 521(05 de junio de 2009), por medio de la cual se crea el observatorio de calidad de atención en salud. Que en una de sus consideraciones expresa: *"Que la calidad de la atención médica es un valor muy apreciado tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud, por lo que se hace necesario fomentar una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita adecuar los sistemas y procesos de gestión en general a criterios de equidad, eficacia y transparencia."*
- *Resolución del Ministerio de Salud Nº 093 del 6 de abril de 2001, que crea la Comisión Interinstitucional e intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal.*
- *Resolución del Ministerio de Salud Nº 480 del 13 de agosto de 2002, que crea los Comités Regionales, Locales y Hospitalarios de la Comisión Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal.*
- *Resolución del Ministerio de Salud 399 que nombra los miembros de la comisión de aborto terapéutico y dicta otras disposiciones. Gaceta oficial 24949 del 16 de diciembre de 2003.*
- *Resolución del Ministerio de Salud 1273 que aprueba y adopta el Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Morbilidad y Mortalidad Materna y Perinatal. Gaceta oficial 28650 del 8 de noviembre de 2018.*

I. Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá.

- Conferencia Internacional sobre Maternidad Sin Riesgo; Nairobi 1987: Donde se lanzó la Iniciativa Mundial para la Maternidad Segura.
- 23ra. Conferencia Sanitaria Panamericana 1990 (Resolución XVII): Se aprobó la ejecución del Plan Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna.
- Conferencia Internacional de Población y Desarrollo; El Cairo 1994: Recomienda a los gobiernos e instituciones internacionales fortalecer los esfuerzos para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- Objetivos del Milenio No. 5 "Salud Materna": Reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad materna.
- Compromiso de Panamá a favor de la reducción de mortalidad materna y perinatal. Diciembre 2004.
- Declaración de Panamá, de septiembre de 2013 "Una promesa renovada para las Américas – Reducir las inequidades en salud reproductiva, materna e infantil."

VII. Principios y Definiciones

A. Curso de Vida

Se aplica para estudiar los riesgos físicos y sociales presentes durante la gestación, la niñez, la adolescencia, la edad adulta joven y la edad madura, que afectan al riesgo de contraer enfermedades crónicas y a los resultados de salud en fases posteriores de la vida. Vale la pena reconocer la importancia de adoptar un enfoque de la salud, sistémico e integral, que abarque la totalidad del curso vital, donde lo que se deje de atender o atender en cada curso de vida, tendrá implicaciones en la salud y nivel de bienestar y vida de la madre y el neonato en el futuro cercano.

B. 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 e interculturalidad, el concepto de humanización de la atención y sus efectos en la calidad de la atención; además se ofrecerá bajo principios éticos y de respeto de la dignidad de la persona.

C. Educación en Salud

La educación debe estar inmersa de forma permanente en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa. 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 entre otros los siguientes aspectos:

- Programas de promoción y educación sobre auto cuidado de la salud dirigidos en especial a grupos femeninos en todo el curso de la vida.
- 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.

D. Investigación

Se fomentará la investigación clínica con base en las evidencias científicas actualizadas, 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.

E. Medicina basada en la evidencia científica

Integra la experiencia clínica con los mejores datos objetivos derivados de las investigaciones científicas, revisiones sistemáticas y metanálisis.

F. 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 de las mujeres, en especial durante la gestación.

G. Concepto de Riesgo

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 neonatal, o bien 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. Es necesario estar alerta a la aparición de los signos y síntomas de complicaciones en todas las gestantes, porque la evidencia muestra que no es posible predecir, mediante un factor de riesgo, la aparición de las complicaciones más frecuentes causantes de las muertes maternas. Ante la presencia de señales de peligro, signos y síntomas de una complicación inminente se deberá referir la paciente a un CONE completo para su manejo oportuno.

H. Interculturalidad en Salud

Desarrolla el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos y elementos terapéuticos y sus aportes al mejoramiento de la salud de la población.

I. Pertinencia Cultural

Se deriva del Principio del Derecho a la Diferencia, es decir adecuado a la cultura. En el caso de su aplicación a la prestación de servicios públicos en salud, busca que éstos sean conceptualizados, organizados e implementados, tomando como referentes los valores de la cosmovisión de las Comarcas Indígenas, de tal forma que los servicios públicos de salud se adapten y respeten su forma de vida.

J. Enfoque de Género

Corresponde a características psicológicas, sociales y culturales que la sociedad asigna de manera diferenciada a hombres y a mujeres. Esto significa que las personas aprenden a comportarse según las normas, los valores y las prácticas que la sociedad considera como propias de mujeres y de varones.

VIII. Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

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 Pública y la Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es responsable de la gerencia del Programa de Salud Integral de la Mujer; de la elaboración, actualización, implantación y difusión de las Normas y de supervisar el cumplimiento de las mismas. El Departamento mantiene coordinación con la Jefatura del Programa 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 Regional de Salud Sexual y Reproductiva es responsable de la programación, ejecución, supervisión y evaluación de las actividades de todos los componentes del Programa de Salud Integral de la Mujer 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, técnico de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud.

B. Regionalización y Sectorización de los Servicios de Salud y Redes de Servicios.

El país está dividido en 15 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, Regionales, Provinciales y Rurales, Policentros, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, MINSA-CAPSI, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud.

1. 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, organizados en Redes de Servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE ambulatorio, CONE Básico y CONE completo) interconectados a través de un Sistema Único de Referencia y Contra-referencia (SURCO).

Para garantizar la atención dentro de la estrategia CONE, esta se organiza en tres niveles de atención con distinto grado de complejidad y capacidad resolutiva, definidos a su vez según las necesidades de la demanda en la población objetivo. Estos niveles de atención son: CONE ambulatorio (comunitario e institucional), CONE básico y CONE completo. Estos niveles de atención son la base sobre la cual se construirán las redes integradas CONE.

Niveles de Atención de la Red de CONE

a. **CONE AMBULATORIO (Comunitario e Institucional):** Se refiere a los cuidados ofrecidos tanto en la comunidad como en las instalaciones de salud, con fines prioritarios de promoción y prevención de la salud de las mujeres en edad fértil y sus recién nacidos, con la participación activa de la familia, la comunidad y de las instancias institucionales**.**

El CONE AMBULATORIO incluye iniciativas o sub estrategias, basadas en la comunidad como el Plan de Parto y Traslado, Cambio de Comportamiento, Albergues Maternos así como institucionales donde se brinda atención prenatal y atención post parto a través de las Giras Itinerantes y en las instalaciones de salud del primer nivel de atención del MINSA (puestos y sub centros de salud, centros de salud sin camas).

Funciones Principales del CONE Ambulatorio son:

1. Organizar y fortalecer los comités para el desarrollo de las sub-estrategias de

salud materna y neonatal a nivel comunitario.
2. Atención prenatal normal.
3. Atención excepcional del Parto y del recién nacido (cuando el parto es inminente o por dificultad de acceso a CONE básico).
4. Referencia inmediata de la mujer y su RN luego de un parto inminente o domiciliar
5. Atención de la puérpera y del recién nacido a los siete días post-parto, ya referidos por el CONE Básico.
6. Detección y referencia inmediata de mujeres y recién nacidos con signos de peligro o con riesgos obstétricos y neonatales.
7. Detección temprana, manejo inicial/estabilización y referencia inmediata de complicaciones obstétricas y neonatales.

b. **CONE BÁSICO** tiene la finalidad de atender los partos y recién nacidos normales, el reconocimiento del riesgo, identificación, diagnóstico, estabilización (manejo inicial) y referencia de las complicaciones obstétricas y neonatales surgidas durante atención del parto institucional o referido. Para fines de esta estrategia**,** lo componen los Centros de salud, MINSA-CAPSIS y Hospitales Rurales.

Las Principales Funciones del **CONE BÁSICO** son, además de la totalidad de las funciones del CONE ambulatorio, las siguientes:

- Atención del Parto normal
- Aplicar antibióticos parenterales
- Aplicar oxitócicos parenterales (oxitocina/carbetocina)
- Aplicar sulfato de Magnesio MgSO4 parenteral en la pre eclampsia severa (para evitar la eclampsia)
- Extraer manualmente de placenta
- Extraer los productos retenidos (AMEU/LUI)
- Realizar reanimación neonatal (bolsa, ambú, máscara)

c. **CONE COMPLETO:** tiene la finalidad de atender los partos normales (cuando así lo defina la cartera de servicios) y resolver las complicaciones obstétricas y neonatales. Los CONE completos pueden ser sin Cuidados Intensivos o con Cuidados Intensivos. Para fines de esta estrategia, lo componen el Hospital General, los Hospitales Regionales, Hospitales Especializados y algunos Hospitales Rurales.

Las Principales Funciones del **CONE COMPLETO** son, además de la totalidad de las funciones de los CONE básicos, las siguientes:

- Atención neonatal normal y complicado
- Disponibilidad de sangre segura
- Cirugía obstétrica: las cesáreas o asociados

2. Equipos de Salud

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, secretarias, 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, en 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.

En las instalaciones de salud en donde exista limitación de recursos humano idóneo del equipo de salud se podrá utilizar a los técnicos de enfermería que se capaciten para la realización de actividades puntuales del programa.

El equipo de salud tiene la responsabilidad de trabajar y coordinar con los actores clave de la comunidad, especialmente en las comarcas y áreas rurales aisladas, tales como las Parteras, Comités de Salud, Promotores comunitarios de salud, médicos tradicionales y

guías espirituales, a fin de establecer el vínculo y lograr la participación y adhesión de la comunidad a las actividades de promoción y prevención de la salud.

3. Rendimiento

Se asignarán los cupos de atención de Usuarias de Gineco-obstetricia según el cuadro siguiente:

Cuadro 1.

Rendimiento de Consultas y Procedimientos de Gineco-Obstetricia*

Ginecología y Obstetricia	Normas	
	Pacientes por hora	Cupos por paciente
Consulta Nueva	2	2
Reconsulta	4	1
Captación de Embarazo	2	2
Control Prenatal	4	1
Consulta de Alto Riesgo	2	2
Infertilidad Consulta nueva	2	2
Infertilidad Reconsulta	4	1
Ultrasonido Ginecológico y Obstétrico	2	2
Ultrasonido Morfológico Fetal 3D	1	4
Velocimetría Doppler	2	2
Colposcopía	2	2
Procedimientos	2	2
Amniocentésis	1	4
Homologación	2	2
Consejería General	4	1
Consejería de Planificación Familiar	2	2
Consejería post pérdida obstétrica	2	2
Consejería Oncológica	2	2

Normas de Atención Integral de salud de Panamá, Ministerio de Salud. 2014

4. 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 estarán condicionados al grado de riesgo diagnosticado y al recurso humano disponible.
Las tecnologías perinatales del CLAP que incluyen la Cinta Obstétrica, el Gestograma, la Tabla de Peso para la Talla, la Tabla de Altura Uterina/Edad gestacional, la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), la Historia Clínica Post Aborto (HCA), el SIP WEB PLUS con todos sus formularios, el Carnet Perinatal, el Estetoscopio de Pinard, el Partograma Modificado de la OMS y la Cinta del Recién Nacido, son apropiadas para utilizar en todos los establecimientos que brindan atención de CONE -ambulatorio, básico y completo-.

En las instalaciones que tienen mayor nivel de resolución también se utilizarán el Ultrasonido, el Monitor Electrónico Fetal, Doppler o cualquier otra tecnología disponible, cuando esté indicada de acuerdo al riesgo y/o nivel de complicación encontrado.

5. Proyección Comunitaria

El equipo de salud tiene funciones educativas y de promoción para el desarrollo de la comunidad y lograr su participación y compromiso en el mantenimiento de la salud, mediante el fomento de hábitos saludables, apoyo para que reconozcan signos de peligro y estén preparados para enfrentar una eventual complicación materna y neonatal, por medio de la elaboración del plan de parto individual y comunitario.

6. 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 al inicio de cada año calendario. (Ver anexos 8)

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.

Capítulo II Elementos Técnicos Normativos

A. Normas de Atención Materna y Neonatal

1. Atención Preconcepcional

Incluye el espacio de tiempo comprendido desde la menarquia al primer embarazo y el intervalo de tiempo después del puerperio hasta que la mujer tenga un nuevo embarazo.

La consulta preconcepcional se define como la entrevista programada entre una mujer (o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo[1].

a. **Objetivos Específicos**

a.1. Identificar y abordar los riesgos preconcepcionales en las mujeres en edad fértil.

a.2. Brindar las acciones preventivas definidas por el Ministerio de Salud para las mujeres en edad fértil.

b. Normas de Atención

b.1. El personal de salud procurará la inmunización contra la Rubéola, Sarampión (MR) a toda la población femenina en edad fértil (no embarazada), de su área de responsabilidad (ver anexo 18).

b.2. El personal de salud procurará la inmunización contra el Tétanos (TD, TDaP) a la población femenina en edad fértil, de su área de atención.

b.3. El personal de salud procurará que todas las mujeres en edad fértil reciban suplementación con ácido fólico, para la prevención de malformaciones congénitas (ver cuadro # 4).

b.4. El personal de salud procurará que todas las mujeres en edad fértil reciban desparasitación anual.

b.5. El personal de salud ofrecerá consejería y servicios de planificación familiar, a todas las mujeres en edad fértil, de su área de atención.

b.6. El personal garantizará la entrega del método anticonceptivo, a todas las usuarias que soliciten un método, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad y a la oferta en los establecimientos de salud.

b.7. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir con las medidas de bioseguridad en cada persona que atiendan.

2. Control Prenatal

Se entiende por control prenatal la serie de entrevistas o visitas programadas de la embarazada con integrantes del equipo de salud, donde se realizan acciones esenciales y programadas con el objetivo de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto y la crianza, y una madre y su recién nacido saludables.

Con el control prenatal se persigue la:

- Administración de contenidos educativos para la salud, la familia y la crianza.

[1]Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR. Publicación Científica No. 1573 – 2010. Cuidado Preconcepcional. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS

- Prevención, diagnóstico temprano y tratamiento adecuado de las complicaciones del embarazo.
    - Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
    - Detección de enfermedades maternas subclínicas.
    - Eliminación del Tétano Neonatal y del Síndrome de Rubeola Congénita.
    - Prevención de la transmisión vertical del VIH y la Sífilis.
    - Disminución de las molestias y síntomas menores asociados al embarazo.
    - Preparación psicofísica para el nacimiento.
    - Promoción de la Lactancia Materna exclusiva.

a. Objetivos específicos

a.1 Brindar atención integral, temprana, periódica, y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, a una amplia cobertura de embarazadas.

a.2 Ofrecer atención especial a las embarazadas con riesgo obstétrico y perinatal.

b. Normas de Atención

b.1. El control prenatal será realizado por el personal de salud, disponible en la institución, que tenga las competencias necesarias para dar la atención a la gestante.

b.2. El personal de salud procurará la captación del 100% de las embarazadas de su territorio, haciendo énfasis en que la captación se debe dar durante el primer trimestre del embarazo.

b.3. La captación e ingreso al control prenatal será realizada por el personal capacitado, disponible de acuerdo al tipo de instalación: médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras, técnico de enfermería, ayudantes de salud.

b.4. Si la gestante presenta algún signo o síntoma de complicación al consultar, debe ser vista de inmediato por el proveedor más capacitado disponible.

b.5 El personal de salud garantizará que toda embarazada, en las que se identifique una condición de riesgo obstétrico o perinatal, que no pueda ser resuelto en la Unidad, sea referida oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad.

b.6. Si la condición de riesgo de la gestante es una emergencia que pone en peligro su vida o la del bebé, el personal de salud debe iniciar el tratamiento, antes de referirla, según las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo.

b.7. En caso de una emergencia obstétrica, procurar que la mujer vaya acompañada al lugar de referencia.

b.8. El proveedor responsable de la atención debe tomar la presión arterial a la gestante, sentada, en el brazo derecho, en un ambiente tranquilo. Asegurando que la embarazada no haya participado recientemente en una actividad física o mental moderada o severa.

b.9. Desde su captación y en cada control a la gestante se le debe realizar la evaluación nutricional por el proveedor que le brinda el control prenatal y ser referida a la nutricionista si existe este recurso, sino, al auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera, si presentan déficit nutricional o sobrepeso.

b. 10 El Servicio de Nutrición valorará la dieta y su composición nutricional en las embarazadas hospitalizadas.

b.11 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.

b.12. Se promoverán las investigaciones relacionadas con la alimentación y nutrición de las embarazadas.

b.13. Se establecerán Servicios de Nutrición en todos los Hospitales y otras instalaciones de Salud.

b.14. Toda gestante será referida a una primera consulta de odontología para recibir las actividades de prevención y educación.

b.15. El personal de salud apoyará a toda embarazada, en especial de áreas de difícil acceso, que inicie su control, y en los controles siguientes, para que ella y su familia elaboren el plan de parto.

b.16. Se registrará como primera consulta prenatal aquella en donde se confirme el embarazo, ya sea por examen clínico, laboratorio o por ultrasonido (una de las 3).

b.17. La Historia Clínica Perinatal Base ambulatoria u hospitalaria, SIP WEB PLUS, la Tarjeta de Control Prenatal, la Hoja de Registro de la Altura Uterina y de Ganancia de Peso Materno, la Tarjeta de Seguimiento de caso, son de uso obligatorio para el seguimiento de la embarazada y todo el personal es responsable de su llenado y flujo correcto durante la consulta prenatal.

b.18. El personal de salud, procurará que el 100% de las gestantes captadas, de su área de responsabilidad, reciba un mínimo de **cuatro (4)** controles prenatales, asegurando realizar las acciones clave descritas en el protocolo.

b.19. El personal de salud, procurará que todas las embarazadas reciban desparasitación a partir del segundo trimestre, de acuerdo al protocolo.

b.20 A 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 identificado.

b.21. Toda embarazada a partir de las 41 semanas de gestación, que no ha iniciado su trabajo de parto, deberá ser referida a la instalación de atención de parto más cercana y admitida para evaluar la interrupción del embarazo.

b.22. En cada control prenatal el personal de salud deberá reforzar la educación y orientación a la embarazada, incorporando a su pareja si es posible, enfatizando en los siguiente tópicos: cuidados durante el embarazo, hábitos saludables, alimentación adecuada, estar preparada para el parto y eventual complicación (tener un plan de parto), lactancia materna exclusiva, conveniencia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar.

b.23 La Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico es responsable de recibir la documentación, analizar, aprobar o rechazar las solicitudes de interrupción del embarazo por indicación médica materna o fetal, procedentes de las instituciones públicas o privadas.

b.24 No se aplicará vacuna anti-Rubéola a la embarazada bajo ninguna circunstancia, por precaución debido al riesgo hipotético para el producto. No obstante, 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.

b.25 Todo caso de sospecha de rubéola, o de cualquier enfermedad transmisible de notificación obligatoria durante el embarazo, se notificará inmediatamente al Departamento de Epidemiología.

b.26. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir con las medidas de bioseguridad, en cada atención prenatal.

b.27. Se indicará aporte gratuito de hierro, ácido fólico y vitaminas a toda embarazada, desde la captación y hasta los 3 meses postparto según el esquema establecido.

b.28. El costo de los exámenes generales solicitados a la embarazada no asegurada, no deberá constituirse en una barrera para la atención. La gratuidad de los mismos es garantizada por el Decreto Ejecutivo Nº 5 de marzo de 2006.

3. Atención del Parto, Nacimiento y Post-parto.

La atención del parto involucra todas las acciones a seguir por el personal de salud desde el primer contacto con la embarazada, en trabajo de parto inicial o franco, determinados por la actividad uterina, el estado de las membranas, el grado de borramiento y dilatación del cérvix, hasta el nacimiento del bebé y posparto.

a. Objetivos específicos

a.1. Ofrecer atención profesional calificada, del parto y nacimiento, incluyendo los aspectos de interculturalidad, con estándares de calidad, basados en la evidencia y recomendaciones actuales, para la madre y el recién nacido.

a.2. Identificar oportunamente posibles alteraciones en la evolución de la labor de parto normal, e intervenir adecuadamente, de acuerdo a los protocolos establecidos.

a.3. Identificar oportunamente problemas respiratorios en el recién nacido e intervenir adecuadamente, de acuerdo a los protocolos establecidos.

a.4. Vigilar activamente a la mujer y el recién nacido durante el posparto y primeras horas de vida del bebé.

b. Atención del Parto y del Neonato

b.1. Las embarazadas en labor de parto serán atendidas en los establecimientos que brinden CONE Básico y CONE Completo.

b.2. El parto en las instalaciones con CONE Básico será atendido por el personal disponible que tenga las competencias necesarias: Médico General o Especialista, Enfermeras Obstetras, Enfermeras Generales.

b.3. En los establecimientos de Salud que no cumplen con los requerimientos mínimos de CONE básico, donde laboren solamente Técnicos de Enfermería o Ayudantes de Salud, procurarán referir las pacientes en pródromos de labor o en etapa inicial del periodo de dilatación a Unidades con CONE Básico o Completo, para la atención del parto.

b.4. En zonas de difícil acceso a un establecimiento con CONE Básico, la gestante en trabajo de parto será referida sólo si el tiempo de traslado le permite llegar a tener su parto en la instalación de referencia. De lo contrario, se atenderá el parto en la instalación de la red más cercana y se referirá después del parto a la madre y su recién nacido para su atención luego de cumplir con la vigilancia del puerperio inmediato.

b.5. A toda gestante que acuda para la atención del parto a un CONE Básico o CONE Completo se le debe realizar una evaluación inicial rápida y ser atendida de inmediato, si presenta un signo o síntoma de emergencia.

b.6. A toda gestante que acuda para la atención del parto a un CONE Básico o CONE Completo, se le debe elaborar un plan de atención de acuerdo a su evaluación y hallazgos.

b.7. A toda embarazada con trabajo de parto atendido en los CONE Básico y CONE Completo, debe vigilarse la evolución de la labor mediante registro en un partograma.

b.8. En los establecimientos categorizados como CONE Básico, de áreas de difícil acceso, donde cuentan con albergues maternos o casas acudientes, se les ofrecerá alojamiento a todas las mujeres que se encuentran en fase latente de labor. Si no se cuenta con estas instalaciones se podrá admitir en observación.

b.9. En los establecimientos con CONE Completo, en el 100% de los casos, atenderá el parto el personal que tenga las competencias necesarias.

b.10. Permitir el acompañamiento de la embarazada durante la labor y el parto, dependiendo de las facilidades de la instalación, que garanticen la privacidad y el cumplimiento de normas de bioseguridad.

b.11. Realizar Pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 3 minutos o hasta que deje de latir)

b.12. Realizar Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP) en el 100% de los casos (parto vaginal o por cesárea) según protocolo.

b.13. En los establecimientos con CONE completo y en los con CONE Básico donde se disponga de pediatra, este participará desde el inicio del periodo expulsivo.

b.14. Todo niño y toda niña deben contar con atención profesional al momento de nacer y en condiciones óptimas de higiene y seguridad.

b.15. Para la atención del recién nacido durante el parto en los CONE Básicos y Completo, la instalación deberá contar con las condiciones físicas, los equipos, materiales e insumos necesarios y suficientes que se describen en el protocolo de atención del recién nacido.

b.16 Debe asegurarse la articulación con la red de servicios para contar con transporte adecuado en caso de ser necesario el traslado de un recién nacido a un nivel de mayor complejidad

b.17. La atención clínica del recién nacido se realizará según las guías de AIEPI neonatal de OPS/OMS, que han sido adecuadas para su aplicación en el país.

b.18. Todo el personal de salud que participe en la atención del recién nacido durante el parto deberá completar las capacitaciones de AIEPI neonatal clínico, reanimación neonatal y transporte neonatal.

b. 19. Promoción, protección y fomento de la lactancia materna exclusiva:

- Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la “promoción, protección y fomento” de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer durante la lactancia. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y demostraciones sobre:

    - Inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna.
    - Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna.
    - Beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y sucedáneos de la leche materna.

- En las instalaciones de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
- Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia científica, que contraindican la alimentación al pecho materno en situaciones muy especiales.
- Si el recién nacido 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 o leche pasteurizada de un banco de leche materna.
- Se promoverá la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y hasta los 24 meses, ofreciendo alimentación complementaria al lactante.

b.20. Se habilitarán progresivamente Bancos de leche materna en las instalaciones de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal, para incrementar el acceso a estas facilidades. Las instalaciones seleccionadas deberán cumplir con criterios técnicos y procedimientos para la implementación de un banco de leche humana, con los siguientes requisitos básicos:

- Tener una localización dentro de los servicios maternos y neonatales.
- Contar con equipo para la pasteurización de la leche materna.
- Contar con personal calificado para la extracción, conservación y distribución de la leche materna.
- Poder realizar periódicamente pruebas de detección de posibles contaminantes químicos, bacterias, virus u hongos en la leche extraída.
- Realizar pruebas para determinar la eliminación a través de la pasteurización de virus y bacterias, tales como el VIH o CMV.

b.21. Todas las instalaciones que atienden parto (CONE Básico y CONE Completo) deben contar con un Libro de Partos, donde se registrará la información de todos los nacimientos vivos y muertos ocurridos, ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes según formulario establecido. (**Ver anexo 17**)

b.22. Se debe consignar todos los datos del parto y el nacimiento en la sección correspondiente de la Historia Clínica Perinatal.

b.23. Se debe llenar el Certificado de Nacimiento Vivo, si el bebé nació vivo o el Certificado de Defunción Fetal, si nació muerto.

b.24. Realizar una estrecha vigilancia de la puérpera y del recién nacido y registrar según el protocolo establecido.

b.25. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir las medidas de bioseguridad en cada atención.

c. Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer.

c.1. En situaciones en los que se prevea con antelación el nacimiento de un producto de alto riesgo, (por ejemplo: una patología congénita severa, una amenaza de parto pretérmino, un recién nacido prematuro o inmaduro, un peso bajo al nacer < **2500 gramos**, un retraso del crecimiento intrauterino, un producto macrosómico, un embarazo gemelar) se procurará garantizar que la atención de la paciente se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel, por personal especializado.

c.2. Se debe garantizar que al momento de ocurrir el nacimiento de un prematuro o un recién nacido enfermo, éste sea referido urgentemente, previa estabilización, a un servicio de mayor complejidad para recibir la atención necesaria.

c.3. La atención de un recién nacido enfermo, prematuro o de peso bajo al nacer se hará según las normas y guías clínicas nacionales, para nivel hospitalario.

c.4. Todas las instalaciones de salud que atienden recién nacidos enfermos, organizarán e implementarán el programa “madre canguro” o “contacto piel a piel” como parte de su atención de rutina.

c.5. Al suscitarse el nacimiento de un niño o niña con múltiples anomalías congénitas u otras condiciones incompatibles con la vida, el personal de salud discutirá ampliamente con los familiares la condición, el pronóstico y las alternativas para el paciente, de tal manera que los familiares puedan tomar decisiones informadas sobre el destino del paciente y asistir a una clínica para consejería genética.

B. PROTOCOLOS

1. Protocolo del control prenatal

a. Actividades en todos los controles

a.1. El personal que ofrece la atención debe recibir y saludar cortésmente a las mujeres que acuden al control prenatal y abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea compresible para la mujer, fácil de entender para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.

a.2. El personal que recibe a la mujer realiza **de rutina una evaluación inicial rápida**, le pregunta si tiene o ha tenido:

- Fiebre.
- Dolor de cabeza intenso.
- Dolor abdominal.
- Pérdida de líquido o sangre por la vagina.
- Pérdida de conciencia.
- Convulsiones.
- No siente movimientos fetales.

a.3. Si la respuesta es positiva a cualquiera de estos signos o síntomas la gestante debe ser atendida de inmediato y referida si corresponde.

a.4. El personal de salud que atiende a la gestante debe fomentar en la embarazada el acudir con su pareja a las citas de control prenatal, al menos a una consulta prenatal, de acuerdo a las posibilidades y promover a que la gestante y su pareja expongan sus dudas o preocupaciones.

a.5. Los controles de la embarazada se distribuirán entre médicos y enfermeras de la siguiente manera:

Cuadro 2. Distribución de Controles Prenatales según médico y enfermera.

Nº de Controles	Edad Gestacional	*Recurso de preferencia
Primer control	Menos de 13 semanas	Médico o Enfermera
Segundo control	14-20 semanas	Médico o enfermera
Tercer control	20-24 semanas	Médico o Enfermera
Cuarto control	24-27 semanas	Médico o enfermera
Quinto control	28-32 semanas	Médico
Sexto control	33 – 36 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.

b. Actividades en el primer control prenatal

b.1. El personal abrirá el expediente de la embarazada con:

- Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) si cuenta con el programa del SIP Web Plus, llenarlo en la computadora y la Ambulatoria (ver anexo 7)
- Tarjeta de Control Prenatal (ver anexo 8)
- Tarjeta de Seguimiento de Caso (ver anexo 14)
- 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 o en el SIP Web Plus, como en la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso.
- Grafica de clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC.(ver gráfica 1, pág.37)
- Hoja de Curva de Ganancia de Peso y Altura Uterina**.**
- Evolución de Control Prenatal
- Control puerperal (Anexo 33).
- Hoja Resumen de Órdenes de Laboratorios, Exámenes de Gabinete y Medicamentos.
- Hoja de Solicitud de Citología Cervical Exfoliativa.(Anexo 30)
- Formulario de solicitud de prueba serológica de VIH.(Anexo 34)
- Una hoja para anexar los resultados de laboratorios.
- Expediente clínico Odontológico. (Anexo 28)

b.2. El Médico o la Enfermera, o quien provea la atención:

- Llenará todos los datos de la HCPB Ambulatoria, en el SI Web Plus y de la Tarjeta de Control Prenatal y entregará la última a la usuaria, ofreciéndole la orientación sobre su uso y cuidado.
- Abrirá una Tarjeta de Seguimiento de Caso y anotará 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.
- La auxiliar de enfermería o asistente de clínica pesará y tallará a la embarazada.

b.3. El proveedor de la atención evaluará el estado nutricional de la embarazada y estimará la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo, de acuerdo a su Índice de Masa Corporal y la edad gestacional de acuerdo al protocolo establecido.

b.4. El proveedor de la atención referirá a la Nutricionista o a la auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera, las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso.

b.5. El personal de enfermería: aplicará las vacunas correspondientes al esquema de vacunación de la embarazada.

- Aplicará la vacuna contra la Influenza Estacional a la captación.
- Aplicará Toxoide Diftérico TD o TDaP de acuerdo a las Normas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), al momento de la captación de la embarazada.
- Anotará en la HCPB ambulatoria, SIP WEB PLUS, 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 Segunda Dosis o Refuerzo según el caso.
- Si la embarazada tiene vacuna previa se marca en el cuadro correspondiente.
- 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**.**
- La TDaP se aplicará desde el inicio del tercer trimestre. (semana 26 a 40) o en el puerperio

b.6. Realizar 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.

La anamnesis completa incluye:

- Datos generales.
- Antecedentes familiares y patológicos.
- Antecedentes personales y patológicos.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluye citología cervical).
- Estado de inmunización con Td, TDaP y Vacuna anti-Rubéola (MR).
- Estado general.
- Hábitos alimenticios.
- Uso de tabaco, alcohol y drogas.
- Riesgo de situaciones de violencia intrafamiliar.
- Síntomas relacionados con el embarazo.
- Fecha de la última menstruación.
- Inicio de movimientos fetales.
- Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas, etc.).

Todos los datos relevantes no contemplados en la HCPB se anotarán en el reverso de la hoja.

b.7. **Examen clínico general y Gineco-obstétrico**: El proveedor responsable de brindar la atención a la gestante debe realizar el examen clínico que incluye los siguientes pasos:

- Control de signos vitales y registrar en la HCPB:
- Presión arterial con la embarazada sentada o en decúbito lateral, en el brazo derecho.
- Pulso, respiración y temperatura, si es necesario.
- Si hay fiebre (sobre 38 grados), hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), investigar la causa, efectuar tratamiento o referir según normas.
- Inspección de conjuntivas.
- Inspección de cavidad oral.
- Palpación de tiroides.
- Auscultación cardíaca y pulmonar.
- Examen de mamas.
- Abdomen: forma, consistencia, presencia de cicatrices.
- Altura uterina.
- Presentación y posición del feto (si el embarazo es mayor de 36 sem).
- Movimientos fetales.
- Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal.
- Inspección de genitales: presencia de lesiones, secreción, cicatrices, evaluar características de lo observado.
- Toma de citología cervical, si corresponde según norma, a cualquier edad gestacional que se capte.
- Diagnóstico y prescripción de tratamiento de cualquier flujo patológico.
- Cultivo por Estreptococo del grupo B en embarazadas con 34 – 37 semanas.
- Examen de extremidades (pesquisa de várices, edema importante).

b.8. Estimar y registrar la fecha probable del parto

b.9. Los hallazgos del examen clínico del primer control se anotarán en la primera columna de la HCPB; fecha de la consulta, semanas de amenorrea, peso en kilogramos, presión arterial, altura uterina en cm, presentación fetal, frecuencia cardiaca fetal y movimientos fetales si corresponde.

b.10. En el reverso de la HCPB está el Formulario de Near Miss para pacientes gravemente enfermas.

b.11. Ordenar de rutina los siguientes exámenes de laboratorio a todas las gestantes: a la captación y repetir de acuerdo al ***(cuadro 6 de la pág 46)***

- Hemograma completo.
- Tipaje y Rh.
- Glicemia.
- Serología Luética (VDRL o RPR).Prueba treponémica. Si ésta es positiva entonces VDRL con diluciones. Ver Normativa Nacional para el abordaje Integral de las infecciones de Transmisión Sexual en Panamá y Guías Nacional de Tratamiento de Sífilis Congénita (Anexo 41).
- Urinálisis completo.
- Urocultivo.
- Prueba de VIH. Previa consejería y firma del consentimiento informado. Dar orientación a toda embarazada sobre la importancia de la misma para la prevención de la transmisión vertical. Debe darse consejería post prueba.
- Serología por TORCH (Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus y Hepatitis B).
- Realizar o referir para la realización del Tamizaje ultrasonográfico del primer trimestre, entre las semanas 9 y 13 (si hay disponibilidad).
- Ordenar el tamizaje bioquímico para que se realice a la semana 16, según disponibilidad.
- Electroforesis de hemoglobina.

b.12. Ordenar otros exámenes de laboratorio de acuerdo a anamnesis e impresión clínica, previa orientación sobre los propósitos y resultados de las pruebas:

- En aquellas áreas donde exista prevalencia de enfermedades trasmisibles tales como Dengue, Malaria, Chagas, u otras, tomar muestra de sangre para el diagnóstico correspondiente.
- Prueba por Clamidia.
- Esputo por BAAR (sintomática respiratorio)

b.13. En caso de sospecha de exposición durante el primer trimestre del embarazo, al virus de la Rubéola, 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 4 veces mayor que el inicial. Toda prueba de IgM positiva es comprobatoria de una Rubéola reciente.
- No se aplicará gammaglobulina a la embarazada.
- En caso de comprobación serológica de Rubéola en el primer trimestre de gestación, se orientará a la embarazada y a su pareja sobre las implicaciones para el feto 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.

b.14. Para la evaluación y/o confirmación de infección por toxoplasmosis:

- Ordenar, el día de la primera consulta prenatal la prueba de Inhibición de la hemoaglutinación IgG y la IgM.
- Interpretación de resultados:

- Si sale positiva la IgG repetir una prueba de control a los 15 días. Y se confirma infección si hay aumento de títulos en dos diluciones
- La IgM positiva es confirmatoria de infección activa en cualquier momento

▪ Si se confirma diagnóstico referir a la clínica de alto riesgo para su manejo y tratamiento.

b.15. Determine diagnóstico y anote las órdenes médicas.

b.16. Si la embarazada presenta alguna patología, maneje de acuerdo al protocolo o refiera al siguiente nivel de atención si es necesario.

b.17. A partir del inicio del segundo trimestre se realizará desparasitación con Albendazol 400 mg vía oral dosis única o con alguna de las opciones siguientes:
- Mebendazol 500 mg, dosis única.
- Mebendazol 100 mg, dos veces al día, por 3 días.
- Levamizole 2.5 mg/kg, una vez al día, por tres días.
- Pyrantel 10 mg/kg, una vez al día, por tres días.

b.18. Prescribir sales de hierro, ácido fólico, calcio y otros suplementos que sean necesarios según el protocolo establecido.

b.19. Referir a consulta odontológica a todas las embarazadas –
- 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.
- 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.
- Se realizarán de rutina las siguientes actividades:
  - Examen clínico odontológico.
  - Tinción de placa bacteriana.
  - Enseñanza de técnica de cepillado y uso del hilo dental.
  - Profilaxis dental.
  - Aplicación de flúor.
  - Charla sobre cuidados de salud bucal.

b.20. Brinde consejería según los hallazgos, y la edad gestacional de la embarazada. Enfatice en:
- Reconocimiento de signos de peligro y qué hacer si aparecen.
- Elaboración del plan de parto según el protocolo.
- Molestias comunes durante el embarazo y cómo manejarlas.
- Importancia de asistir a los controles siguientes.
- Beneficios de la atención institucional del parto y del recién nacido.
- Fomento del inicio precoz de la Lactancia Materna exclusiva, inmediatamente después del parto, mantenerla exclusiva hasta los 6 meses de edad y hasta los 24 meses, ofreciendo alimentación complementaria al lactante; resaltando los beneficios y la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento (nutricional, anti-infeccioso, psicoafectivo y económico).
- Derechos de la madre trabajadora a la lactancia materna, asegurados por la Ley 50.

b.21. Explique a la gestante los hallazgos y lo que es necesario hacer. Averigüe si tiene alguna pregunta para Ud., responda con lenguaje sencillo y asegure que le ha entendido.

b.22. Citar a la gestante para su próximo control prenatal.

2. Protocolo de evaluación y monitoreo del estado nutricional de la embarazada.

a. Se monitoreará el buen estado nutricional de la embarazada, evitando deficiencias y excesos que representen riesgos para un adecuado desarrollo del producto o riesgo asociado a complicaciones maternas.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

e. En el primer control prenatal se deberá definir cuál es la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo. Para evaluar el estado nutricional de la gestante se necesita: el Índice de masa Corporal, peso, talla y edad gestacional. Lo primero que se debe realizar es la evaluación de la embarazada, que ofrece información de la condición nutricional del binomio madre-hijo.

Tabla 1. Ganancia de peso materno según estado nutricional inicial (Atalah)

Estado nutricional inicial	Índice de masa corporal	Incremento de peso total en kilos	Ganancia de peso Kg / semana
Bajo peso	< 20	12 – 18	0.5 – 1.0
Normal	20.0 – 24.9	10- 13	0.4
Sobrepeso	25 – 29.9	7 – 10	0.3
Obesidad	> 30.0	6 – 7	0.2

Fuente: Benjumea, M.V. Exactitud diagnostica de cinco referencias gestacionales para predecir el peso insuficiente al nacer. Biomédica: 27:42-55-2007.

- En mujeres con estatura inferior a 150-155 cm. se debe preferir el rango inferior del incremento de peso.
- En adolescentes embarazadas, específicamente los primeros tres años pos menarquia, se debe utilizar el rango superior del incremento de peso.
- En embarazadas de bajo peso que ingresan al control prenatal en el segundo o tercer trimestre se recomienda que el incremento de peso semanal se sitúe en el rango superior de la propuesta.

f.La ganancia de peso gestacional clasificada por IMC pre gestacional para madres de gemelos (edad gestacional 37 a 42 semanas y peso promedio > 2500g).

Tabla 2. Ganancia de Peso Materno según Índice de Masa Corporal Pregestacional para Embarazo Múltiple.

IMC Pre gestacional	Ganancia de peso (kg)
Normal	16.8 a 24.5
Sobre Peso	11.1 a 22.7
Obesidad	11.4 a 19.1

Fuente: Cohorte histórica de partos gemelares en John Hopkins Hospital, Baltimore, Jackson Memorial Hospital, Miami Medical University of Michigan, Ann Harbor. Por Luke B; Hediger ML. 2003.

g. En una mujer gestante, el valor del IMC puede graficarse según la semana de gestación en la que se encuentre, con el fin de realizar un seguimiento a su ganancia de peso durante el proceso gestacional, como lo muestra la Gráfica 1, en donde O significa obesidad, S sobrepeso, N normal y BP bajo peso (en la gráfica aparece enflaquecida).

La numeración ubicada en sentido vertical indica el valor de IMC y la ubicada en sentido horizontal las semanas de gestación.

Ejemplo: Embarazada: 16 semanas, peso: 60 Kg y Talla: 1.60 m. Se calcula con la siguiente formula IMC = Peso (Kg) / Talla (m^2)

Peso (Kg) / Talla (m^2) igual a 23,4.

h. Para ubicar estos valores en la gráfica se debe prolongar una línea que parta desde las semanas de gestación de la madre, (es decir 16 en la parte inferior) hasta que se cruce con otra línea trazada horizontalmente desde el valor de IMC, que para el ejemplo es de 23,4 Kg/m^2. El punto exacto en donde estos dos valores se cruzan se debe marcar con un color que sobresalga. Así, en el ejemplo anterior la madre se encuentra en el canal de la N que indica estado nutricional normal.

Al finalizar la gestación, la unión de los puntos de la gráfica debe formar una línea que indique las variaciones de peso que tuvo la madre durante todo el proceso.

Para evaluar el crecimiento intrauterino del producto se han establecido parámetros establecidos por el CLAP basados en incremento de peso materno y de altura uterina según semana gestacional.

Gráfica 1. Clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC

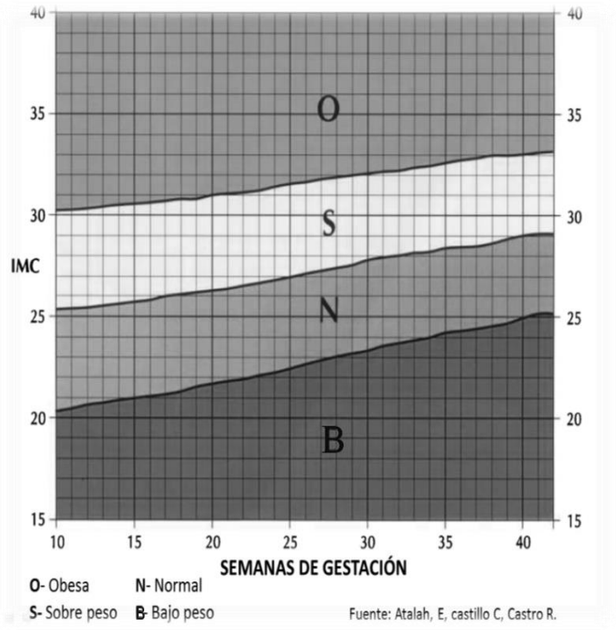


Tabla 3. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana Gestacional.

Incremento del Peso Materno (Kg) Percentiles		Semanas	Altura Uterina ** (cm) Percentiles	
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.

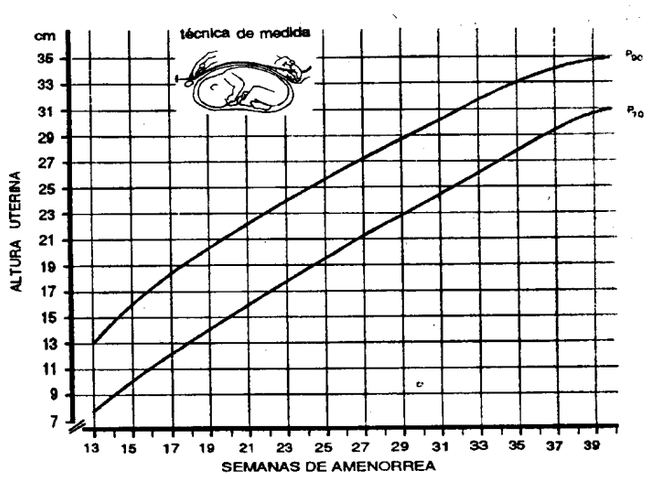
i. La tabla 3 presenta, desde la semana 13, los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la Altura Uterina y los percentiles 25 y 90 del incremento de peso materno. Debe sospecharse restricción en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores 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%.

j. Clínicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal: La sensibilidad de este método es alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.

k. Los casos con sospecha clínica de RCI, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar falsos positivos.

l. Se registrará la Altura Uterina según la edad gestacional en la Gráfica 2.

Gráfica 2. Patrones Normales de la Altura Uterina en Función de la Edad Gestacional.



m. Referencia al Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI):

- Serán referidas todas las gestantes con bajo peso, desde su primer control prenatal al PATMI. Para su seguimiento refiérase a las Normas del PATMI.

- En los distritos con vulnerabilidad nutricional: Boquete, San Francisco, Sambu, Chepigana, Chiman, Donoso, Renacimiento, Bocas del Toro, Changuinola, Tole, Santa Fe, Pinogana, Cañazas, Cemaco, Chiriquí Grande, Nole Duima, Mirono, Muna, Ñurum, Kankintu, Besiko y Guna Yala, serán referidas, además de las gestantes de bajo peso, las que presentan estado nutricional normal. Se excluyen aquellas embarazadas que en sus controles de seguimiento presenten sobrepeso y obesidad.
- En todos los distritos del país, todas las madres lactantes serán beneficiarias, hasta que el niño cumpla 6 meses de vida.
- Por otro lado, después de los seis meses de nacido el niño, aquellas madres lactantes que en sus controles de seguimiento se determine que tienen sobrepeso (IMC > 25.0 a 29.9) u obesidad (IMC > 30.0 Kg/mts2) deberán ser excluidas del programa.

n. Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia:

- La alimentación distribuida en el siguiente cuadro llena los requerimientos nutricionales diarios

Cuadro 3. Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia

Tipo de Alimento	Frecuencia	Cantidades			
		Embarazada 1er. Trim	**Embarazada 2do. Trim**	**Embarazada 3er. Trim**	**Mujer Lactante**
Arroz o pastas	Diariamente	1 taza (2 cucharones)	1 y ½ taza (3 cucharones)	1 y ½ taza (3 cucharones)	1 y ½ taza (3 cucharones)
Menestras	Mínimo 3 veces por semana	1 taza (3-4 cucharones)	1 taza (3-4 cucharones)	1 taza (3-4 cucharones)	1 taza (3-4 cucharones)
Pan, tortilla o bollo cereales o verduras plátano o papa.	Diariamente	4 rebanadas o 2 unidad o 2 tazas	4 rebanadas o 2 unidad o 2 tazas	3 rebanadas o 1 ½ unidad o 1 taza	6 rebanadas o 3 unidades o 1 ½ taza
Frutas	Diariamente	3 porciones	4 porciones	4 porciones	4 porciones
Vegetales	Diariamente	1 taza	1 y ½ taza	1 y ½ taza	1 y ½ taza
Pollo o pavo/ Pescado, tuna o sardina Carne de res o puerco liso	3-4 veces por semana 2-3 veces por semana 1 vez a la semana	4 onzas (2 presas pequeñas)	5 onzas (1-2 presas)	6 onzas (2 presas)	5 onzas (1-2 presas)
Huevos	Mínimo 3 veces por semana	1 unidad	1 unidad	1 unidad	1 unidad
Lácteos (leche, yogurt)	Diariamente	2 vasos	2 vasos	3 vasos	3 vasos
Azúcar	Diariamente	5 cdtas	7 cdtas	6 cdtas	8 cdtas
Grasas	Diariamente	5 cdtas	5 cdtas	4 cdtas	4 cdtas

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Salud Nutricional.
Alimentación Diaria Recomendada. Panamá 2014.

o. La embarazada obesa no será sometida a dieta de reducción durante la gestación.

p. Se indicará aporte gratuito de hierro, ácido fólico y vitaminas a toda embarazada desde la captación y hasta los 3 meses postparto.

Cuadro 4 Esquema Indicación de Hierro y Ac. Fólico en Embarazadas.

Grupo Objetivo	Embarazadas
Dosificación	**Hierro:** 60 mg de hierro elemental (Equivalen a 300 mg de sulfato ferroso heptahidratado, 180 mg de fumarato ferroso o 500 mg de gluconato ferroso) **Ácido Fólico**: 400µg
Frecuencia	Una vez por día
Duración	Durante todo el embarazo. Debe comenzar tan pronto sea posible, hasta los 3 meses pos parto
Entorno	En todo el país
Oportunidad de entrega	A partir de la captación y en cada control prenatal

q. A toda embarazada con anemia nutricional (Hb7.0 – 10.9g/dl) se le prescribirán 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico diario, durante tres meses y revaluar. Una Hb < 7g/dl se considera anemia severa y será manejada como tal.

r. Se orientará a la gestante a ingerir los suplementos de hierro una hora antes de las comidas, preferiblemente con jugo o agua, nunca con leche, té o café.

s. En algunos de los primeros controles, la embarazada deberá ser atendida por el nutricionista para su evaluación y atención.

t. Se referirá, durante el puerperio, a la nutricionista para manejo, control y mantenimiento de un peso adecuado.

u. La dosis diaria de calcio requerida durante el embarazo y la lactancia es de 1000 mg/ día. El calcio no debe ser ingerido junto con el hierro si no en horarios diferentes.

v. Debe tomar de 8 – 12 vasos de agua / día y se recomienda que camine de 15 a 20 min tres veces / semana.

Actividades en controles prenatales subsiguientes

a. 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.

b. Se le interrogará sobre:
- Estado general.
- Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos.
- Posibles Molestias (leucorrea, otros).
- Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinitus, fosfenos, acufenos).
- Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros).
- Movimientos fetales.
- Hábitos y conductas de riesgo.

c. Control de pulso, presión arterial, respiración, y temperatura si es necesario. Si hay fiebre (sobre 38 grados) hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), investigar la causa, efectuar tratamiento o referir según normas.

d. Examinar lechos ungueales y conjuntivas por signos de anemia.

e. Medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional en cada consulta y referir a la Nutricionista las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso, según protocolo.

f. Evaluación del estado fetal:
- Crecimiento fetal: Medir la altura uterina en cada consulta y graficarla en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas requiere reinterrogar sobre la FUM y realizar estudio ecográfico fetal.
- En los lugares donde se pueda ofertar, se realizará tamizaje bioquímico y ultrasonográfico de primer y segundo trimestre.
- Evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal.
- Presentación y posición del feto (a partir de la semana 26) Maniobras de Leopold.
- Ante cualquier discrepancia en los valores esperados preferiblemente referir para evaluación por especialista o a un nivel de mayor complejidad.

g. Evaluación de los resultados de los exámenes de laboratorio y anotar en la HCPB del expediente, en la tarjeta de control prenatal de la embarazada. La enfermera anotará los datos que solicita la Tarjeta de Seguimiento de caso.

h. El tratamiento de la sífilis durante el embarazo, se hará inmediatamente después de ser conocido el resultado del tamizaje, aunque esté pendiente el examen confirmatorio.

i. Las embarazadas VIH + se referirán a Infectología y a la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.

j. Las usuarias Rh negativo se manejarán por Ginecólogo Obstetra, en Centro de Atención Primaria, de acuerdo a las recomendaciones de las Guías de Atención de las Complicaciones del Embarazo, en la inmunización Eritrocitaria.

k. Se debe administrar la profilaxis con Gamma Globulina anti Rh (D) a las pacientes Rh negativa no inmunizadas desde semana 28 a la 34 de gestación. ***(ver Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo).***

l. Referir a la consulta de alto riesgo a las pacientes identificadas como isoinmunizadas al factor Rh para su manejo, según las Guías de Atención de las Complicaciones del Embarazo.

m. Determinar diagnóstico y anotar las órdenes médicas.

n. Repetir examen de detección de sífilis, VIH y de glicemia, en el tercer trimestre del embarazo y los que fueran necesario según nuevos hallazgos y siguiendo el ***cuadro 6***.

o. En cada consulta se evaluará el riesgo materno y fetal, y de ser necesario se referirá a las unidades de atención especializada (Clínicas de embarazos de alto riesgo y/o clínica de materno fetal).

p. Prescribir hierro, ácido fólico, calcio y otros que fueran necesarios según nuevos hallazgos.

q. Indicar el tratamiento y/o manejo adecuado para patologías detectadas ***(Ver Guías de manejo de complicaciones del embarazo).***

r. Se evitará de ser posible, durante el embarazo, medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas, tales como los que se muestran en el ***cuadro 5 (ver pág.44***).

Cuadro 5. Medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas.

Analgésicos que contengan aspirina o fenacetina	Antibióticos	Productos que contienen alcanfor	Varios
Aspirina	Sulfanilamida	Naftaleno (Alcanfor)	Probenecid
Buferina	Sulfapiridina	Naftalina (bolas para las polillas).	Diuréticos de Tiazida
Anacina	Sulfadimidina	Primaquina	Fenotiazina
Efedrina	Sulfacetamida	Pamaquina	Cloranfenicol
Empirina	Sodio de Glucosulfona	Cloroquina	Orinasa
Pastillas de APC	Nitrofurantoína	Antihelmínidos	Dimercaprol
Aspirina, Fenatecina, Cafeína).	Furazolidona	B-naftol,Estibofén	Azul de metileno
Compuesto de Darvon.	Nitrofurazona	Niridazol	Vitamina k y Análogos
Coricidina.	Dapsona		Habas
	Sulfoxona		Tintes de anilina
	Sulfisoxazol		Hena

s. Se dará educación durante todos los controles sobre los siguientes temas:

- Molestias más frecuentes en el embarazo y cómo tratarlas.
- Aparición de signos de peligro, y qué hacer si aparecen.
- Cuidados durante el embarazo: alimentación saludable, ejercicios y descanso, eliminación de malos hábitos (fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, automedicación).
- Importancia del Hierro y Ácido Fólico en la prevención de la anemia y defectos del tubo neural.
- Ganancia de peso adecuado durante el embarazo.
- Importancia del control odontológico en el embarazo.
- Preparación para el parto y nacimiento. Elaboración del plan de parto, según el protocolo.
- 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. Superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento, desde el punto de vista nutricional, anti-infeccioso, psicoafectivo y económico.
- Beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre y derechos a la lactancia materna según la Ley 50.
- Importancia y ventajas del parto institucional.
- Ventajas del apego precoz y alojamiento conjunto.
- Cuidados del recién nacido.

Cuadro 6 Adaptado de CLAP. Guias para el continuoo de la atención de la Mujer y el Recien Naacido Focalizadas en APS	**Antes de 13 semanas**	**Entre 13 - 19**	**Entre 20-24**	**Entre 25-28**	**Entre 29 - 32**	**Entre 33-36**	**Entre 37-41**
	1ª. visita	**2ª visita**	**3ª visita**	**4ª visita**	**5ª visita**	**6ª visita**	**7ª visita**
Evaluación inicial rápida	X	X	X	X	X	X	X
Identificación y evaluación y manejo de riesgo/complicaciones	X	X	X	X	X	X	X
Llenado de la Historia Clínica, del carnet Perinatal	X		X	X	X	X	X
Investigar estilos de vida de riesgo	X		X			X	
Cálculo de la amenorrea y –FPP	X						
Evaluación del crecimiento fetal.			X	X	X	X	X
Examen clínico completo	X						
Peso corporal y grafica	X	X	X	X	X	X	X
Talla	X						
Determinación de la presión arterial	X	X	X	X	X	X	X
Examen obstétrico							
Ex. Ginecológico y PAP	X						
Examen de mamas	X						
Determinación de la altura de fondo uterino y grafica			X	X	X	X	X
Frecuencia cardiaca fetal			X		X		X
Percibe movimientos fetales			X	X	X	X	X
Valoración posición, situación y presentación fetal						X	X
Pruebas de laboratorioygabinete							
Tipaje y Rh	X						
Prueba para toxoplasmosis	X				X		
Prueba de VIH (Previa consejería y firma del consentimiento informado)	X				X		
Hemograma completo	X				X		
Cultivo de orina	X				X		
Serología Luética (VDRL Ó RPR) o P. Treponémica	X				X		
Detección de Dengue, malaria. Chagas (en áreas de prevalencia)	X						
Urinálisis completo	X				X		
Glicemia en ayunas	X						
Tamizaje DM con 75g Glucosa				X			
Prueba de rubeola , hepatitis B , citomegalovirus	X						
Tamizaje bioquímico materno	X	X					
Tamizaje ultrasonográfico	X			X			
Cultivo recto/vag por Estrep. grupo B						XCV ZZZ	
Otras actividades							
	Antes de 13 semanas	**Entre 13 - 19**	**Entre 20 -24**	**Entre 25 - 28**	**Entre 29 - 32**	**Entre 33-37**	**Entre 38-41**
	1ª. visita	**2ª visita**	**3ª visita**	**4ª visita**	**5ª visita**	**6ª visita**	**7ª visita**
Examen odontológico	X						
Aplicación de TD de acuerdo a normas del PAI	X						
Consejería y fomento de lactancia materna	X	X	X	X	X	X	X
Elaboración Plan de Parto	X	X	X	X	X	X	X
Evaluación por Nutrición	x						
Suplementación con hierro y ácido fólico y Suplementación con calcio. (120 mg diarios)	X	X	X	X	X	X	X
Consejería sobre anticoncepción	X	X	X	X	X	X	X
Desparasitación con albemdazol		X			X		

- Importancia del tamizaje neonatal.
- Riesgo del uso del Alcanfor (medicamentos y bolitas de Naftalina) en el recién nacido (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada) (Ver cuadro 5).
- Cuidados del puerperio: alimentación, higiene, ejercicio y descanso, cuidado de las mamas.
- Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.
- Importancia del espaciamiento de los hijos y planificación familiar, métodos anticonceptivos disponibles.
- Responsabilidad compartida, materna y paterna, en el embarazo, parto y crianza.
- Cumplimiento de las indicaciones y asistencia a las citas prenatales.

t. Se orientará a toda asegurada activa, para que tramite la licencia por maternidad, tal como lo establece el Código del Trabajo.

u. Se promoverá la preparación psicoprofiláctico del parto y la participación de la gestante con su pareja. El personal médico y de enfermería será capacitado en la técnica del parto psicoprofiláctico.

v. Explique a la gestante los hallazgos y lo que es necesario hacer. Averigüe si tiene alguna pregunta para usted, responda con lenguaje sencillo y asegure que le ha entendido.

w. En cada control se le indicará a la paciente la fecha de su próxima cita y solicitará a registros médicos la adjudicación del cupo en el periodo indicado por el proveedor de la atención.

C. Protocolo de atención del parto

a. Admisión en Recibo de la paciente en labor de parto

a.1. El personal debe recibir y saludar amablemente a las mujeres y acompañantes que acuden al establecimiento en trabajo de parto, abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea compresible para la mujer y fácil de entender, para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.

a.2. Realizar una evaluación inicial rápida, según norma, atender de inmediato si presenta algún signo o síntoma de complicación.

a.3. Realizar examen físico general y obstétrico según norma.

a.4. Realizar examen vaginal previo aseo del área genital y avisar a la mujer lo que va a hacer.

- El aseo del área genital se realizará con solución antiséptica no irritante, en dirección antero-posterior y hacia fuera del introito, limpiando cuidadosamente los pliegues bulbares. Se descartan las esponjas al pasarlas sobre la región anal.
- Se separarán cuidadosamente los labios con el índice y el pulgar de una mano y se introducen suavemente los dedos índice y medio de la otra mano, sin tocar la superficie externa de los labios. No retirar los dedos de la vagina hasta completar la evaluación y evitar el contacto con el área anal.

a.5. El personal de salud debe solicitar la Tarjeta de Control Prenatal a toda embarazada que acude en trabajo de parto, para evaluar los datos anotados en ella y determinar el riesgo de la paciente. Si la mujer no posee una Tarjeta de Control Prenatal se llenará una HCPB y se le entregará después del parto como referencia.

a.6. Transcribir a la HCPB intrahospitalaria o SIP Web Plus los datos generales, la información de todas las consultas de control prenatal que tuvo la paciente y se iniciará el llenado de los datos referentes al examen físico y obstétrico, así como al parto o aborto.

a.7. Evaluar y registrar de forma completa, en la sección de trabajo de la HCPB, todas las casillas de la primera evaluación realizada a la paciente.

a.8. El personal debe ofrecer el apoyo y la orientación que la paciente requiera para disminuir la ansiedad y lograr el máximo de cooperación, confianza y tranquilidad de la embarazada, durante el trabajo de parto.

a.9. Determinar diagnóstico de ingreso y anotar ordenes médicas.

a.10. Admitir en observación a embarazadas con gestación de término en fase latente de labor, que procedan 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.

a.11. Hospitalizar sin demora a las gestantes en fase activa de labor:

- Tres o más contracciones uterinas de aproximadamente 35 – 45 segundos de duración en 10 minutos, y en forma persistente.
- Dilatación cervical de 4 cm o más.
- Modificaciones cervicales con 80% o más de borramiento.

a.12. A toda embarazada, cuyo último control de Hemoglobina sea menor de 10 gramos o Hematocrito menor de 30% al momento de la admisión, se le realizará control de Hemoglobina y Hematocrito.

a.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, VIH.

a.14. Entregar ropa adecuada de fácil manejo y se le colocará un brazalete que la identifique con su nombre completo. En áreas indígenas respetar el patrón cultural de vestimenta de las pacientes.

b. Atención en la sala de labor de parto.

b.1. El personal debe recibir y saludar amablemente a las mujeres, abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea compresible para la mujer y fácil de entender, para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.

b.2. El personal de salud debe asegurar la privacidad de la mujer y respetar sus requerimientos, según su patrón cultural, brindar un trato amable y respetuoso, ofrecer apoyo emocional para disminuir el estado de ansiedad de la parturienta durante toda la atención.

b.3. Al ingreso a la sala de labor, la parturienta será evaluada por personal médico y de enfermería, y anota las órdenes pertinentes. En instalaciones de menor complejidad, la evaluación es responsabilidad del personal capacitado, de mayor jerarquía, que tenga las competencias para realizarlo.

b.4. El personal de salud iniciará la vigilancia del trabajo de parto y la condición materna fetal, usando el partograma modificado de la OMS, desde que la dilatación cervical sea de 4 cms.

b.5. Asegurar la privacidad de la mujer durante toda la atención, así como la comunicación amable, con un lenguaje sencillo comprensible a la mujer.

b.6. El personal de salud irá modificando el plan de atención, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y de la condición materna y fetal, según gráficas y registros en el partograma.

b.7. Se administrarán analgésicos u oxitócicos, basado en las condiciones obstétricas y el progreso de la labor. (Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo)

b.8. Si la mujer está muy afectada por el dolor, comience aliviando con medidas no farmacológicas (cambio de posición, masajes, técnicas respiratorias, paños o ducha tibia). Si fuera necesario prosiga con analgésicos.

b.9. Permita a la embarazada ingerir agua y/o líquidos claros isotónicos azucarados (por ejemplo: te, jugo de manzana) cuando lo desee y en pequeñas cantidades,

hasta que alcance los 5 cm de dilatación cervical, especialmente si está visiblemente desnutrida o se cansa durante el trabajo de parto.

b.10. De contar la instalación hospitalaria con las condiciones adecuadas, la parturienta 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.

b.11. La embarazada en labor activa y membranas rotas, con feto cuya presentación no esté encajada, permanecerá preferiblemente en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.

b.12. Se procurará que la paciente mantenga la vejiga vacía, fomentando que orine cuando lo desee y estimule la diuresis espontánea, por medios físicos si fuera necesario.

b.13. De ser necesaria la cateterización de la vejiga, ésta será realizada por el personal médico o de enfermería, siguiendo la técnica aséptica.

b.14. Se debe facilitar el acompañamiento de la embarazada, durante la labor y el parto, esto dependerá de las facilidades de la instalación que garanticen la privacidad y el cumplimiento de normas de bioseguridad.

b.15. Procurar el aseo general de la paciente, a través de un baño en regadera, si la condición de la paciente lo permite.

b.16. No se efectuará rasurado perineal de rutina.

b.17. No se realizará enema evacuante al inicio de la labor.

b.18. El proveedor de salud debe lavarse las manos antes y después de cada examen vaginal.

b.19 .Los exámenes vaginales se deben realizar cada 2 horas durante la labor y después de la rotura de las membranas. Se evaluará el color del líquido amniótico, la dilatación cervical y el descenso de la presentación.

b.20. Si la paciente presenta ruptura de membranas de 18 horas o más, se iniciará tratamiento con antibióticos ***(Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo).***

b.21 .Si la paciente presenta fiebre (38º o más) se indicará antibióticos ***(Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo***).

b.22. Respetar la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto con producto encajado, a menos que haya sospecha de sufrimiento fetal o detención de la labor según grafica en el Partograma.

b.23. Si es necesario realizar la amniorrexis o amniotomía considerar lo siguiente:

- Aseo estricto de los genitales.
- Utilización de guantes y pinza estéril.
- Ruptura de las membranas en el intervalo entre dos contracciones.
- 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 prensan las membranas para rasgarlas. Una vez rotas se retira la pinza, más no así los dedos, evitando la salida brusca del líquido amniótico.
- Efectuar control de la FCF inmediatamente realizada la amniotomía.
- Evaluar las características del líquido amniótico:
    - Cantidad: abundante o escaso.

- Olor: normal, mal olor o fétido.
- Color: claro, meconial o sanguinolento.
- Presencia de vernix caseoso.

b.24. Contraindicaciones para la amniotomía:

- Presentaciones distócicas: pélvica, de cara y situación transversa.
- Parto prematuro.
- Pro cúbito de cordón (palpación del cordón a través de las membranas).
- Cabeza fetal no encajada.

b.25. Se orientará a la parturienta para que respire lenta y profundamente durante la contracción uterina, asegurando que el abdomen suba y baje con cada respiración. Terminada la contracción, inspirar profundamente y expulsar el aire lentamente, relajando todo el cuerpo.

b.26. Cualquier gestante que durante el trabajo de parto se aleje de los criterios de progreso normal, se manejará según las Guías de Manejo de las Complicaciones del embarazo.

c. Uso del Partograma

Instructivo para el uso del Partograma
Esta norma propone el uso del Partograma de la OMS modificado.

El Partograma de la OMS modificado elimina la fase latente y el registro gráfico en el mismo comienza a hacerse en la fase activa cuando el cuello uterino tiene 4 cm de dilatación. Antes de utilizarlo, debe ser ampliado a su tamaño real.

Registre lo siguiente en el Partograma:

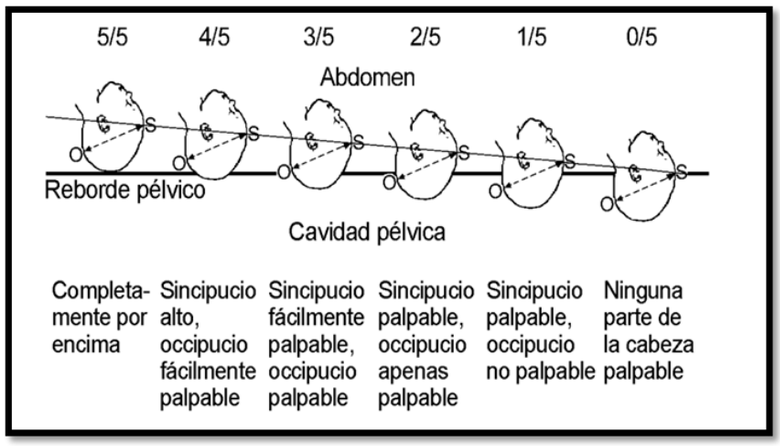
- Nombre completo, cedula o número de historia clínica, paridad, fecha y hora de ingreso, y la hora o el tiempo transcurrido desde la rotura de las membranas.
- Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora. En la cuadrilla superior del Partograma.
- En la siguiente sección registre en cada examen vaginal el estado de las membranas, y si están rotas las características del líquido amniótico según las letras

C: membranas rotas, líquido claro;
M: líquido con manchas de meconio;
S: líquido con manchas de sangre

Moldeamiento: en esta sección registre el moldeamiento según grado

1: suturas lado a lado;
2: suturas superpuestas, pero reducibles;
3: suturas superpuestas y no reducibles.

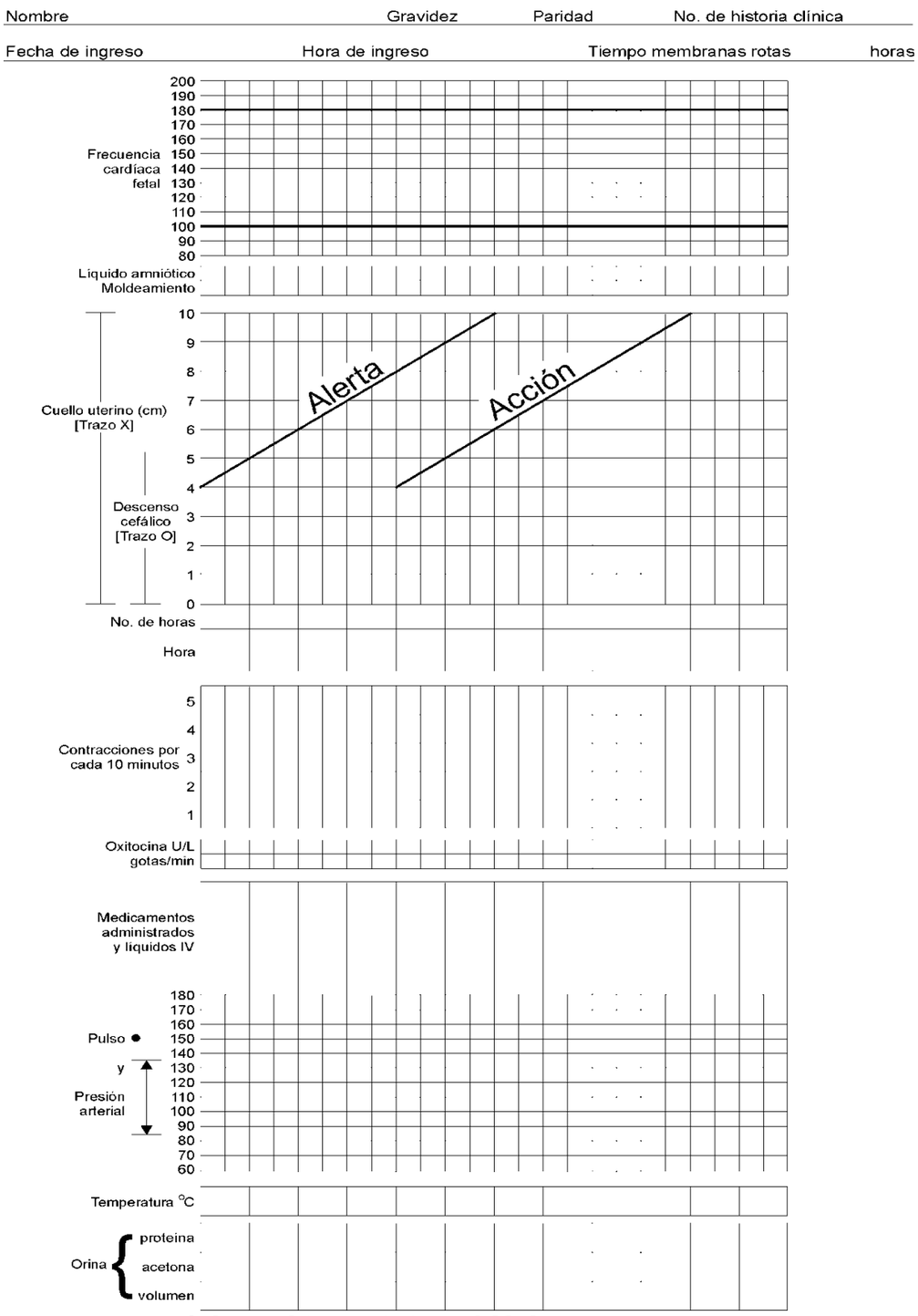
- Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal y marque con una cruz (X). A los 4 cm de dilatación, comience el registro en el partograma.
- Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación del cuello uterino hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.
- Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y 4 horas a la derecha de la misma.
- Evaluación del descenso mediante palpación abdominal: Se refiere a la parte de la cabeza (dividida en 5 partes) palpable por encima de la sínfisis del pubis; se registra como un círculo (O) en cada examen vaginal. A 0/5, el sincipucio (S) está al nivel de la sínfisis del pubis.



- N°. de horas: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).
- Hora: Registre el tiempo real.
- Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones por 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.
    - Menos de 20 segundos : puntear el cuadro
    - Entre 20 y 40 segundos: hacer rayas oblicuas paralelas en el cuadro
    - Más de 40 segundos : rellenar el cuadro

- Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.
- Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.
- Pulso: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (•).
- Presión arterial: Registre cada 4 horas y marque con flechas.
- Temperatura: Registre cada 2 horas.
- Proteína, acetona y volumen: Registre cada vez que se produce orina.

PARTOGRAMA DE LA OMS MODIFICADO



- **Período expulsivo-nacimiento del bebe**

d.1. Este periodo se inicia con la dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del bebé.

d.2. La atención del periodo expulsivo se realizará en la Sala de Partos, la cual debe contar con un área preparada con el equipamiento e insumos para una eventual reanimación neonatal (básico: paños limpios, secos y tibios, pera de aspiración y bolsa-máscara de ventilación).

d.3. Respetar la decisión y la cultura de la parturienta, de adoptar la posición vertical (al momento del nacimiento) u otra si así lo desea, evitando la posición de litotomía dorsal.

d.4. Asegurar la privacidad de la mujer durante el parto.

d.5. Permita o estimule la presencia de un acompañante, si la mujer lo desea y si el espacio lo permite.

d.6. Se procurará la presencia física del médico o personal calificado, que tenga las competencias necesarias, en todos los partos y del pediatra si existe el recurso, desde el inicio del periodo expulsivo.

d.7. La camilla de parto estará con un respaldo no menor de 45°, debe poder reclinarse, permitiendo a la mujer que adopte la posición más cómoda que elija para pujar, semisentada, de lado, cuclillas, entre otros.

d.8. Tener preparada 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.

d.9. El paquete para atención del parto debe contener: un platón de acero inoxidable, 2 pinzas de aro, 2 Pinzas Kocher, 1 tijera roma, 1 clamp para el cordón umbilical, 2 pares de guantes y 1 perilla de goma 2 sabanitas para la atención del recién nacido, 2 campos estériles para la madre y 3 apósitos estériles. Equipamiento para atención del recién nacido: Fuente de calor, mesa de reanimación, 2 toallas con campos sexos y tibios, perilla de goma y sonda nasogástrica, bolsa autoinflable con reservorio, mascarillas de resucitación, estetoscopio neonatal, fuente de oxígeno, guantes, reloj con segundero, balanza pediátrica con platillo, tallímetro de mesa o cinta métrica, jeringa con aguja, laringoscopio pediátrico, hojas rectas número 1 y 0, tubos endotraquales número 2, 2.5, 3 y 3.5 Fr., oxímetro de pulso, incubadora de transporte, termómetro ambiental termómetro clínico. (Ver Guías para la atención integrada de niños y niñas, desde el nacimiento hasta los 9 años de edad (2010), Capitulo IV Atención durante el Nacimiento pág. 206).

d.10. El equipo de episiotomía se preparará aparte del equipo de parto, consiste en 1 pinza de aro, 1 tijera recta, 1 porta agujas, 1 pinza de disección con dientes.

d.11. De ser posible se debe tener disponible valvas vaginales tipo Sims grandes, cuando se realicen episiotomías.

d.12. El personal que va asistir el parto se realizará lavado quirúrgico de antebrazos y manos y utilizará equipo de protección personal: bata, gorro, guantes de látex estériles, mascarilla con visera o lentes plásticos y botas.

d.13. Se realizará higiene del pubis, cara interna de ambos muslos y periné con antiséptico quirúrgico.

d.14. Sólo ante una vejiga muy distendida o globo vesical, con dificultad para la eliminación espontánea, se realizará el cateterismo.

d.15. Vigilar los signos vitales de la parturienta, la actividad uterina y la FCF cada 10 minutos. Tomar acción inmediata si se presenta alguna alteración. ***(Ver Guía de manejo de complicaciones del Embarazo).***

d.16. Ante la presencia de alteraciones de la FCF o materna, llamar al personal más calificado para evaluar la situación materno-fetal.

d.17. Oriente a la parturienta para que puje en forma espontánea, en cada contracción durante el periodo expulsivo, sólo cuando sienta el deseo de hacerlo, no la fuerce. Asegure que la dilatación está completa y la presentación haya descendido lo suficiente para estimular el pujo.

d.18. Se le orientará para que respire más rápido y superficialmente, y a no contener la respiración mientras puja, ni apretar la garganta, ni pujar fuerte por largo tiempo. Se le recordará relajarse cuando pase cada contracción.

d.19. Brindar apoyo emocional a la parturienta e incentivarla a colaborar con su proceso en la fase expulsiva, tratarla con respeto, considerar sus patrones culturales, explicarle cada procedimiento que se le va a hacer.

d.20. No realizar la manipulación y estiramiento excesivo del periné durante el segundo periodo del parto, porque es considerada una práctica nociva y está proscrita.

d.21. No se realizarán maniobras que ocasionan la salida abrupta del producto, (Kristeller) porque es considerada una práctica nociva y está proscrita.

d.22. Restringir la realización de episiotomía. La decisión sobre la realización de una episiotomía debe ser individualizada de acuerdo al caso y no practicada de rutina.

d.23. Considerar realizar la episiotomía solo en las siguientes situaciones:

- Parto vaginal complicado (de nalgas, distocia de hombro).
- Cicatrización de desgarros de tercer o cuarto grado mal curado.
- Sufrimiento fetal.
- Cuando la elasticidad del periné o del orificio de la vulva constituyan un obstáculo para la salida del bebé.
- Procedimiento para la episiotomía:
- Debe realizarse en el momento en que la presentación corona en el piso perineal, durante una contracción.
- Como anestésico local se utiliza ***xilocaína*** al 2%, aproximadamente 5cc.
- 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 (3-4 cm).

d.24. Pasos a seguir al momento del parto:

A. Pida a la mujer que continúe sus esfuerzos espontáneos de pujar hasta que la cabeza corone.
B. Indíquele que jadee o de sólo pequeños pujos con las contracciones a medida que sale la cabeza del bebé, para que la salida de la cabeza sea lenta, constante y controlada, para permitir que el periné se vaya distendiendo lentamente y evitar desgarros. Evite que la mujer puje sin contracción.
C. Debe hacerse en todos los casos la protección cuidadosa del periné. Para evitar la salida brusca de la cabeza coloque los dedos de una mano sobre ella, manteniendo la cabeza flexionada, y sosteniendo el perineo con la otra mano y una compresa, a medida que va saliendo la cabeza del bebé
   - Pida a la madre que deje de pujar una vez que la cabeza haya salido.
   - Limpie la mucosidad (y las membranas si fuera necesario) de la boca y nariz del bebé con un apósito limpio. En el recién nacido normal la limpieza manual de secreciones con un paño limpio o una gasa es suficiente
   - ***La succión activa de las vías aéreas con un una sonda está indicada únicamente en caso de aspiración de meconio en un recién nacido sin esfuerzo respiratorio.***
   - NO aspire boca ni nariz del bebé.
   - 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 en dos puntos 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.
   - 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.
   - Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Sosteniendo con sus dos manos los lados de la cabeza, aplique tracción

lenta y suave de la cabeza del bebé hacia abajo para extraer el hombro anterior. Luego eleve la cabeza para extraer el hombro posterior.

- Sostenga la cabeza del bebé con una mano y el resto del cuerpo del bebé con la otra mano mientras se desliza hacia afuera.
- Realice pinzamiento del cordón umbilical cuando deja de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical no aplica en casos de circular de cordón tensa al cuello, madre VIH positiva, madre RH negativa sensibilizada, placenta previa sangrante, DPPNI, asfixia perinatal, prematurez, presencia de meconio. En estos casos pinzar el cordón a 20 cm de la inserción umbilical.
- 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 y tratamiento oportuno**.(Nota: *la muestra de sangre del cordón debe ser extraída del lado placentario*)**

e. Período placentario o de alumbramiento

e.1. El alumbramiento tiene lugar después del nacimiento del niño y consiste en el desprendimiento, descenso y salida completa de la placenta.

e.2. Procedimiento para el ***Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP):***

- Aplique a la parturienta (vaginal o cesárea) 10 UI IM de Oxitocina, inmediato al nacimiento del bebé, tan pronto como sea posible, dentro del 1er minuto, habiendo descartado la presencia de otro bebé, se haya usado o no previamente Oxitocina para inducto-conducción.
- Realice pinzamiento del cordón umbilical cuando deja de pulsar (aproximadamente 3 minutos).
- Con la contracción uterina realice una tensión controlada del cordón umbilical, junto con una contra-tracción uterina (rechazando estabilizando fondo uterino por sobre el pubis para prevenir inversión uterina) y aplique masaje uterino inmediato al alumbramiento y cada 15 minutos durante las primeras 2 horas.
- La placenta será recibida con las manos para evitar que caiga por su propio peso y se produzcan desgarramientos y retención de membranas. Sostenga la placenta con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas. Hale lentamente para completar la extracción.

e3. Examine cuidadosamente la placenta para asegurar que está íntegra, confirmar que estén completos los cotiledones y membranas, revisando su cara fetal y la materna.

e.4. 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 su 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.

e.5. Examen de la cara materna: Revisar si ésta se observa desgarrada lo cual es un índice de retención parcial de cotiledones.

e.6. La sospecha de retención de restos placentarios dará lugar a la revisión y extracción inmediata de estos restos.

e.7. Terminada la salida de la placenta, se asegurará que el útero se palpe globoso y de consistencia leñosa (globo de seguridad de Pinard), realice masaje uterino si el útero está blando.

e.8. Control de la presión arterial y pulso inmediatamente después del parto.

e.9. Controlar el sangrado y contracción uterina cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Realice masaje uterino si es necesario hasta asegurar que el útero se mantenga contraído y que no se relaje después de detener el masaje uterino.

f. Reparación de desgarros y episiotomía

f.1. Examine a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, la vagina y periné o la episiotomía, previa hemostasia, sin dejar planos de clivaje o espacios muertos. Es importante que se utilicen suturas absorbibles preferentemente de 2-0. El catgut cromado 2-0 es una alternativa aceptable pero no ideal.

f.2. Pida a un asistente que haga masaje del fondo uterino. Coloque un dedo enguantado en el ano, levante suavemente e identifique el esfínter. Cámbiese los guantes por otros estériles. Si el esfínter no está lesionado siga adelante con la reparación.

f.3. Los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas, sólo haga compresión si es necesario.

f.4. Procedimiento para suturar la episiotomía:

- Realizar asepsia del periné antes de iniciar la sutura de la episiotomía.
- 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 Lidocaína al 1 o 2 %. 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). Al concluir de infiltrar espere 2 minutos y verifique si ha hecho el efecto esperado.
- Comience la reparación vaginal cerca de 1 cm por encima del ápice del desgarro o episiotomía. Realice sutura continua para la mucosa vaginal hasta el borde de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y anude. Pueden usarse puntos separados para afrontar músculo y fascias perineales.
- Si el desgarro es profundo, repare los músculos perineales usando puntos separados con hilo 2-0 y coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- Repare la piel usando puntos separados o subcutáneos con hilo 2-0 comenzando con la abertura vaginal.
- Asegure que no haya sangrado, aplique solución antiséptica al periné y cubra los genitales con un paño limpio
- Asegure que la mujer esté confortable y abrigada.

D. Protocolo de Evaluación y Atención Inmediata del Recién Nacido.

En las instalaciones con CONE básico y completo se deberá contar como mínimo:

- Condiciones óptimas de iluminación, ventilación e higiene para ofrecer un parto limpio y seguro.
- La temperatura de la Sala de Partos debe estar entre 26 y 30° C. (Nota: *temperatura ideal 25º C*).
- Fuente de calor
- Mesa de reanimación
- Mezclador de gases

- 2 toallas con campos secos y tibios
- Perilla de goma y sonda nasogástrica
- Aparato de succión
- CPAP nasal
- Bolsa auto inflable con reservorio
- Mascarilla de reanimación
- Estetoscopio neonatal
- Fuente de oxígeno
- Bolsas plásticas para termorregulación
- Guantes
- Reloj con segundero
- Balanza pediátrica con platillo
- Tallímetro de mesa o cinta métrica
- Jeringa con aguja
- Laringoscopio pediátrico con batería y bombillo de repuesto
- Hojas rectas N° 1 y cero
- Tubos endotraqueales N° 2, 2.5, 3.0 y 3.5 Fr
- Oxímetro de Pulso
- Incubadora de transporte
- Termómetro ambiental
- Termómetro clínico digital

a. Atención inmediata

a.1. Secar al recién nacido, con un paño o toalla limpia, suave y tibia (Nota: *el secado inmediato evita hipotermia por pérdidas por evaporación*).

a.2. Colocar al recién nacido en contacto piel a piel con su madre**,** para favorecer el apego y la lactancia materna. Debe protegerse al recién nacido del enfriamiento, manteniéndolo cubierto con una sabanita seca.

a.3. 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. Se mantendrá con ella para propiciar el apego materno y la lactancia materna exclusiva.

a.4. Seque al bebé completamente y envuélvalo en un paño limpio y seco.

a.5. El bebé piel a piel sobre el pecho o abdomen de la madre o sobre una frazada tibia y seca al lado de la madre.

a.6 Evaluar si respira o llora:

- **Si el bebé no llora,** no comienza a respirar o no está respirando bien (jadeo, tiraje, retracción), inicie la reanimación antes de continuar la atención de rutina.
- Acciones antes del primer minuto (minuto de oro[2]).

Reanimación inmediata de todo recién nacido que no respire al momento del nacimiento, según guías de AIEPI y la última recomendación de la Academia Americana de Pediatría ***(Nota: no deberá utilizarse oxígeno rutinariamente ya que la reanimación neonatal puede realizarse con aire ambiental).***

- Posicione la cabeza, ligeramente extendida.
- Despeje vías aéreas, primero boca y luego nariz.
- Estimule la respiración frotando la espalda una o dos veces.

[2] Recomendación de la Academia Americana de Pediatría- Ayudando a los Bebés a Respirar (ABR o HBB sigla en Inglés) – según evidencia alrededor del 90% de los bebés con problemas respiratorios al nacer se recuperan y mejoran su pronóstico con medidas básicas realizadas antes del primer minuto de vida- Minuto de Oro.

La mayoría de los bebés empieza a respirar antes del primer minuto de vida con estas acciones. Si estas acciones no dan resultado, corte el cordón e inicie la ventilación.

- Coloque al bebé sobre un área limpia, caliente y seca con buena luz para evaluarlo.
- Posicione la cabeza, ligeramente extendida.
- Posicione la máscara cubriendo boca y nariz, asegure que quedó un sello hermético y comience la ventilación.
- Apriete la bolsa para producir un movimiento suave del pecho y observe si el pecho asciende, sino, corrija la posición de la cabeza y asegure el sello de la máscara.
- Ventile por un minuto y evalúe la frecuencia cardiaca.
- Si el bebé empieza a respirar y FC es mayor de 100 x min, continué ventilando hasta que el bebé esté respirando bien. Luego mantenga vigilancia estrecha de FR, respiración, temperatura y color, junto a su madre.
- Si el bebé no respira, o no está respirando bien, requiere ventilación continua y referencia a cuidados avanzados.
- El bebé que está pálido, azul o respirando muy rápido puede ser ayudado con oxígeno por cánulas nasales o catéter.
- Si el bebé llora al nacer pince y corte el cordón una vez que haya dejado de latir (+/- 3 min), y continúe con la atención de rutina.

a.7. Pinzamiento o ligadura y cuidados del cordón umbilical. Usando una técnica rigurosamente aséptica:

- Ligar el cordón umbilical a una distancia de 2.5 cm a 3 centímetros de la inserción umbilical, con un clamp estéril o con 1 –2 cintas de hiladillo seco.
- Verificar la presencia de 2 arterias y una vena.
- Garantizar que no sangre el muñón umbilical.
- Limpiar el muñón con alcohol al 70% no desnaturalizado, únicamente.

(**Nota:** ***no debe cubrirse el cordón con apósitos o gasas, para poder vigilar si sangra o una posible onfalitis, el cordón se seca mejor al aire)*.**

a.8 Asegure que el bebé esté respirando bien, se mantiene abrigado, incluida la cabeza, y en contacto piel a piel con el pecho de su madre, por lo menos la primera hora de vida y estimule el inicio de la lactancia.

a.9. El Pinzamiento tardío del cordón umbilical no aplica en casos de circular de cordón tensa al cuello, Rh negativa sensibilizada, placenta previa sangrante o DPPNI y asfixia perinatal.

- Se evaluará el APGAR al minuto y a los 5 minutos después de nacido según el esquema de valorización. El tiempo comenzará a contar cuando termine la salida completa del recién nacido (Nota: *el Apgar no debe utilizarse para decidir reanimación neonatal*).
  - Valoración del Apgar al primer minuto**:** Un Apgar de 7 o más en el primer minuto asegura una adaptación neonatal adecuada, el establecimiento y mantenimiento de la respiración y la estabilización térmica.
  - Valoración del Apgar a los 5 minutos: Un Apgar menor de 7 requiere un mejor control del recién nacido en su adaptación neonatal inmediata (*Nota: si la institución de salud no tiene capacidad resolutiva, remitir a un nivel de mayor complejidad según normas de estabilización y transporte*).

Cuadro 7- Puntuación de 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

Fuente :(Apgar V. *Pediatr Clin North Am* 1966 Aug 13(3):645-50

Calificación según Índice de APGAR:
Bueno: 7 - 10
Regular: 4 - 6
Malo: 0 - 3

a.10 Fomentar el apego precoz del recién nacido e inicio de la lactancia, mantenerlo con su madre por lo menos los primeros 30 minutos de vida.

- Iniciar lactancia materna exclusiva al momento del nacimiento y prolongarse durante la siguiente media hora. previa verificación del resultado de la prueba de VIH
- Mantener lactancia exclusiva hasta los 6 meses de edad y hasta los 24 meses ofreciendo alimentación complementaria al lactante.

a.11 Promoción, protección y fomento de la lactancia materna exclusiva:

- Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la “promoción, protección y fomento” de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer durante la lactancia. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y demostraciones sobre:

    - Inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna.
    - Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna.
    - Beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y sucedáneos de la leche materna.
    - En las instalaciones de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
    - Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia científica, que contraindican la alimentación al pecho materno en situaciones muy especiales.
    - Si el recién nacido 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 o leche pasteurizada de un banco de leche materna.

a.12. Todas las instalaciones que atienden parto (CONE Básico y CONE Completo) deben contar con libro de partos, donde se registrará la información de todos los partos ocurridos ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes.

a.13 Se debe consignar todos los datos del parto y nacimiento en la sección correspondiente de la Historia Clínica Perinatal.

a.14 Se debe llenar el certificado de nacimiento vivo, si el bebé nació vivo o el certificado de defunción fetal si nació muerto.

b. Evaluación y Cuidados rutinarios del recién nacido

b.1. Identificar al recién nacido. El recién nacido será identificado con 2 marquillas: una se colocará en el miembro superior derecho, uno en el miembro inferior izquierdo.

Las marquillas llevarán la siguiente información:

- Nombre y apellido completo de la madre.
- Fecha y hora de nacimiento.
- Sexo del recién nacido (Nota: *en caso de genitales ambiguos diferir la anotación del sexo hasta completar la evaluación*).
- N° de la Historia Clínica de la madre.

b.2. Evaluar la edad gestacional en semanas, de acuerdo al método de Capurro en el recién nacido a término y al método de Ballar en el recién nacido prematuro (Nota: *la mejor determinación de la edad gestacional es por fecha de última menstruación*).

b.3. Realizar examen físico, antropometría (peso, talla y perímetro cefálico) y clasificación, según el peso y edad gestacional. 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. Todo recién nacido con menor peso y edad gestacional al nacer tendrá más morbilidad y mortalidad.

(Nota: *todo niño o niña con alguna anomalía o defecto congénito menor o mayor, debe ser presentado a la madre, padre y familiares*).

b.4. El Pediatra anotará en la HCPB intrahospitalaria los datos del recién nacido y transcribirá los mismos a la tarjeta de control prenatal.

b.5. Administración de vitamina K_1 intramuscular:

- 1 mg al recién nacido a término.
- 0.5 mg al recién nacido prematuro y al de bajo peso (< 2500 g).

b.6. Realizar profilaxis oftálmica. Se aplica colirio o ungüento oftálmico antibiótico, tales como: tetraciclina al 1%, solución de yodo-providona al 2.5%, nitrato de plata al 1% o eritromicina (Nota: *el nitrato de plata puede causar oftalmía química si no se lava inmediatamente con solución salina después de aplicar*).

b.7. 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.

b.8. Baño y aseo del recién nacido. “No debe realizarse inmediatamente al parto” y no debe implicar la separación del niño de su madre por más de unos cuantos minutos (Nota: *nunca debe eliminarse la vernix caseosa ya que representa una barrera de defensa contra infecciones y otras protecciones de la piel del recién nacido*). Se invitará a la madre o a ambos padres, para que participen en el aseo del niño, el cual será guiado por enfermera o auxiliar 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%.

b.9. Se procurará brindar apoyo psicosocial en situaciones especiales.

b.10. Prácticas que deben eliminarse como rutinarias:

- Aspiración de secreciones por sonda o perilla.
- Lavado gástrico.
- Baño inmediato al parto.
- Ayuno.
- Administración de soluciones glucosadas, agua o algún sucedáneo de leche materna.
- Uso de biberón.
- Separación madre-hijo sin motivos médicos comprobados.

- Acostar al recién nacido en decúbito prono (Nota: *esta práctica de acostar al recién nacido boca abajo está relacionada con muerte súbita infantil*).

b.11. Alojamiento conjunto madre-recién nacido: las instalaciones de salud que ofrezcan atención a la madre y el recién nacido deberán garantizar que ambos estén en la misma habitación desde el nacimiento, hasta el momento que ambos sean dados de alta. Durante este período se realizarán las siguientes acciones:

- Evaluación clínica diaria y detección temprana de signos de peligro (ictericia, hipoglucemia, sepsis).
- Evaluación de la lactancia materna exclusiva y la técnica de amamantamiento (posición, agarre y succión).
- Vacunación con BCG intradérmica y hepatitis B intramuscular:
  - BCG 0.1 cc al recién nacido a término.
  - BCG 0.05 cc al recién nacido menor de 2500 g.
  - Hepatitis B 0.5 cc en cara externa del muslo, en las primeras 12 horas.
- Consejería a la madre, padre y familia sobre prácticas adecuadas para la salud, higiene y la detección temprana de signos de peligro en el hogar.
- El personal médico y de enfermería hará las anotaciones de todas las acciones y observaciones realizadas en este periodo en la HCPB intrahospitalaria.
- La enfermera, auxiliar de enfermería u otro personal capacitado, aplicará las Vacunas de BCG, Hepatitis B y vitamina K 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.

c. Atención pediátrica:

c.1 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).

c.2 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.

c.3 El Pediatra enseñará a la madre o a los padres a observar y reconocer la conducta y características de un recién nacido normal o enfermo, enfatizando en los siguientes aspectos:

- Actividad, llanto y sueño.
- Posición para dormir (normal: posición supina o un poco de lado).
- Características de las heces, orina y flujo vaginal en las niñas según su edad postnatal y tipo de alimentación.

c.4 Lactancia materna exclusiva (normal: ocho veces al día, de día y noche).

c.5 Prevención de enfermedades e identificación de signos de peligro (ictericia, letárgico o inconsciente, no quiere mamar, vomita todo lo que toma, ha tenido convulsiones). (Nota: *cualquier recién nacido con un solo signo de peligro debe regresar de inmediato para ser evaluado nuevamente por un Pediatra*).

c.6 Si al egreso materno el recién nacido debe quedar hospitalizado, se le entregará a la madre 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 o el sistema de control de enfermedades del Ministerio de Salud.

c.7 Al cuarto día de vida, se le debe realizar al recién nacido el Tamizaje Metabólico y Auditivo, así como una visita de control clínico para identificar posibles dificultades y reforzar la lactancia materna exclusiva, la higiene en el hogar y la identificación temprana de signos de peligro.

d. Pruebas de tamizaje metabólico neonatal:

d.1 Detección de hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, hiperplasia adrenal congénita y hemoglobinopatías se realizaran entre el día 3-7 post natal, de preferencia entre el 3-4to día.

d.2 La técnica para tomar la muestra se realizará de acuerdo a las "Normas del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal".

E. Protocolo de Cuidados del Puerperio Inmediato y Mediato.

a. Puerperio Inmediato y Mediato

a.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.

a.2. Para la madre se darán las siguientes órdenes:

- Trasladar a la Sala de Puerperio Inmediato para vigilancia rigurosa por 2 – 4 horas.
- Alojamiento conjunto del neonato y lactancia materna exclusiva (si no hay contraindicación).
- Nada por vía oral durante las 2 primeras horas. Después se le ofrecerá dieta regular.
- Mantener en reposo relativo.
- Vigilar los signos vitales (T°, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos durante la primera hora y avisar por alteraciones.
- Vigilar si la mujer está hidratada.
- Vigilar el sangrado vaginal, consistencia con la altura uterina y contractibilidad uterina cada 15 minutos durante las 2 primeras horas postparto y cada hora durante las siguientes 6 horas, o más seguido si se presenta cualquier complicación
- Conocer y aplicar medidas para estimular la contracción y retracción uterina.
- Vigilar que orine espontáneamente. Debe orinar al menos 180 cc. durante las primeras 6 horas.
- Administrar analgésicos cada 6 – 8 horas si es necesario.
- Aplicar compresas frías en el periné a pacientes con episiorrafia o desgarros reparados.
- El personal que atiende el parto es responsable del llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio, y el certificado de nacimiento.

a.3. Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin complicaciones, la mujer y su recién nacido serán trasladados a la Sala de Puerperio con las siguientes órdenes:

- Dieta corriente, líquidos abundantes
- Vigilar el estado general y emocional
- Vigilar signos vitales cada 6 horas
- Vigilar por sangrado vaginal y contracción uterina cada 2 horas.
- Analgésicos cada 6 a 8 horas si es necesario.
- Revisión del periné

- A las pacientes a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros, vigilar por hematomas, dehiscencias, edema y orientación sobre higiene y cuidados del periné.
- Vigilar diuresis espontánea.

a.4. La puérpera cuyo parto ocurrió fuera de la sala de partos, luego de su revisión si es necesaria, será enviada junto con el recién nacido directamente a la Sala de Puerperio. Se debe asegurar el llenado de HCPB para su introducción al sistema informático.

a.5. Si la paciente es captada luego de un parto domiciliario debe ser referida con prontitud a un CONE ambulatorio, básico o completo para su evaluación por personal de salud y la del recién nacido donde se le llenara la historia clínica perinatal y la tarjeta de control del niño o niña.

a.6. Se verificarán las órdenes médicas y el cumplimiento de las mismas.

a.7. No se dará de forma rutinaria derivados de la Ergonovina.

a.8. No administrar medicamentos que inhiben la producción de leche materna.

a.9. Evaluación de los pezones y vigilar por ingurgitación mamaria o laceraciones.

a.10. Se vigilarán los miembros inferiores para detectar precozmente problemas relacionados con trombosis.

a.11. Se estimulará la deambulación precoz de la puérpera.

a.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.

a.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.

a.14. Se verificará conjuntamente con la madre los datos de identificación del recién nacido.

a.15. Se practicará y recomendará la lactancia materna exclusiva. El personal de salud eliminará el uso de biberones, mamones o consuelos y sólo administrará y recomendará leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados y de ser necesario se administrará leche materna en tacitas, vasitos o con cucharitas.

a.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.

a.17. Durante la lactancia la mujer debe tomar (dos) vaso de agua cada vez que de pecho.

a.18. Toda madre que no pueda amamantar será orientada sobre la extracción manual de la leche materna o sobre el uso del extractor mecánico.

a.19. Se le hará énfasis a la madre y su pareja o su familia en que:

- Sólo la succión frecuente del niño al pecho asegurará una buena cantidad de leche y evitará la congestión mamaria, mastitis y falta de leche.

- Para favorecer la producción de leche, la madre debe ingerir líquidos abundantes y una dieta balanceada y tener un ambiente tranquilo.
- La madre debe dar el pecho al niño cada vez que éste lo pida, sin horarios fijos, tanto de día como de noche.
- No requiere lavarse los pezones cada vez que amamanta; el baño diario es suficiente.

a.20. Advertir sobre la observación de signos y síntomas de alarma en el puerperio tardío que requieran de la búsqueda de atención inmediata. Esto incluye:

- Sangrado persistente abundante o de mal olor.
- Fiebre.
- Mamas congestionadas, dolorosas, enrojecidas.
- Dolor, hinchazón, o enrojecimiento de miembros inferiores.
- Cefaleas intensas.

a.21. Reforzar aspectos generales sobre higiene de la puérpera; reinicio de las relaciones sexuales; alimentación.

a.22.Toda madre lactante será referida al Programa de Alimentación Temprana Materna Infantil (PACMI) hasta que el niño cumpla 6 meses de vida.

a.23. Al dar de alta a la madre y al recién nacido se completará el llenado de la HCPB incluyendo el estado al egreso de ambos. El personal que determina el alta, es responsable de transcribir lo correspondiente a la atención recibida a la madre o al recién nacido y se devolverá a la madre la tarjeta de control prenatal, reforzándole que este documento es la referencia de ambos.

a.24. Orientar a la madre sobre la asistencia al control de puerperio en la instalación del nivel local correspondiente entre los 7 y 15 días post-parto; insistir en que debe llevar y presentar su tarjeta de control prenatal a su médico y al médico que atienda al niño.

a.25. A toda puérpera no vacunada previamente se le administrará la primera dosis de Toxoide Tetánico o Toxoide Tetánico Diftérico tipo adulto o la TDaP antes de su egreso y se completará posteriormente el esquema en el nivel local.

a.26. A toda puérpera se administrará una Megadosis de Vitamina A (200,000UI) antes del egreso.

a.27. A toda puérpera no vacunada previamente contra la Rubeola 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 Rubeola durante el embarazo no constituye indicación de interrupción del mismo.

a.28. La vacuna contra la Rubeola está contraindicada en:

- Procesos febriles agudos.
- Sensibilidad a la Neomicina.
- Deficiencias inmunitarias congénitas.
- Enfermedad maligna del sistema linfático.
- Terapia inmunosupresora.
- Embarazo.

a.29. Debe anotarse en la HCPB si se le aplicó a la puérpera el Toxoide o la vacuna contra la Rubeola.

a.30. Los datos sobre las inmunizaciones en embarazadas y puérperas se consolidan en el informe para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).

a.31. De ser necesaria alguna de estas vacunas, debe ser aplicada aún los fines de semana o días feriados.

a.32. De estar indicada, la vacunación de la puérpera se realizará independientemente del resultado del embarazo (postaborto, óbito fetal o nacimiento vivo).

a.33. Debe asegurarse la revisión de los resultados de laboratorios ordenados durante la hospitalización, antes del egreso de la paciente y su anotación en la tarjeta de control prenatal.

a.34. Toda puérpera sin control prenatal y/o sin VDRL; y/o VIH previo se le realizará serología luética y/o prueba de VIH y deberá conocerse el resultado antes de ser dada de alta. Anotar los resultados en la tarjeta de control prenatal.

a.35. Si la madre tiene serología positiva debe administrarse tratamiento contra la Sífilis a la madre y profiláctico al recién nacido. Llenar el Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades Transmisibles y notificar a Epidemiología. Anotarlo en la tarjeta de control prenatal.

a.36. Toda puérpera Rh negativo no sensibilizada post-parto y post-aborto, con producto Rh positivo, recibirá tratamiento profiláctico de la isoinmunización con Globulina anti D ***(Ver Isoinmunización Materno Fetal. Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).***

a.37. 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.

a.38. Toda mujer durante el post parto o en el post aborto se debe evaluar por síntomas de depresión y referir para manejo especializado ***(Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).***

a.39. Se instruirá a la puérpera que desea planificar su familia, a que no utilice métodos hormonales que contengan estrógenos durante la lactancia, durante las primeras seis semanas.

a.40. Pacientes en situación post-aborto deben ser orientadas sobre la recuperación a corto plazo de su fecundidad y la necesidad de iniciar un método anticonceptivo cuanto antes. La instalación de Salud debe ofrecer todos los métodos anticonceptivos disponibles para que la usuaria, luego de la consejería, elija libremente. De ser posible debe iniciar el método inmediatamente.

a.41. Toda paciente con historia de aborto habitual debe ser referida a la consulta especializada.

a.42. Toda puérpera post-aborto debe ser referida a la consulta de Ginecología con cita en un plazo no mayor de dos semanas. ***(Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).***

a.43. Se llenará la HCPB intrahospitalaria, SIP WEB plus, con la Solapa de aborto a toda puérpera o post-aborto.

B. Atención ambulatoria del puerperio normal

b.1. La puérpera normal recibirá un control en la consulta de puerperio, el cual será programado dentro de los 7 a los 15 días siguientes al parto, coincidiendo, preferiblemente, con el control del recién nacido. La asistencia con la pareja es recomendable.

b.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.

b.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.

b.4. Durante la consulta de puerperio deben realizarse las siguientes acciones:

- Evaluación inicial rápida, si presenta algún signo o síntoma de complicación, debe ser atendida de inmediato.
- 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.
- Evaluación clínica completa.
- Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la evaluación.
- Reforzamiento sobre: Higiene personal, en especial los genitales y mamas; la alimentación y nutrición y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
- Se la dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar.
- A Toda Puérpera se le indicará que debe continuar con dosis de hierro 60 mg hierro elemental y 400 ug de ácido fólico por día, por un mínimo de 3 meses post parto.
- Indicar hematínicos y vitaminas según hemoglobina al egreso.

    - Puérpera con Hb 7g y más: 60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico por día por 8 meses
    - Puérpera con Hb < 7g: 180 mg de sulfato ferroso y 500 mcg de ácido fólico por 4 meses y reevaluar.

- 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.
- Se llevará registro estadístico de las patologías del puerperio.

C. Diez Pasos para la Lactancia Materna Exitosa

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

c.1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.

c.2. Capacitar a todo el personal de salud, de la forma que esté en condiciones para poner en práctica esa política.

c.3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.

c.4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

c.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.

c.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.

c.7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.

c.8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo solicite.

c.9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o mamones artificiales.

c.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.

D. Normas para la Interrupción del Embarazo

a. Por indicación legal

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.

b. Por indicación médica

b.1. 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.

b.2. Para acoger la solicitud de interrupción del embarazo se requieren:

- Solicitud y consentimiento por escrito de la mujer.
- En caso de mujeres menores de edad o inhabilitadas por razones legales, deberá presentarse el consentimiento del representante legal.
- 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 consultante.
- Exámenes de laboratorio y/o complementarios que confirmen el diagnóstico.

b.3. La Comisión tendrá la facultad de requerir otros exámenes confirmatorios.

b.4. 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.

b.5. 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.

b.6. Las solicitudes procedentes de Hospitales y Clínicas privadas serán referidas a la Comisión por el Ginecólogo Obstetra tratante para su estudio y decisión final.

b.7. 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.

b.8. En caso de que se considere justificada la interrupción del embarazo la Comisión expedirá la autorización para la ejecución de la misma.

b.9. Una vez autorizada por la Comisión la realización del aborto, éste se realizará bajo la responsabilidad de médicos Ginecólogos Obstetras idóneos.

b.10. Se utilizarán, de preferencia, procedimientos que reduzcan los daños debido a la dilatación del cuello uterino, por ejemplo: uso del misoprostol y/o la Aspiración Manual Endouterina (AMEU) ***(Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo***)

b.11. 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.

b.12. La HCPB intrahospitalaria, junto con la solapa de aborto, debe llenarse a toda paciente atendida por un aborto terapéutico.

E. Indicación y Práctica de la Operación Cesárea.

a. 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, y particularmente del sector privado, 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.

Objetivo general

Establecer criterios precisos que integren las indicaciones médicas de la operación cesárea en la resolución del embarazo, con el propósito de disminuir la frecuencia de su práctica injustificada, eliminando factores de riesgo en la salud perinatal de la población.

Objetivos específicos

- Concientizar al personal médico y paramédico sobre los beneficios y riesgos del uso de la operación cesárea.
- 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.
- Contribuir a disminuir la práctica de la operación cesárea no justificada. manteniendo el número de cesáreas por debajo del 25% del total de nacimientos atendidos en unidades médicas.

b. Normas generales para la vigilancia de la práctica de la cesárea

1. Se deberá vigilar mensualmente el indicador hospitalario del número de cesáreas, en relación al número de nacimientos.

   - Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las autoridades regionales y de las instituciones de salud revisarán y analizarán las tendencias del indicador hospitalario de cesáreas, con relación a las metas establecidas.
   - Establecer procedimientos hospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias.
   - Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y retroalimentación al personal de la unidad.

2. Se deberá capacitar de forma permanente al equipo de salud sobre las indicaciones de la cesárea.
   - Integrar el lineamiento técnico para la indicación y práctica de la cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
   - Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los internos y residentes de gineco-obstetricia.

- Asegurar la disponibilidad y accesibilidad del personal operativo a las Normas y lineamientos técnicos.
- Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna.

3. Se deberá establecer medidas estratégicas en las unidades de salud, que contribuyan a controlar la realización de cesáreas innecesarias.

- Incorporar la estrategia de la segunda opinión en la toma de decisiones para la realización de la cesárea.
- Utilizar correcta y sistemáticamente el Partograma.
- Promover el uso adecuado de la Historia Clínica Perinatal Base.
- Identificar a través de una marca o sello los expedientes clínicos y tarjetas de control prenatal de las embarazadas de alto riesgo.

4. Se promoverá la investigación sobre el tema de la cesárea.

- 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.
- Difundir los resultados de estudios de investigación para incrementar la calidad de la práctica obstétrica.

5. Se ofrecerán programas de Información, Educación y Comunicación en salud perinatal.

- Realizar sesiones educativas dirigidas a embarazadas y al público en general, sobre las ventajas y desventajas de ambas vías de terminación del embarazo. para desalentar falsas expectativas de la operación cesárea, basada en ideas de que evita el dolor del trabajo de parto o se conserva la estética corporal (integridad del piso pélvico).
- Informar sobre los beneficios del uso de la cesárea cuando está correctamente indicada y sobre los riesgos anestésicos y quirúrgicos cuando se practica innecesariamente.
- Establecer en la unidad hospitalaria un área de comunicación educativa y social en salud reproductiva.

6. En todas las unidades de atención obstétrica deberán estar disponibles y accesibles las Normas y lineamientos técnicos para consulta del personal operativo. ***(Ver Guía para el Manejo de las Complicaciones del Embarazo).***

7. Los jefes de los Departamentos de Ginecoobstetricia y Servicios de Obstetricia 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.
- Los casos clínicos en los que la toma de decisión fue particularmente difícil y aquellos en los cuales la segunda opinión permitió modificar la forma de terminación del embarazo.

8. 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.

Capítulo III. Normas de Atención de Salud Integral de la Mujer

I. Atención Ginecológica

A. Normas de la Atención Integral de la Mujer

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. Se debe realizar examen clínico de mamas a toda mujer adulta que acuda a la consulta por cualquier motivo, considerando los factores de riesgo y antecedentes de la paciente, de la siguiente forma.

   A. Inicio a los 20 años.
   B. De los 20 hasta los 40 años, por lo menos cada 3 años.
   C. A partir de los 40 años cada año.

3. 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.

4. El manejo de las infecciones de transmisión sexual debe ser conocido y aplicado tanto por el especialista como por el médico general.

5. En toda consulta a mujeres en edad fértil, sin importar el motivo, debe evaluarse sus necesidades, en materia de regulación de la fecundidad y ofrecer servicios de planificación familiar con la debida orientación.

6. Se debe recomendar la suplementación semanal con 60 mg de hierro elemental y 2,800 mcg (2.8 mg) de ácido fólico, por tres meses seguidos y tres meses de pausa, 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.

7. 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 Rubeola (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 a MEF estudiantes de Ciencias de la Salud y funcionarias 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 rubeola sobre su contraindicación en el embarazo y postergación del mismo, mínimo 3 meses posterior su aplicación.

II. Ginecología Infanto-Juvenil

A. Normas

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 de Salud Reproductiva Infanto Juvenil.

III. Climaterio y Menopausia

A. Protocolo.

1. La patología ginecológica de las pacientes climatéricas serán atendidas preferentemente por el Gineco-obstetra ***(Ver Normas de Atención Ginecológica).***

2. Las mujeres en el climaterio deben ser evaluadas con respecto a factores de riesgo o predisponentes de osteoporosis, enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, cáncer, problemas urogenitales, problemas cutáneos, salud bucal, 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.

Evaluación de las mujeres entre los 40 a 64 años:

Utilizando el formato de anamnesis y examen físico- ginecología y planificación familiar. Incluido en los anexo. (Ver anexo 27).

Historia clínica actualizada cada año que incluya:

- Historia familiar.
- 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.

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 cardiopulmonar.
- Examen abdominal.
- Examen pélvico.

Laboratorios y exámenes de gabinete:

- Citología cervical (Papanicolaou) cada 2 años hasta los 65 años. Después de 3 Papanicolaou negativos consecutivos se puede espaciar a cada 3 años. (referirse a las Normas de prevención, detección, y Guías de Manejo y seguimiento de las lesiones pre invasoras de cuello uterino).
- Si se cuenta con el recurso, se recomienda realizar las pruebas moleculares para el tamizaje de las pacientes a partir de los 30 años hasta los 64. Si son negativas cada 3 años.
- Densitometría ósea axial (DXA) desde los 60 a los 74 años si no tiene factores de riesgo, antes de los 60 años si hay uno o más factores de riesgo (- índice de masa corporal bajo - fractura previa por fragilidad - antecedentes de fractura de cadera en los progenitores - tratamiento con glucocorticoides - tabaquismo actual - consumo de alcohol (3 ó más unidades por día) - artritis reumatoidea - otras causas secundarias de osteoporosis) y a toda mujer post menopaúsica con antecedente de fractura. Repetir cada dos (2) años y evaluar mejoría de la paciente.
- Mamografía. Cada 2 años, comenzando a los 40 años hasta los 74 años, en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal.
- En pacientes con antecedentes familiares, en primer grado de consanguinidad, de cáncer de mama, se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar.
- En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía se recomienda referir para estudios especiales.
- Perfil lipídico: colesterol, HDL, LDL y triglicéridos cada 5 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 previa consejería.
- Evaluación colorectal: comenzar a los 50 años, antes si hay factores de riesgo.
- Se recomienda una de las siguientes alternativas.
  - Colonoscopía cada 10 años.
  - Recto-Sigmoidoscopia flexible cada 5 años y sangre oculta en heces cada 3 años
  - Enema de bario de doble contraste cada 5 años
  - Heces por sangre oculta en # tres muestras seriadas, de forma anual.

Inmunizaciones:

- Vacuna de la Influenza. Se recomienda comenzar su uso anual desde los 60 años.
- Refuerzos de Vacuna de Difteria y tétanos (Td) o Tdap cada 10 años.

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

Evaluación de las Mujeres de 65 años y más.

Historia clínica actualizada cada año que incluya

- Historia familiar.
- 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.

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 cardiopulmonar.
- Examen abdominal.
- Examen pélvico.

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.

Laboratorios y gabinete

- Igual que grupo de 40 a 65 años.
- Citología cervical (Papanicolaou) solo en caso de presentar sangrado post menopausico (referirse a las Normas de prevención, detección, y Guías de Manejo y seguimiento de las lesiones preinvasoras de cuello uterino).
- Densitometría ósea axial (DXA) desde los 60 a los 74 años si no tiene factores de riesgo, antes de los 60 años si hay uno o más factores de riesgo (- índice de masa corporal bajo - fractura previa por fragilidad - antecedentes de fractura de cadera en los progenitores - tratamiento con glucocorticoides - tabaquismo actual - consumo de alcohol (3 ó más unidades por día) - artritis reumatoidea - otras causas secundarias de osteoporosis) y a toda mujer post menopaúsica con

antecedente de fractura. Repetir cada dos (2) años y evaluar mejoría de la paciente.

- Mamografía. Cada 2 años comenzando a los 40 años hasta los 74 años, en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal.
- En pacientes con antecedentes familiares, en primer grado de consanguinidad, de cáncer de mama, se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar.
- En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía, se recomienda referir para estudios especiales.
- Perfil lipídico: colesterol, HDL, LDL y triglicéridos cada 5 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 previa consejería.
- Evaluación colorectal: comenzar a los 50 años, antes si hay factores de riesgo.
- Se recomienda una de las siguientes alternativas:
  - Colonoscopía cada 10 años.
  - Recto-Sigmoidoscopia flexible cada 5 años y sangre oculta en heces cada 3 años.
  - Enema de bario de doble contraste cada 5 años.
  - Heces por sangre oculta en # tres muestras seriadas, de forma anual.
  - Cáncer de piel: biopsias en pacientes de riesgo.

Inmunizaciones:

- Vacuna de la influenza. anual.
- Refuerzos de Vacuna de difteria y tétanos (Td) y Tdap cada 10 años.
- Vacuna del neumococo cada 5 años.
- Vacunas de hepatitis A y B, meningitis, varicela, están indicadas en grupos de alto riesgo.

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.

- **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)

- **Tipos de terapia hormonal (Para el tratamiento de las indicaciones previas) Parches, oral, transdérmico, intrauterino**
  - TE: Terapia estrogénica (estrógenos solos)

- TEP: Terapia combinada (estrógeno/ progestágeno o estradiol / 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).
  - En caso de terapia estrogénica local no se requiere administrar progestágeno.
  - 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.
  - Se recomienda el uso de las dosis más bajas que produzca alivio de los síntomas vasomotores, la resequedad vaginal y la preservación ósea.

- **Contraindicaciones de la terapia de reemplazo hormonal**

  - Presencia o sospecha de cáncer de mama
  - Presencia o sospecha de neoplasia estrógeno-dependiente
  - Sangrado genital anormal sin diagnóstico
  - Trombosis activa o desórdenes tromboembólicos
  - Historia pasada de trombosis, tromboflebitis o tromboembolias asociadas al uso de estrógenos

IV. Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

A. Protocolo

1. Prevención

- Se aplicara la vacuna del virus del papiloma humano a las niñas y niños según el esquema establecido por el del Programa Ampliado de Inmunizaciones, a la edad que el programa establece.
- Se debe promover la vacuna del virus del papiloma humano en otros grupos de riesgo por la utilidad de la misma según la medicina basada en la evidencia o por demanda espontanea.
- Se promoverá las pruebas de tipificación viral por VPH según disponibilidad del recurso.

2. Detección

- Toma de Papanicolaou a la población femenina con una periodicidad de cada dos años, iniciando a los 21 años. Ver ANEXO No. 44
- Iniciar antes si la paciente tiene dos años o más de haber iniciado vida sexual.
- Si la paciente tiene factores de riesgo para cáncer cervical.
- Se debe priorizar a la población de mujeres de 25 a 59 años de edad, con énfasis aquellas que no son usuarias de los programas de salud reproductiva.

3. Protocolo para la Detección.

- El médico, la enfermera u otro personal capacitado, revisará el carné de Papanicolaou de la paciente, si lo tiene, de no ser así, le expedirá una tarjeta para la prevención del cáncer cérvico uterino, con la toma de la citología (exfoliativa o de base líquida, la que se tenga disponible). (Anexo 26)
- Se revisará en el expediente de la paciente el Formulario de Solicitud de Evaluación Citológica (anexo 25) y en el mismo se anotarán los datos actualizados para solicitar la nueva citología.
- En el carné debe anotarse la fecha de la toma, el resultado cuando se obtiene y la fecha de la próxima cita.
- 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.
- El funcionario que toma la citología cervicovaginal anotará la actividad en el Registro Diario de Consulta.
- 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.
- Los citotecnólogos llenarán diariamente un registro diario de lectura.
- Registros de Estadística de Salud 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 todas las Unidades de Atención de Salud y los Laboratorios de Citología Nacionales y Regionales de ambas instituciones.
- Registros de Estadísticas de Salud del MINSA deberán recopilar la información proveniente de la CSS y los Laboratorios de citopatología privados para consolidar los datos nacionales de cobertura y resultados de Papanicolaou.
- Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopía 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 Colposcopía y a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopía cuya coordinación tiene su sede en la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Sub-Dirección General de Salud.
- 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 Colposcopía
- Toda paciente con una lesión clínica sospechosa o franca de cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopía, independientemente del resultado de Papanicolaou.
- 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.
- La Auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor es obligatoria y es responsabilidad de la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopía que la misma se realice. Se utilizará el formulario de Auditoría de casos de cáncer cervicouterino invasor y se enviará copia del mismo a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopía. (ver este anexo en las normas de patología cervical).
- Se promoverá la formación especializada de personal médico y técnico dedicado a las actividades del programa: citología, cito-patología, colposcopía y biopsia, técnicas quirúrgicas ambulatorias y hospitalarias.
- 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.

- Inspección Visual con ácido Acético (IVAA) es una alternativa que puede ser recomendada para uso en áreas que no cuentan con recurso de colposcopio y/o Colposcopista, en donde puede realizarlo un Médico General capacitado en el método.
- Para mayor información sobre el tema de Cáncer cervicouterino referirse a las Normas de Prevención, Detección y Seguimiento de Lesiones Pre invasoras del Cuello Uterino y Guías de Manejo.MINSA/CSS 2017).

V. Detección oportuna del cáncer de mamas.

- 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.
- Se referirá a consulta especializada a toda paciente a quien se le sospeche o detecte una patología mamaria.
- Toda mujer será educada sobre cómo realizar el auto examen de las mamas, todos los meses después de terminado el periodo menstrual.
- Se promoverá el tamizaje mamográfico de acuerdo a la edad y los factores de riesgo.
    - Mamografía. Cada 2 años comenzando a los 40 años hasta los 74 años. en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal
    - En pacientes con antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad de cáncer de mama se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar
    - En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía e recomienda referir para estudios especiales
- Registros Médicos y Estadísticos mantendrá actualizados la información sobre el tamizaje por cáncer de mamas en las instituciones públicas.
- 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.
- Se cumplirá con las indicaciones sobre el manejo del cáncer mamario contenidas en las Normas de Tratamiento del Instituto Oncológico Nacional.
- 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, sin embargo se debe realizar en la misma consulta dentro de la atención integral, ciclo de vida y no como una consulta adicional.

VI. Infecciones de transmisión sexual

- Se aplicarán las Normas Técnicas para la Atención de las Infecciones Transmitidas Sexualmente y el VIH/SIDA.
- Estos casos se notificarán de acuerdo a la metodología establecida por Epidemiología, en los formularios establecidos de notificación obligatoria que deberá llenar el que haga el diagnóstico clínico y/o confirmatorio con prueba de laboratorio.
- Se dará tratamiento al 100% de las mujeres y sus parejas, que se detecten con serología luética reactiva.
- Debe asegurarse el tratamiento de todos los contactos para eliminar la cadena de transmisión y las barreras económicas no deberán ser un impedimento para el tratamiento.

- El Gineco-obstetra coordinará con el epidemiólogo la investigación del caso y su seguimiento.
- Se apoyarán las actividades realizadas por el personal para la búsqueda y tratamiento de contactos.
- Los laboratorios clínicos y de microbiología deberán disponer de los medios que permitan hacer los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual.
- Se realizará examen directo por Tinción de Gram del exudado endocervical y/o cultivo a todo caso sugestivo de gonorrea.
- 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.
- Los Comités de Infecciones Nosocomiales de los hospitales, reportarán a Epidemiología del nivel Regional los casos de morbilidad asociadas a ITS en mujeres hospitalizadas.
- Se llevará registro estadístico para el control de la morbi-mortalidad ginecológica por ITS en todos los niveles de atención, tanto en el sector público como privado
- Todo lo relacionado a la detección, diagnóstico y manejo de la infección por virus del papiloma humano (VPH) se realizará de acuerdo a las Normas de Prevención, Detección y Seguimiento de las Lesiones Pre invasoras del Cuello Uterino y Guías de Manejo.

VII. Atención de la pareja infértil.

- 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.
- 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
- 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.
- Habrá coordinación entre laboratorios, institutos y hospitales docentes para que se realicen las pruebas diagnósticas especializadas.
- Se coordinará con otras especialidades médicas la investigación y tratamiento de los factores masculinos de la infertilidad.
- Se estudiará por posible infertilidad todos los casos de parejas que teniendo relaciones sexuales sin protección por un año no hayan logrado un embarazo.
- Pacientes con 35 años o con alguna condición previa conocida, se puede iniciar el estudio luego de 6 meses (Por ejemplo diabetes, cirugía pélvica o ginecológica previa, Amenorreas en estudio).
- En la primera consulta se realizarán las siguientes acciones:
    - Evaluación clínica de la pareja.
    - Solicitud de exámenes de laboratorio: Hemograma completo, Urinálisis, tipaje y RH, glicemia, serología luética, VIH.
    - Pruebas hormonales.
        - Prolactina, FSH, LH, TSH del 3 al 5 día del ciclo.
        - Espermograma luego de 3 días de abstinencia sexual.
        - Ultrasonido Pélvico vaginal en fase preovulatoria tardía o periovulatoria.
- Se solicitarán de acuerdo a criterio médico los siguientes exámenes:
    - Histero-salpingografía o histerosonografía entre el octavo y décimo día del ciclo
    - Histeroscopía
    - Laparoscopía
    - Biopsia de endometrio pre-menstrual no está indicada de rutina
- En la consulta subsiguiente:

- Evaluación de los laboratorios
- Referencia a la clínica especializada del hospital respectivo con el diagnóstico presuntivo acompañado de la copia de los resultados de los exámenes realizados.

Capítulo IV Normas del Programa de Planificación Familiar

I. Objetivo General

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

II. Objetivos Específicos.

1. Garantizar la libre elección de las personas en su opción reproductiva.
2. Fomentar la libre demanda informada en salud reproductiva y planificación familiar.
3. Garantizar el acceso sin discriminación a atención de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.
4. Establecer los procedimientos técnicos administrativos para la atención en los servicios de planificación familiar.
5. Disminuir la inequidad de género en la educación, información y servicios de planificación familiar.
6. Fomentar la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y la práctica de conducta sexual responsable de los y las usuarias.
7. Eliminar las barreras médicas innecesarias a la práctica de la planificación familiar.

III. Estrategias del Programa

A. Respeto a los derechos de las usuarias de los servicios de planificación familiar tomando en cuenta que:

1. Toda persona usuaria tiene derecho a ser atendida con discreción, confidencialidad y con respeto a su privacidad.
2. 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.
3. 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.
4. Tener seguridad en la atención, mediante prácticas adecuadas y el cumplimiento de estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos.
5. 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.
6. 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.
7. No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario; no ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo.
8. Consultar una segunda opinión; participar voluntariamente o rehusar participar en proyectos de investigación.
9. Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido información sobre los mismos.
10. Respeto a sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura.
11. Derecho a reclamo o resarcimiento por daños y perjuicios por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.
12. El personal de salud dará información y proveerá el método anticonceptivo previa elección informada, independientemente de su propia idiosincrasia y religión.

B. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos

1. Derecho a la vida y a conservarla.
2. A la libertad y seguridad personal.
3. A vivir una vida libre de violencia.
4. A la libertad de pensamiento.
5. A la información y a la educación.
6. A casarse o no hacerlo.
7. Ser libre y autónomo en la expresión de la propia orientación sexual.
8. A gozar de los beneficios del progreso científico.
9. Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
10. Tener acceso, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, a servicios de atención que incluyan planificación familiar y salud reproductiva.
11. Ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción.
12. Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos, y disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo.

Las instituciones de salud deben velar por que se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.

- Asegurar la calidad de los servicios de planificación familiar.
- Garantizar la disponibilidad de los equipos e insumos para garantizar la decisión libre e informada de la o los usuarios.
- Garantizar la competencia técnica de los proveedores de servicios de planificación familiar.
- Fomentar relaciones interpersonales, proveedor-usuario, que favorezcan una oferta de servicios con calidad y respeto a los derechos humanos.
- Organizar los servicios de manera que favorezcan la atención integral y de todos los aspectos asociados a la salud reproductiva.
- 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.

C. Aplicación del enfoque de género.

1. 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, la violencia basada en género y el abuso sexual *(Ver Normas y Procedimientos para la atención integral de la violencia intrafamiliar.)*
2. Contribuir a disminuir la morbimortalidad producto de la inequidad y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres dentro de las familias.
3. Fomentar la participación y responsabilidad de los varones en salud reproductiva.
4. Promover el desarrollo de información y servicios para varones.

D. Disposiciones generales.

1. 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.
2. Se brindará atención y orientación a toda persona que solicite un método de planificación familiar, en el momento que lo solicita.
3. 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.

4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Cada nivel es responsable de hacer la programación anual de planificación familiar y determinar la cantidad de anticonceptivos requeridos para el desarrollo del programa.
11. 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.
12. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos para puérperas y de costo mínimo para mujeres en edad fértil no puerperas, cuando sean prestados por instituciones del sector público.
13. 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. *(Ver Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil 2006*)
14. Se promoverán investigaciones sobre la aceptabilidad, eficacia, efectos secundarios y complicaciones de los métodos anticonceptivos utilizados en nuestro medio.

IV. Componente Administrativo

A. Funciones del Nivel Central:

El Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, dependencia de la Sub-Dirección General de Salud de la población, a través de la sección de Salud Sexual y Reproductiva es responsable de planificar, organizar, dirigir, supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Planificación Familiar.

La Dirección Nacional de Medicamentos e Insumos para la Salud tiene la responsabilidad de planificar, distribuir y proveer a los usuarios el servicio de Planificación Familiar, de acuerdo a la norma establecida y la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de supervisar y evaluar la calidad de la entrega de los servicios.

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. Funciones del 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 Sexual y Reproductiva, 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. Funciones del Nivel local:

1. 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.
2. 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 ambos estas actividades.
3. Se debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos que permitan los servicios de la planificación familiar en el post-Parto, post-aborto, post-cesárea, transcesárea.
4. 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.
5. Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, MINSA CAPSI, ULAPS, CAPPS: 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.
6. Sub Centros, Puestos de Salud, OES, UBAS (Red fija o itinerante): 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. Se debe garantizar que estos niveles tengan los insumos para la prestación de servicios en Planificación Familiar.
7. El personal de Salud de todos los niveles de atención está en la obligación de proporcionar consejería y orientación en planificación familiar, basados en la herramienta para la toma de decisiones para clientes y proveedores de Planificación Familiar de OPS y el nuevo Modelo de Consejería en Planificación Familiar desarrollado para áreas de difícil acceso. Los promotores de salud, ayudantes de salud, técnicos de enfermería, enfermeras y enfermeras obstetras podrán realizar las actividades de planificación familiar que incluyen la entrega o aplicación del método anticonceptivo.

D. Competencia de los Proveedores en la Atención en Planificación Familiar y Salud Reproductiva.

Tabla 4. 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	Acciones Educativas	Métodos Naturales	MELA	Condón	Espermicida	A. Orales	A. Inyectables	D.I.U.	Implantes Progestágeno	Salping	Vasectomía	Detección y DX. CACU	Violencia	Inmunización MEF	Infertilidad
Ginecólogo obstetra	X	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	X (3)	X	X	X
Médico Familiar	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)		X (1)	X (1)	X	X	X (3)
Médico General	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)	X (1)		X (1)	X (2)	X	X	X (3)
Enfermera obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)			X (3)	X	X	X (3)
Enfermera General	X	X	X	X	X	X	X	X	X (1)	X (1)			X (3)	X	X	X (3)
Técnico de Enfermería	X	X	X	X	X	X	X (3)	X (3)						X	X (3)	
Asistente de salud	X	X	X	X	X	X	X (3)	X (3)						X	X (3)	
Promotor de salud comunitario	X	X	X	X	X	X	X (3)							X		

Nota:

(1) Si ha recibido entrenamiento en el procedimiento

(2) Sólo detección. Confirmación diagnóstico sólo si está capacitado y certificado para hacerlo.(colposcopia)

(3) Sólo detección.

V. Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar

A. 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:

a. Difusión e Información
b. Promoción de la participación comunitaria en la organización y uso de los servicios
c. Capacitación al personal
d. Orientación y Consejería
e. Coberturas de los servicios
f. Asegurar el abastecimiento de insumos anticonceptivos
g. Proveer los métodos anticonceptivos a usuarias/usuarios
h. Supervisión y monitoreo de las actividades
i. Evaluación

B. Promoción de los métodos anticonceptivos

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.

C. **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 (Ver guías de manejo de atención ginecológica y guías de patología cervical y colposcopía).
- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Conducta que deben esperar de los proveedores de servicios.
- Derechos sexuales y 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 (Ver normas de atención de VIH/SIDA, IMAN y las Normas del Programa de Atención Integral al Adolescente).
- Asegurar que los programas integren la interculturalidad.

D. **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.

E. Consejería.

- 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.
- 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.
- 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:
  - 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.
- La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles, acompañado de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.
  La consejería debe tomar en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados.
- 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.
- 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 la situación del post aborto, post parto y postcesárea; cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo.
- La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes y los que requieren un procedimiento invasivo (DIU, Implante, vasectomía, Salpingectomía, entre otros) debe ir precedido por consejería, debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento y se debe ratificar por escrito (consentimiento informado) por el usuario e incluir este documento en el expediente.

F. Sistema de Información.

- Se recolectará información mediante el uso de la Hoja de Registro Diario de Consulta y Actividades (ver anexo 33.).
- Se registrará en el Registro Diario de Consulta y Actividades, la atención en planificación familiar y el registro del método.
- 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. Éstos a su vez enviarán la información consolidada de la Región a Registros Médicos y Estadísticos del Nivel Central. Los coordinadores del

programa regional y nacional deberán solicitar la información para el monitoreo y la evaluación.

G. Sistema Logístico

- 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.
  - Estimación y asignación del presupuesto necesario.
  - Adquisición.
  - Recepción, almacenamiento, manejo de inventarios y niveles de existencia, re-empaque y procesamiento de pedidos.
  - Distribución y envío a niveles inferiores.
  - Mantener una reserva mínima de insumos de anticonceptivos en los servicios.
- 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.

H. **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.

VI. Programas Comunitarios de Planificación Familiar.

A. Protocolo.

1. Se promoverán programas comunitarios de planificación familiar con apoyo de los asistentes de salud y la colaboración del Promotor de salud comunitaria sobre todo en las áreas postergadas.

2. Se capacitará a los de asistentes de salud y Promotores de salud comunitarios para dar orientación sobre métodos de planificación, discriminar factores de riesgo, y referir a niveles de mayor complejidad según lo requiera el método seleccionado. En áreas alejadas y de poco acceso, el asistente de salud y el Promotor de salud podrá distribuir métodos naturales y modernos si la paciente es usuaria del método. (orales, condones).

3. El promotor de salud comunitario promoverá la lactancia materna exclusiva (Método MELA) en las puérperas como el método más natural y resaltará 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 a las pacientes ya usuarias y deberá saber identificar factores de riesgo que los contraindiquen a través del siguiente cuestionario (siempre que hayan recibido capacitación de los criterios de elegibilidad para la selección del método):
   - 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 anticonvulsivante.

6. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo antes mencionados, el promotor de salud comunitario deberá referir a la usuaria a la consulta de Planificación Familiar en el Centro de Salud.

7. En áreas de difícil acceso los proveedores comunitarios, promotores y ayudantes de salud y técnicos de enfermería podrán ser facultados para administrar determinados métodos anticonceptivos, siempre y cuando se les capacite en los factores de riesgo y criterios de elegibilidad.

8. Descartados los factores de riesgo, el proveedor comunitario, dará la orientación y proveerá el método.

9. 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 descontinuar el método.

VII. Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

A. Clasificación

Los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes y son los siguientes:

1. Temporales

- Hormonales orales
- Hormonales inyectables
- Hormonales subdérmicos
- Parches hormonales
- Dispositivo intrauterino
- De barrera y espermicidas
- Naturales: Sintotérmico, Billings, MELA, Ritmo o de abstinencia periódica

2. Permanentes

- Oclusión tubárica bilateral
- Vasectomía

Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar en la primera consulta:

- Interrogatorio. Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo reproductivo.
- Examen físico en función de la capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- Consejería que garantice la selección informada de un método específico por el usuario/a.
- Utilizar los criterios de elegibilidad de la OMS para selección del método.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso correcto.
- De ser factible se iniciará el método en la primera consulta.
- Solicitud de exámenes de laboratorio que se consideren necesarios según la evaluación y el criterio médico. No ordenar exámenes de laboratorio de forma rutinaria.
- Verificar si la paciente tiene pendiente toma de Papanicolaou u otra acción preventiva como la vacuna antitetánica o anti rubeola. Estas actividades deben ofrecerse pero no deben representar una precondición al ingreso al programa de planificación familiar.
- Referir a otra unidad de salud cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método seleccionado.
- Otorgar cita subsiguiente.
- Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales antes de las 6 semanas postparto, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.
- 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 ITS.
- Durante las consultas subsiguientes se realizarán las siguientes actividades:
    - Evaluación de probables complicaciones por el uso del método y revisión de exámenes ordenados.
    - Determinación de cambio de método de ser necesario.
    - Cita subsiguiente.

VIII. Criterios de Elegibilidad para la Selección del Método Anticonceptivo

Cuadro 8. Categorías de Elegibilidad Establecidos por la OMS.

1.	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.	3.	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
2.	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.	4.	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO LIMITADO
1.	Use el método en cualquier circunstancia.	SI (Use el método)
2.	En general, use el método	
3.	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.	NO (No use el método)
4.	No debe usar el método	

Tabla 5. Categorías según Características Personales e Historia Reproductiva

CONDICIÓN	CATEGORÍA					
	AOPS	SIU	AOC	PAC	AVC	AIC
EMBARAZO	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
EDAD						
a. Menarquia hasta <40			1	1	1	1
b. ≥ 40 años			2	2	2	2
PARIDAD						
a. Nulípara			1	1	1	1
b. 1 o más partos			1	1	1	1
LACTANCIA						
a. <6 semanas post parto	2	2	4	4	4	4
b. 6 semanas - <6 meses	1	1	3	3	3	3
c. ≥6 meses	1	1	2	2	2	2
POST PARTO						
a.<21 días						
• Sin factores de riesgo para TVE	1	1	3	3	3	3
• Con factores de riesgo TVE	1	1	4	4	4	4
b.≥21 días a 42 días	1	1	2	2	2	2
• Sin factores de riesgo para TVE	1	1	3	3	3	3
• Con factores de riesgo TVE						
POST ABORTO						
a. Primer Trimestre	1	1	1	1	1	1
b. Segundo Trimestre	1	1	1	1	1	1
c. Inmediatamente después de aborto séptico	1	4	1	1	1	1

AOC= anticonceptivos orales combinados **PAC= parche anticonceptivo combinado**

AOPS= anticonceptivos orales progestina sola **SIU= Sistema Intrauterino liberador de levonorgestrel**

AVC= anillo vaginal combinado **AIC= anticonceptivo inyectable combinado**

IX. Métodos Anticonceptivos

A. Hormonales Combinados Orales que contienen estrógeno y progestina (AOC).

1. 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 no contienen hormonas sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida. También se contemplan algunos anticonceptivos orales con cajas de 28 tabletas donde 24 tabletas contienen principio activo y 4 tabletas solo hierro o lactosa.

2. Formulación

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

3. Indicaciones

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, 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.

Tabla 6. Formulación de Hormonales Combinados Orales0

Combinados Orales / Dosis Recomendada Diaria			
Estrógeno natural o sintético	**Dosis**	**Progestinas sintética**	**Dosis**
Etinil estradiol	15 – 50 mcg	A. Derivadas de la 19 Nortestosterona 1. Noretindrona, Noretinodrel, Diacetato de etinodiol, Noretisterona, Dienogest	400 mcg – 1 mg
Mestranol	50- 100 mcg	2. Levonorgestrel, Norgestrel	300 – 500 mcg
		3. Gestodeno	60 y 75 mcg
Estradiol	15 – 50 mcg	4. Norgestimato	250 mcg
		5. Desogestrel	75 y 150 mcg
		6. Linestrenol.	0.5 mg
Más cualquier tipo de progestina		B. Derivados de la 17 alfa hidroxiprogesterona 1. Acetato de clormadinona, Acetato de ciproterona	2 mg
		C. Derivados de la 17 alfa espironolactona: 1. Drospirenona.	o
		D. Derivados de la 19 Norprogesterona Nomegestrol	2.5 mg

4. Contraindicaciones

- Primeras seis semanas 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).

5. Precauciones

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

6. 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 o 24 días consecutivos, seguidos de siete o 4 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene concentración hormonal diferente, 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 alterno 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.

- 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.

7. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, nausea, 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 e Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.

8. 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 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 ese mismo día y al día 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.

9. 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 y examen clínico de mamas.

B. Hormonales orales que sólo contienen progestina

1. Formulación

- Existen varias formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrol 0.5 mg, levonorgestrel 35 ug y Desogestrel dosis 0.075 mg.

2. Presentación.

Se presenta en cajas que contienen 30 y 35 tabletas o grageas.

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

3. 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.

4. 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.

5. Precauciones

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

6. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. Seguimiento de la usuaria.

- La visita debe iniciarse 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 financiares.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal y examen clínico de mamas.

C. Anticoncepción de emergencia (AE)

1. **Formulación y dosis** a administrar las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)
   - Dosis dedicada de Levonorgestrel:
     - Presentación en una Tableta de 1.5 mg
     - Dosis:
     - una tableta de 1.5 mg vía oral lo más pronto posible luego de una relación sexual desprotegida

     - Presentación en dos tabletas de 75 mcg.
     - Dosis:
     - una tableta de 75 mcg vía oral lo más pronto posible luego de una relación sexual desprotegida y repetir en 24 horas.

   - Anticonceptivos sólo de Progestina:
     - Presentacion cada tableta o gragea contiene 0.03 - 0.0375 mg de levonorgestrel.
     - Dosis:
     - 20 tabletas de 0.0375 mg de levonorgestrel o 25 Tabletas de 0.03 mg de levonorgestrel
     - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
     - La primera dosis se administra lo más pronto posible dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
   - Método de Yuzpe: Píldoras combinadas que contengan en cada tableta o gragea 35 a 50 ug de etinilestradiol y 500 ug de norgestrel o 250 ug de levonorgestrel. La primera dosis se administra lo más pronto posible dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido. Las Alternativas son:
     - 4 tabletas de dosis baja, 35 ug (p. ej. Microgynon, Primafen, ciclotab, norgylen, cylest).
     - 2 tabletas de dosis alta, 50 ug (p.ej. Ovral).
     - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
   - Colocación de Dispositivo Intrauterino (DIU):
     - Debe ser insertado por un profesional de salud capacitado hasta 5 (max 7) días después de la relación sexual sin protección. Es mucho más eficaz que los métodos hormonales.

2. **Efectividad anticonceptiva**.

Bajo condiciones habituales de uso, las píldoras de Levonorgestrel de dosis dedicada previenen alrededor del 85% de los embarazos esperados y las píldoras combinadas (Método de Yuzpe) reducen el riesgo de embarazo en un 57 a 75 %. 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.

Las PAE pueden impedir la liberación del óvulo, alterar el transporte de los espermatozoides, alterando el moco cervical y la vitalidad de los espermatozoides.

Las PAE no interrumpen un embarazo establecido ni causan un aborto, no es considerado abortivo.

3. **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.

4. **Contraindicaciones.**

Dado que se toman durante un tiempo breve las contraindicaciones relativas al uso de anticonceptivos orales corrientes no son aplicables.

5. 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.

6. Duración de la protección anticonceptiva.

Ambos regímenes (Levonorgestrel dosis dedicada y Yuzpe) pueden prevenir el embarazo si se usan en el cuarto y quinto día después de la relación sexual desprotegida, aunque su eficacia es mayor si se usa en las primeras 72 horas.

Como la eficacia anticonceptiva se relaciona con el tiempo que transcurre entre el acto sexual no protegido y la toma de las pastillas, disminuyendo la eficacia a medida que se prolonga el intervalo, se recomienda tomar las píldoras de anticoncepción de emergencia lo antes posible, después de la relación sexual sin protección anticonceptiva.

7. Efectos colaterales.

- Nauseas, 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.

8. 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.

D. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógenos y progestina (AIC).

1. 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).

2. 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 dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de solución oleosa.

3. Efectividad anticonceptiva.

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

4. **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.

5. Contraindicaciones.

- Primeras seis semanas 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 diagnóstico de epilepsia o trastorno bipolar.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Insuficiencia renal.

6. **Precauciones**.

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

7. 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.

- El intervalo de aplicación depende de la combinación de los principios activos.
- 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 de inmediato la administración del hormonal combinado inyectable.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 dias antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. Debe recomendarse un método de barrera o no hormonal durante este periodo.

8. 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.

9. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales
- Cefaleas
- Mareo, nauseas
- 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.

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

a. 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.
b. 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.
c. Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente, deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

11. 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 ampolletas. El número que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la vista anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal y examen clínico de mamas.

E. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.

1. 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 y 104 mg)

2. P*resentación*.

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 presentación con 150 mg en ampolleta con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina y presentación con 104 mg en ampolletas de 1 ml.

3. Efectividad anticonceptiva.

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

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. Forma de Administración.

- Se aplican las de DMPA en presentación de 150 mg y las NET - EN 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 presentación de DMPA con 104 mg. se aplica de forma sub-cutánea.
- 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.

8. Duración de la protección anticonceptiva.

- NET-EN se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección.
- DMPA de 150mg y 104mg se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección.

9. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea
- Cefalea
- Mastalgia
- Aumento de peso
- Riesgo de osteopenia y osteoporosis con el uso prolongado

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.

10. 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 de 150 y 104 mg. 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.

11. 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, a criterio médico, la realización de densitometría ósea en pacientes con uso prolongado.

F. Método Hormonal Parche Anticonceptivo Combinado (PAC).

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.

1. **Formulación.**

- Cada parche contiene Etinil estradiol 0.60 mg y 17 norelgestromina 6 mg

2. **Presentación.**

- Parche de aplicación semanal transdérmico.

3. **Efectividad anticonceptiva**.

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

4. **Indicaciones.**

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción, 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 subdérmico en el post aborto

5. **Contraindicaciones**.

- Lactancia materna en las primeras seis semanas 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.

6. **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).

7. **Formas de Administración**.

El parche se aplica el primer día del ciclo menstrual en el primer ciclo. Se cambia cada siete días por tres semanas consecutivas, seguida por una semana de pausa durante la cual debe ocurrir el sangrado por de privación. Los parches consecutivos se aplican en diferentes sitios: en la cara interna o externa de los muslos, abdomen, torso superior y/ o antebrazo. No aplicar sobre el seno o sobre piel rota irritada o eritematosa.

8. **Duración de la protección anticonceptiva**.

- La protección se extiende al periodo de uso del parche.

9. **Efectos Colaterales**.

- Síntomas mamarios.
- Cefalea.
- Irritación en la zona de colocación.
- Nauseas.

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.

10. **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.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres a cuatro paquetes de parches. El número de paquete de parches que se proporcione 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 clínico de mamas.

G. Método Hormonal con Anillos Vaginales anticonceptivos combinado (AVC) y de Progestina Sola.

- **Anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC**).

Es un método anticonceptivo en forma de anillo; elaborado en un plástico especial, flexible y transparente, que la mujer se pone o introduce dentro de la vagina una vez al mes y lo deja durante tres semanas para prevenir embarazos.

- **Anillo vaginal de progestina sola**.

El anillo vaginal de progesterona, se utiliza para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan. Los anillos vaginales de progesterona se insertan en la vagina para un uso continuo de hasta tres meses y se cambian por uno nuevo si la lactancia continúa y se desea prolongar la anticoncepción[3].

1. Formulación.

- Hormonal combinado: Etinil estradiol 2.7 mg y etonogestrel 11.7 mg.
- Con solo progestina: progesterona 2.074 gramos.

2. Presentación.

Hormonal combinado: sobre con anillo flexible, transparente fabricado con Etilen Vinil Acetato con diámetro externo 54 mm y diámetro transversal de 4 mm que contiene 2.7 mg de Etinil Estradiol y 11.7 de Etonogestrel. Liberación 0,120 mg/0,015 mg cada 24 horas.

Hormonal solo de progestina: sobre con anillo flexible conteniendo Progesterona 2.074 gm, libera un promedio de 10 mg de Progesterona al día, durante 3 meses. Diámetro externo 58mm. Radio 8.4mm.

3. Efectividad anticonceptiva.

Anillos combinados de Progestagenos y Estrogenos, 99.7 por ciento.
Anillos solo de progestina, por encima del 98,5 por ciento[4].

4. Indicaciones

- **Anillo vaginal anticonceptivo combinado (AVC).**

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal.

- **Anillo vaginal progestina sola.**

Para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan. Anticoncepción durante la lactancia.

5. Contraindicaciones.

- **Anillo Vaginal Combinado:**
  - Primeras seis semanas postparto (contraindicación relativa).
  - Embarazo o sospecha de embarazo.
  - 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 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.

- **Anillo solo de progestina**:
  - 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.

[3] http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/RHSC_tech_briefs_PDFs/Spanish/rhsc-brief-progesterone_A4_SPANISH.pdf
[4] Brache V, Payán LJ, Faundes A. Current status of contraceptive vaginal rings. *Contraception*. 2013;87(3):264–272.

6. Precauciones.

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

- **Anillo solo de progestina**[5]
  - Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
  - Insuficiencia renal.
  - Cardiopatía isquémica.
  - Depresión.
  - Migraña focal.
  - Alteraciones de la coagulación.

7. Forma de administración:

Ambos anillos deben ser aplicados por la usuaria vía vaginal.

- **Anillo Vaginal combinado.**

Colocar el anillo el primer día de su ciclo menstrual (es decir, el primer día de su menstruación). El anillo empieza a actuar enseguida. No necesita tomar otras medidas anticonceptivas. Dejar el anillo colocado por tres semanas, luego retirarlo y descansar una semana. En ese período podrá presentarse el sangrado vaginal. Después de la semana de descanso colocar un nuevo anillo.

- **Anillo Solo de Progestina**[6].

Colocarlo en la vagina desde el día 30 al 90 del post-parto, según la necesidad que tenga la mujer de comenzar con el método anticonceptivo, y a más tardar cuando la mujer presenta el primer sangrado post-parto. Debiendo ser reemplazado a intervalos de 90 ± 10 días.

8. Técnica de inserción.

- **Instrucciones a la usuaria:**
  - Antes de ponerse el anillo, compruebe que no haya vencido.
  - Lávese las manos antes de ponerse o quitarse el anillo.
  - Escoja la postura que sea más cómoda para usted para insertárselo, por ejemplo de pie con una pierna levantada hacia arriba, en cuclillas o acostada.
  - Retire el anillo de su sobre.
  - Sujete el anillo entre los dedos índice y pulgar, presione los lados opuestos e introduzca el anillo en la vagina. Cuando el anillo esté en su sitio no debe notar nada. Si se siente incómoda empuje suavemente el anillo al interior de la vagina. La posición exacta del anillo en el interior de la vagina no es importante.

9. Técnica de remoción.

- **Anillo Vaginal Combinado**.
- **Instrucciones a la usuaria:**
  - Pasadas 3 semanas, retire el anillo de la vagina. Puede hacerlo enganchando el anillo con el dedo índice o sujetando con los dedos y estirando hacia fuera. En caso que no pueda quitarse el anillo a pesar de haberlo localizado, contacte con su médico.

[5] Nath A, Sitruk-Ware R. Progesterone vaginal ring for contraceptive use during lactation. Contraception. 2010;82 (5):428–434.
[6] Nath A, Sitruk-Ware R. Progesterone vaginal ring for contraceptive use during lactation. Contraception. 2010;82 (5):428–434.

- Elimine el anillo usado con la basura normal de la casa, preferiblemente en su sobre. No tire el anillo al inodoro.

- **Anillo vaginal solo de progestina.**
- **Instrucciones a la usuaria:**

  - Pasados 90 +- 10 días, retire el anillo de la vagina. Puede hacerlo enganchando el anillo con el dedo índice o sujetando con los dedos y estirando hacia fuera. En caso que no pueda quitarse el anillo a pesar de haberlo localizado, contacte con su médico.
  - Elimine el anillo usado con la basura normal de la casa, preferiblemente en su sobre. No tire el anillo al inodoro.

10. **Efectos colaterales**.
    - **Anillo combinado**.

      - Cambios en la menstruación.
      - Sangrado más leve y menos días de sangrado.
      - Sangrado irregular.
      - Sangrado prolongado.
      - No hay menstruación.
      - Cefaleas.
      - Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis).
      - Flujo vaginal blanco.

    - **Anillo de progestina sola.**

      Algunas mujeres pueden presentar:
      - Irregularidades menstruales.
      - Amenorrea
      - Cefalea
      - Mastalgia
      - Aumento de peso

11. Duración de la efectividad anticonceptiva[7]

- **Anillo Combinado:**

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se coloque el anillo en forma correcta.

- **Anillo solo de progestina**:

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se coloque el anillo en forma correcta. O 90 días +- 10.

12. Seguimiento de la usuaria.

- **Anillo combinado**:
  - 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.
  - Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y examen clínico de mamas**.**

- **Anillo de Progestina sola:**

[7] New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review. Luis Bahamondes; M Valeria Bahamondes. International Journal of Women´s Health. Feb. 2014

- Visita inicial a los 3 meses, 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.
- Siempre que sea posible, se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y el examen de mamas. De acuerdo a la norma correspondiente.
- Recomendar, a criterio médico, la realización de densitometría ósea en pacientes con uso prolongado.

H. Método Hormonal Subdérmico.

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

1. Formulación.

Existen varias formulaciones, entre ellas:
***Jadelle*™** Consta de dos implantes. El principio activo es levonogestrel. Cada implante contiene 75 mg de levonorgestrel. Los excipientes son sílice coloidal anhidra y elastómera de silicona.

***Implanon*™** Consta de un solo implante. Cada implante contiene: Etonogestrel 68 mg. Excipiente, c.b.p. 1 implante. Sulfato de bario 3%.

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

2. Presentación

***Jadelle*©** consta de dos implantes. Los implantes son cilindros flexibles de color blanco o blancuzco, sellados, de unos 43 mm de longitud y 2,5 mm de diámetro. Cada envase contiene 2 implantes para inserción subcutánea.

***Implanon*™** el envase contiene un implante (4 cm de largo y 2 mm de diámetro) precargado en la aguja de acero inoxidable de un aplicador listo para usar, estéril y desechable.

***Norplant*™** 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

3. Efectividad anticonceptiva.

***Jadelle*™** La tasa de liberación de levonogestrel es de aproximadamente de 100 µg/día en el primer mes siguiente a la inserción, para disminuir a aproximadamente 40 µg/día al cabo de 1 año, 30 µg/día después de 3 años y alrededor de 25 µg/día después de 5 años.

***Implanon*™** la tasa de liberación es de aproximadamente 60-70 µg/día en la semana 5-6, y disminuye a alrededor de 35-45 µg/día al final del primer año, a alrededor de 30-40 µg/día al final del segundo año, y a aproximadamente 25-30 µg/día al final del tercer año.

***Norplant*™** 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.

4. Efectividad uso[8]:

- Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10,000 mujeres). Esto significa que 9,995 de cada 10,000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas.

[8] http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1

- Existe un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.
  - En los últimos 5 años de uso de Jadelle™: Alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres.
  - En los 3 años del uso de Implanon™: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (1 en 1,000 mujeres)
  - En los 7 años de uso de Norplant™: Alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres
- Los implantes de Jadelle™ y Norplant™ comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso:
  - Para mujeres que pesan 80 kg o más, Jadelle™ y Norplant™ pierden eficacia después de 4 años de uso.
  - Para las mujeres que pesan 70–79 kg, Norplant™ pierde eficacia después de 5 años de uso.
  - Es aconsejable que estas usuarias cambien sus implantes antes.

5. 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.

6. En el post aborto inmediato.

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.

7. 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.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)

8. •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 cuatro años en mujeres con peso mayor de 70 kg.

9. 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 la vida útil del método:
  Jadelle: hasta cinco años.
  Implanon: hasta tres años
  Norplant: hasta siete años.
- 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.

10. Técnica de inserción.

.

- Antes de todo, lávese las manos con agua y jabón.
- Se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables para aplicar anestesia. O utilizar si están disponibles los kits comerciales de aplicación del método.
- 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.
- ***Norplant*™** 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.

11. 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.

12. Duración de la protección anticonceptiva.

- Duración de la protección anticonceptiva.
- ***Jadelle*:** hasta cinco años.
- ***Implanon***: hasta tres años

- ***Norplant***: hasta siete años

13. Efectos colaterales.

- **Algunas mujeres pueden presentar:**
  - Hematoma en el área de inserción.
  - Infección local.
  - Dermatosis.
  - 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.

14. 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.

- **Seguimiento de la usuaria**.
  - Primera visita dentro del primer mes y luego cada año hasta completar tres a siete años, dependiendo de la presentación. 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 y examen clínico de mamas.

6.1 Jadelle™

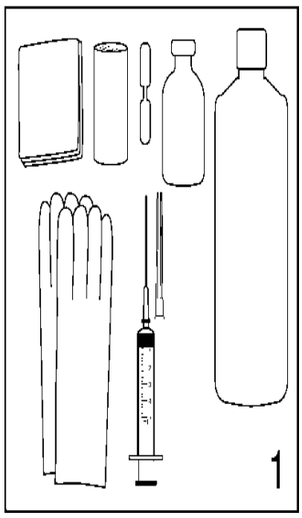


Figura 1

Se necesita el siguiente equipamiento para insertar JADELLE™ implantes:

- una camilla para que se acueste la paciente y otra auxiliar o una base para colocar su brazo,
- una bandeja para el equipo, paños quirúrgicos estériles, guantes estériles y desinfectante para la piel,
- anestésico local, una aguja para el anestésico (5 – 5,5 cm de longitud) y una jeringa (2 - 5 ml),
- puntos adhesivos en mariposa, gasas y compresas.

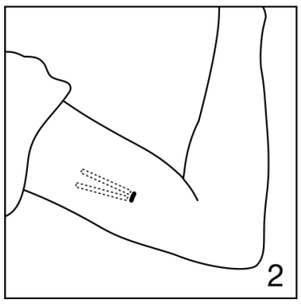


Figura 2

Solicite a la paciente que se acueste en la camilla y que extienda el brazo no dominante sobre un paño estéril encima de la camilla auxiliar, en ángulo recto con el cuerpo. Limpie la parte superior del brazo de la paciente con una solución antiséptica y cúbralo con un paño fenestrado/hendido estéril. El área correcta de inserción es la parte media del brazo a aproximadamente 6-8 cm por encima del pliegue del codo. Los implantes se insertarán subcutáneamente a través de una incisión, en forma de V estrecha, como se muestra en la figura.

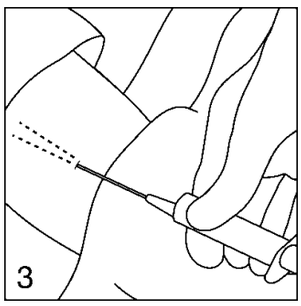


Figura 3

Cargue la jeringa con unos 2 – 4 ml de anestésico local. Anestesie el área de inserción introduciendo la aguja subcutáneamente unos 5 a 5,5 cm en las direcciones en las que piense insertar los implantes.

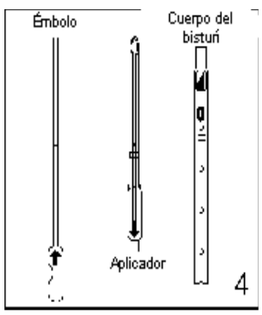


Figura 4

Esta figura muestra los componentes del aplicador.

Abra el envase de JADELLE. Saque el aplicador del interior del cuerpo del bisturí que lo protege. Tenga cuidado para que no se caigan los implantes que están dentro del aplicador listos para su inserción. El émbolo está aparte en el envase.

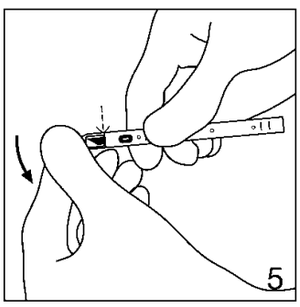


Figura 5

Retire la protección de la cuchilla del bisturí.

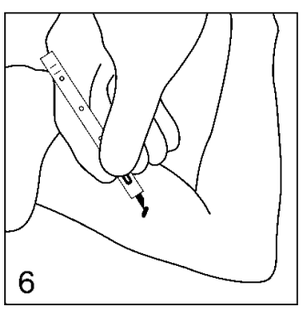


Figura 6

Realice una incisión de unos 3 mm en la piel en la cara media del brazo con el bisturí, aproximadamente unos 6 – 8 cm por encima del pliegue del codo.

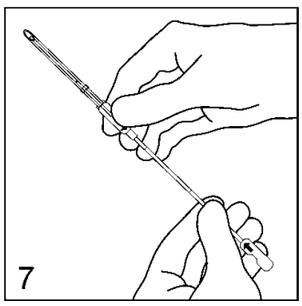


Figura 7

Sujete el aplicador con la flecha del cuerpo apuntando hacia arriba. Manténgalo en esta posición durante toda la inserción.

Inserte el émbolo por el extremo romo del aplicador, de forma que se pueda ver la flecha de la caña del émbolo, con la muesca de la caña apuntando hacia la izquierda. Empuje el émbolo hasta donde penetre con facilidad (aproximadamente 1 cm). Los implantes se pueden empujar ligeramente hacia delante.

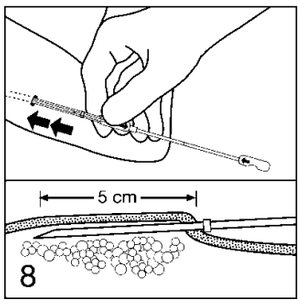


Figura 8

Los implantes se tienen que insertar justo debajo de la piel. Introduzca bajo la piel el aplicador a través de la incisión. Para facilitar la inserción subcutánea se puede levantar la piel ligeramente con el aplicador como se indica en la parte inferior de la figura.

Avance el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo. No fuerce el aplicador. Si nota alguna resistencia, inténtelo en otra dirección

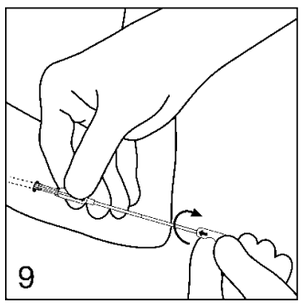


Figura 9

Una vez introducido el aplicador hasta el anillo, gire el émbolo media vuelta. Tenga cuidado de no empujar el émbolo. La muesca de la caña del émbolo estará ahora apuntando hacia la derecha.

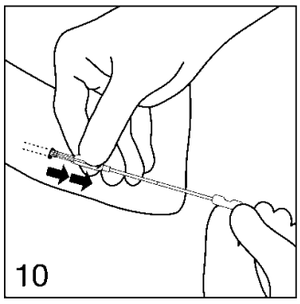


Figura 10

Libere el primer implante manteniendo en su sitio el émbolo y extrayendo suavemente el aplicador de la incisión hasta que el émbolo lo pare. Si el implante no se ha liberado, compruebe la posición del émbolo. Si sigue sin poder liberarlo, interrumpa el procedimiento.

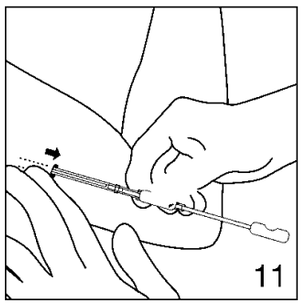


Figura 11

Manteniendo en su sitio el primer implante con el dedo, retire el aplicador ligeramente hacia atrás hasta que el implante se libere por completo del aplicador. Sin embargo, no retire el aplicador del todo.

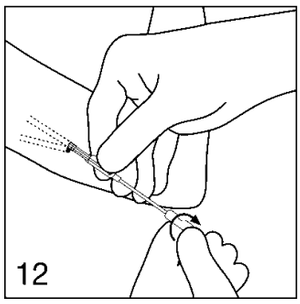


Figura 12

Introduzca el aplicador bajo la piel hasta la marca del anillo al lado del primer implante, como se indica en la Figura 8, colocando los dos implantes en forma de V estrecha. Gire de nuevo el émbolo media vuelta, pero no lo empuje. Libere el segundo implante como liberó el primero. Retire completamente el aplicador.

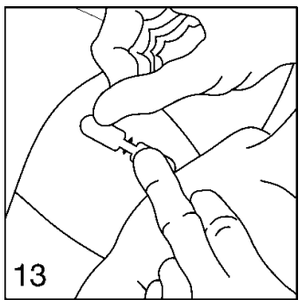


Figura 13

Después de la inserción, aproxime los bordes de la incisión uno contra otro y cierre la misma con un punto adhesivo en mariposa.

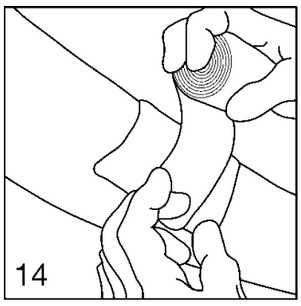


Figura 14

Cubra el área de inserción con compresas y realice un vendaje compresivo alrededor del brazo que garantice la hemostasia. Mantenga a la paciente en observación durante unos minutos antes de darle el alta.

Tire el aplicador y el cuerpo del bisturí al lugar apropiado.

6.2 Implanon™

1. Inserción subdérmica del implante en el brazo no dominante y de acuerdo con las instrucciones entregadas.

2. Tanto el profesional de la salud como la paciente deben ser capaces de sentir el implante bajo la piel de la mujer luego de su colocación. Si el implante es insertado de manera muy profunda, puede ocurrir daño neural o vascular. Inserciones demasiado profundas o incorrectas se han asociado con parestesia (debido a daño nervioso) y la migración del implante (debido a inserción intramuscular o fascial) y en raros casos con inserción intravascular. Aún más, cuando el implante se inserta demasiado profundamente, puede no ser palpable y su ubicación y/o extracción puede ser difícil.

3. La inserción de Implanon debe ser realizada bajo condiciones asépticas y sólo por un profesional de la salud calificado familiarizado con el procedimiento.

4. La inserción del implante sólo debe ser realizada con el aplicador precargado.

5. Se recomienda que el profesional de la salud se encuentre en posición sentada durante todo el procedimiento de inserción de manera que el lugar de la inserción y el movimiento de la aguja puedan ser observados con claridad.

6. Coloque a la mujer acostada sobre la espalda en la camilla con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado hacia el exterior de manera que su muñeca esté paralela a su oreja o su mano se encuentre cerca de la cabeza (Figura 1).

7. Identifique el lugar de inserción, que se encuentra en la cara interna del brazo no dominante, alrededor de 8-10 cm (3-4 pulgadas) sobre el epicóndilo medio del húmero.

8. Realice 2 marcas con un marcador estéril: primero marque el punto donde se insertará el implante y, segundo, marque un punto a pocos centímetros próximos a la primera marca. Esta segunda marca servirá posteriormente como guía de dirección durante la inserción.



Figura 1



Figura 2

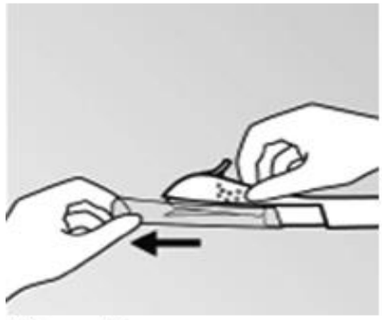


Figura 3

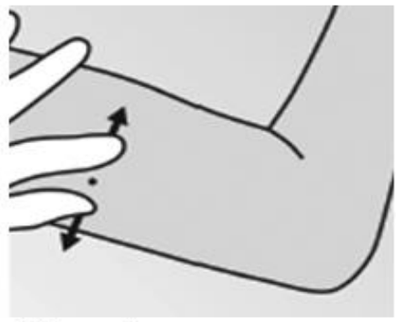


Figura 4

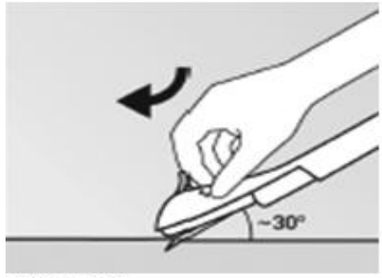


Figura 5

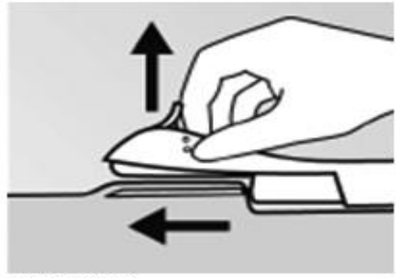


Figura 6



Figura 7

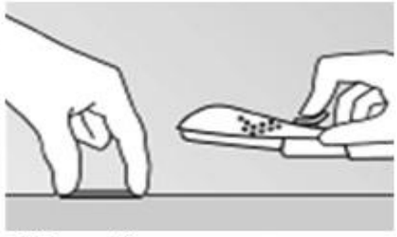


Figura 8

9. Limpie el lugar de la inserción con una solución antiséptica.

10. Anestesie el área de inserción (por ejemplo, con un spray anestésico o inyectando 2 ml de lidocaína al 1% justo bajo la piel a lo largo del túnel planificado para la inserción).

11. Retire el aplicador estéril desechable precargado de Implanon, sacando el implante de su blíster.

12. Sostenga el aplicador por encima de la aguja tomándolo del área de la superficie texturizada, y retire la tapa de protección transparente de la aguja que contiene el implante. Si la tapa no sale fácilmente, el aplicador no debe ser usado. Puede ver el implante de color blanco mirando por la punta de la aguja. No toque el deslizador púrpura o violeta hasta que haya insertado la aguja subdérmica por completo, ya que ello retraerá la aguja y liberará el implante del aplicador. Con su mano libre, estire la piel alrededor del lugar de inserción con los dedos índice y pulgar.

13. Pinche la piel con la punta de la aguja en un ángulo de 30°. Baje el aplicador a una posición horizontal. Mientras levanta la piel con la punta de la aguja, deslice la aguja hasta su longitud completa. Puede sentir una ligera resistencia, pero no ejerza una fuerza excesiva. Si la aguja no es insertada en su totalidad, el implante no será insertado adecuadamente.

14. Mientras mantiene el aplicador en la misma posición y la aguja insertada en toda su longitud, desbloquee el deslizador púrpura presionándolo ligeramente hacia abajo. Mueva el deslizador totalmente hacia atrás hasta que se detenga, dejando el implante ahora en su posición subdérmica final y bloqueando la aguja dentro del cuerpo del aplicador. Si el deslizador no está completamente movido hacia atrás, la aguja no se retraerá totalmente y el implante no se insertará adecuadamente. El aplicador puede ser retirado ahora.

15. Siempre verifique la presencia del implante en el brazo de la mujer inmediatamente después de la inserción por medio de la palpación. Palpando ambos extremos del implante, debe ser capaz de confirmar la presencia de la varilla de 4 cm. *Si no puede sentir el implante o duda de su presencia:* Revise el aplicador. La aguja debe estar totalmente retraída y sólo debe ser visible la punta violeta del obturador. Use otros métodos para confirmar su presencia. Métodos adecuados son: radiografías bidimensionales, tomografía computada.

I. Dispositivos Intrauterinos

.

Tabla 7. Criterios de Eligibilidad

Condición	Categoría	
	DIU – Cu	**SIU - LNG**
EMBARAZO	4	4
EDAD • Menarquia hasta <20 • ≥ 20 años	 2 1	 2 1
PARIDAD • Nulípara • 1 o más partos	 2 1	 2 1
POST PARTO a.<48 horas • Amamantando • No amamantando b.≥48 horas a 4semanas c. > 4 semanas d. Sepsis puerperal	 1 1 3 1 4	 3 1 3 1 4
POST ABORTO • Primer Trimestre • Segundo Trimestre • Inmediatamente después de aborto séptico	 1 2 4	 1 2 4

Los DIU 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

1. Presentación.

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

2. **Efectividad anticonceptiva**.

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

3. **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:

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

4. **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.

5. **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).

6. **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.

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 espéculo 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 igual o mayor a 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 espéculo vaginal.

Técnica de inserción post alumbramiento con ayuda de la pinza de anillo.

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos, 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 epidural para la atención del parto.

- Se toma el DIU con la pinza de anillo, 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 altura de la mano en la mesa de instrumentos.
- Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza de anillo recta (no debe usarse pinza de Pozzi o tenáculo uterino), se toma el labio anterior, el cual 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 externamente el fondo uterino.
- 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, si la aplicación es correcta, éstos no deben ser visibles a través del cérvix; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual de inserción post alumbramiento.

- El DIU se coloca entre el dedo índice y medio, con los hilos guía en el dorso de la mano.
- La otra mano se coloca en el abdomen, sobre el fondo 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.

Técnica de inserción intracesárea 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 histerografía.

Técnica de inserción manual transcesárea.

- Se toma el DIU entre el dedo 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 histerografia.

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.

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.

7. **Duración de la protección anticonceptiva.**

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo T Cu 380ª, disponible generalmente en Panamá, y otros dispositivos similares es de diez, 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% (verificar estos porcentaje)

8. **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.
- En el caso de los dispositivos con Levonorgestrel pueden producir periodos de amenorrea

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.

9. **Seguimiento de la usuaria.**

- Primera revisión entre la 4ª y la 6ª 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.
- Si no se observan los hilos del DIU en cualquiera de las visitas de seguimiento, se debe solicitar un ultrasonido para verificar si ubicación.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y examen clínico de mamas.

J. Dispositivo intrauterino con Progestina (SIU-LNG)

El dispositivo intrauterino con levonorgestrel (SIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día y tiene además hilos guía para su localización y extracción. Se comercializa con la marca Mirena™.

1. Presentación

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

2. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%. Índice de Pearl (IC del 95%) 0,0 (0.0 – 0,59) para el Mirena[9].

3. Indicaciones.

Está indicado para la anticoncepción intrauterina hasta por 5 años. También está indicado para tratar el sangrado menstrual abundante en las mujeres que optan por usar la anticoncepción intrauterina como su método de anticoncepción. Debe reemplazarse después de 5 años si se desea usar.

- Se recomienda para las mujeres que ya han tenido un niño

[9] International Journal of Women's Health 2014:6

- En el intervalo intergenésico
- En el post aborto no infectado.

4. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Útero con histerometría menor de 6 cm
- Antes de cuatro semanas post parto
- Trombosis venosa profunda, piernas o pulmones, sin anticoagulación
- Enfermedad hepática grave en curso (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático)
- Cáncer de mama o antecedente
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Presencia de corioamnionitis.

5. 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)

6. Tiempo de colocación

El DIU LNG puede ser insertado en los siguientes momentos[10]:

- Periodo intergenésico: Insertar preferiblemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- Si comienza durante los 7 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado 7 días desde el comienzo de su menstruación, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo[11] los primeros 7 días después de colocado el DIU-LNG.

7. Cambio de un método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o, de no ser así, si existe certeza razonable de que

[10] Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

[11] Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.

- Si está dejando los inyectables, puede colocarse el DIU-LNG cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la colocación.
- Después de tomar Anticonceptivos orales de emergencia, el DIU-LNG puede colocarse durante los primeros 7 días posteriores al inicio de su siguiente menstruación o en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Déle un método de respaldo, o anticonceptivos orales para que comience el día después de terminar de tomar las AOE, para que los utilice hasta que se le coloque el DIU-LNG.
- Post aborto no infectado: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto. Si han pasado más de 7 días desde la pérdida de embarazo o aborto del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días posteriores a la colocación.

8. Post parto inmediato:

- Si no está amamantando, en cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la colocación del DIU posparto.) Después de 48 horas, esperar por lo menos 4 semanas.
- Si está amamantando, postergar la colocación del DIU-LNG hasta 4 semanas después del parto
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas post aborto, post parto y post cesárea

Lactancia Exclusiva o casi exclusiva:

Menos de 6 meses después del parto:

- Si tuvo su parto hace menos de 4 semanas, postergue la colocación hasta por lo menos 4 semanas posparto.
- Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses. No hay necesidad de método de respaldo.
- Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual

Más de seis meses después del parto:

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días posteriores a la colocación.
- Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.

Técnica de inserción en el intervalo intergenésico.

Es importante seguir las instrucciones de inserción exactamente como se describen con el fin de garantizar la inserción adecuada y evitar la liberación prematura del DIU LNG (Mirena®) antes de la inserción. Recuerde: una vez que DIU-LNG® se libera, no se puede recargar.

Proceda con la inserción sólo después de completar los pasos de preparación y la determinación de que la paciente es la adecuada. Asegurar el uso de una técnica aséptica durante todo el procedimiento.

- **Pasos preparatorios**

Con la paciente cómodamente en posición ginecológica, hacer un examen bimanual para determinar el tamaño, la forma y la posición del útero.

Inserte suavemente un espéculo para visualizar el cuello uterino.

Limpie bien el cuello del útero y la vagina con una solución antiséptica adecuada.

Prepárese para sondear la cavidad uterina. Sujete el borde superior del cuello del útero con una pinza de tenáculo y aplique suavemente la tracción para estabilizar y alinear el canal cervical con la cavidad uterina. Realizar un bloqueo para cervical, *si es necesario*. Si el útero está en retroversión, puede ser más adecuado captar el labio inferior del cuello del útero. El tenáculo debe permanecer en posición y mantener una tracción suave en el cuello uterino durante todo el procedimiento de inserción.

Insertar suavemente un histerómetro maleable para comprobar la permeabilidad del cuello del útero, medir la profundidad de la cavidad uterina, confirmar la dirección de la cavidad, y detectar la presencia de cualquier anomalía uterina. Si usted encuentra alguna dificultad o estenosis cervical, utilice la dilatación, y no la fuerza, para vencer la resistencia. Si se requiere dilatación cervical, considere el uso de un bloqueo paracervical. El útero debe tener una profundidad de 6 a 10 cm. La inserción en una cavidad uterina inferior a 6 cm puede aumentar la incidencia de la expulsión, sangrado, dolor, perforación, y posiblemente el embarazo.

- **Inserción de SIU-LNG (Mirena®)**[12]

Paso 1: Abrir el paquete. El contenido del paquete es estéril. Usando guantes estériles, levante el mango de la herramienta de inserción estéril y extraiga el paquete estéril.

Paso 2: Carga del DIU-LNG en el tubo de inserción. Empuje la corredera hacia adelante lo más lejos posible en la dirección de la flecha, moviendo de tal modo el cuerpo del DIU-LNG en el tubo de inserción. Las puntas de los brazos se reunirán para formar un extremo redondeado que sobrepasa ligeramente el tubo de inserción.

Paso 3: Coloque el tope. Sosteniendo el deslizador en esta posición adelantada, fijar el borde superior del tope para corresponder a la profundidad uterina (en centímetros) medida durante la histerometría.

Paso 4: El DIU-LNG está listo para ser insertado. Continúe sosteniendo el deslizador en esta posición hacia delante. Avanzar la herramienta de inserción a través del cuello uterino hasta el reborde aproximadamente 1.5 a 2 cm del cuello uterino y luego deténgase. No fuerce la herramienta de inserción. Si es necesario, dilatar el canal cervical.

Paso 5: Abrir los brazos del DIU. Manteniendo firme el introductor, mueva el control deslizante a la marca para liberar los brazos del DIU-LNG.

Paso 6: Avanzar a la posición del fondo uterino. Haga avanzar el insertador suave y gentilmente hacia el fondo del útero hasta que el reborde toque el cuello del útero. Si encuentra resistencia uterina, no siga avanzando. El DIU-LNG está ahora en posición en el fondo uterino. La colocación uterina correcta del DIU-LNG es importante para prevenir la expulsión.

Paso 7: Liberación del DIU-LNG y retiro del introductor. Sosteniendo firmemente el insertador del todo en su lugar, liberar el DIU-LNG moviendo el control deslizante hacia abajo. Continúe sosteniendo el control deslizante hacia abajo mientras lentamente y con cuidado retira al introductor del útero.

[12] http://hcp.mirena-us.com/placement-and-removal/precise-placement.php

Paso 8: Corte de los hilos. Usando una tijera afilada, curva, dejando unos 3 cm visibles fuera del cuello uterino corte los hilos perpendicularmente, (cortar los hilos en ángulo pueden dejar extremos afilados). Para evitar el desplazamiento del DIU-LNG, no aplique tensión ni tire de los hilos cuando corte.

La inserción del DIU-LNG está ahora completa. Prescribir analgésicos si está indicado. Mantenga una copia del formulario de consentimiento con el número de lote para sus registros.

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.

- **Duración de la protección anticonceptiva**.

Uno de los métodos de mayor eficacia y larga duración[13]:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y el riesgo continúa mientras que la mujer utilice el DIU-LNG.
- Más de 5 años de uso del DIU-LNG: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres (5 a 8 por 1000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado durante más de 5 años.
- Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU-LNG: Sin demora.
- Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): **Ninguna.**
- 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.

- **Efectos colaterales.**

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
  - Sangrado más leve y de menos días
  - Sangrado infrecuente
    - Sangrado irregular
    - Ausencia de menstruación
    - Sangrado prolongado
- Acné
- Cefaleas
- Dolor o sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios de humor

[13] Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

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.

Seguimiento de la usuaria.

- Primera revisión entre la 4ª y la 6ª 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 tres 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.
- Si no 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.

K. Esterilización total o permanente

1. Oclusión Tubárica Bilateral

a. Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas, 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 que lo soliciten de 23 o más años con dos o más hijos ***(Ver Ley 7 de 5 de marzo de 2013).***
- Razones médicas o legales que contraindiquen el embarazo.
- 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. ***(Ver consentimiento informado en anexos***)

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.

- Para el procedimiento en general, se recomienda, de acuerdo a OMS, la anestesia local más sedación. Según el caso se podrá utilizar 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 las trompas uterinas puede ser por mini laparotomía, laparoscopía, histeroscopía o colpotomía.
- El procedimiento de oclusión tubárica puede ser por salpingectomía y ligadura; salpingotomía (fimbriectomía); técnica de Pomeroy, Parckland, Uchida e Irving; Mecánica (anillos de Yoon o electro fulguración) e histeroscopía con implantes internos en ostium tubárico.

h.Lineamientos generales para la prescripción.

- Consejería amplia sobre la técnica, sus complicaciones y riesgos, entre otros, previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria, o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda el anestésico.
- Debe ser efectuada por personal médico debidamente capacitado.
- Puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, una vez descartado un embarazo.

i. Protocolo para la realización de la Salpingectomía

- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Puede ser ambulatorio.
- No se debe ingerir nada vía oral previo al procedimiento.
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
- Administrar analgésico post operatorio con Ibuprofeno 400 mg C/8 horas por 2 a 3 días.
- Observar por el aparecimiento de efectos colaterales. (Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico).
- Puede reiniciar la 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

j. Duración de la protección anticonceptiva.

Este método es permanente.

k.Seguimiento de la usuaria.

a. La revisión subsecuente debe 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.

b. 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 y examen clínico de mamas.

b. Vasectomía

a. Descripción

Es un método anticonceptivo sencillo, seguro y generalmente sin efectos secundarios. Aunque es reversible en algunos casos, es considerado como permanente.

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

b. Efectividad anticonceptiva

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

c. 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).

d. .Indicaciones

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

- Pacientes mayores de 18 años (ver Ley 7 de 5 de marzo de 2013).
- Razones médicas o legales que contraindiquen la reproducción.
- 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.

e. Contraindicaciones

- Infección genitourinaria activa.
- Masas escrotales no estudiadas.
- Disfunción eréctil.
- Criptorquidia.

f. Precauciones

- Hidrocele.

- Varicocele.
- Filariasis escrotal.
- Hernia inguino-escrotal.
- Trastornos de la coagulación.
- Antecedentes de cirugías escrotales o testiculares.

g. Técnica quirúrgica

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

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

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.

h. Lineamientos generales para su prescripción

- Consejería amplia previa a su realización.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico capacitado y entrenado en el procedimiento.
- 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.

i. 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.

j. 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, espermatocele.
- Reacciones vagales (lipotimia, paro cardiorrespiratorio).
- Alteraciones psico-sexuales.

k. 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 medica si se detectan complicaciones.

l. 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.

H. Condón o preservativo.

1. Descripción.

Es un método de barrera es decir, que impide 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 condones 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.

2. Efectividad anticonceptiva.

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

3. 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 VIH/SIDA.

4. Contraindicaciones.

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

5. Duración de la protección anticonceptiva.

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

6. 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.

7. 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.

8. **Efectos colaterales**.

- Intolerancia al látex o al espermicida.
- En estos casos, reforzar consejería y cambiar a otro método.

9. Seguimiento del usuario.

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

I. Condón Femenino.

1. 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.

2. Efectividad anticonceptiva.

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

3. 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 hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/ SIDA.

4. Contraindicaciones.

- Alergia o hipersensibilidad al látex.

5. Duración de la protección anticonceptiva.

- Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

6. 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 la 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.

7. Lineamientos generales para su prescripción.

La adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

8. Efectos colaterales.

- Intolerancia al látex o al espermicida.
- En estos casos, reforzar consejería y cambiar a otro método.

9. Seguimiento del usuario.

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

J. Espermicidas.

1. 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.

2. Efectividad.

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

3. 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.

4. 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 inmediatopost vasectomía.

5. Contraindicaciones.

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

6. Forma de administración

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

7. 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.

8. 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.

9. 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.

10. 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.

K. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica.

1. 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.

2. Efectividad.

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

3. 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.

4. 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.

5. 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.

6. Duración de la protección anticonceptiva.

Se extiende dependiendo de su práctica constante y correcta.

7. 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.

8. 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.

a. 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.

b. 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.

c. 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.

d. 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.

L. Método de Lactancia Amenorrea (MELA)

1. **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.

2. **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%.

3. **Indicacione**s.

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.

4. **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.

5. **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 postparto 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.

6. **Duración de la protección anticonceptiva**.

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

7. **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.

8. **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.

Capítulo V. Guías para la vigilancia de la calidad en la atención relacionada a la mortalidad materna y perinatal

I. Introducción

La mortalidad materna es todavía un grave problema de salud pública en el continente, el cual afecta sobre todo a las comunidades indígenas de Latinoamérica y el Caribe. La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario, según género.

En 2003 la OMS, UNICEF y la UNFPA reportaron, por estadísticas obtenidas del año 2000, que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo es de 440 x 100.000 nacidos vivos.

A nivel nacional, durante el período 2005 a 2010 no se registra cambios de tendencia, ya que las tasas son variables, sin embargo, a partir del 2006 existe una tendencia a la disminución de la Mortalidad Materna, con cifras que van de 62 MM x 100.000 nacidos vivos en el 2010, a 58.5 MM x 100.000 nacidos vivos en el 2014, a 35.4 MM x 100.000 nacidos vivos en el 2017. Durante este período las regiones con población indígena fueron las regiones de salud de mayor riesgo, con tasas acumuladas en las comarcas Ngäbe Buglé (CNB) y Kuna Yala (CKY) de 164 MM x 100.000 nacidos vivos cada una, pero con mayor riesgo en la CNB porque allí se presentan el mayor número de nacimientos dentro de todos los grupos indígenas; le sigue Darién con tasa acumulada de 75 MM x 100.000 nacidos vivos.

En el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3.3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida; en total las muertes perinatales se estiman en 6.9 millones anualmente. Un 98% de las muertes perinatales se producen en el mundo en desarrollo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número, las tasas de mortalidad neonatal y mortinatalidad más elevadas son las del África subsahariana, donde se reportan tasas de 76 por 1000 nacidos vivos y en algunas áreas, hasta de 200 por 1000 nacidos vivos.

A nivel nacional, en el período de 1997-2010 las tasas de MP tienen una tendencia a la disminución, siendo de 13.5 por mil embarazos en 1997 a 10.3 por mil embarazos en el 2010. Aunque la mayor frecuencia de las muertes perinatales del último quinquenio (2006-2010), ocurren en la provincia de Panamá; las provincias con las mayores tasas de MP son las provincias que tienen población indígena (BDT, DAR, CKY, CHI), todas con cifras mayores que la tasa nacional.

II. 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 de 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 Nº48 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.

Las Normas para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal (S.V.M.M.P.) establecidas para la Notificación del Evento y su codificación. Esta Guía 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.

III. Objetivos de la Vigilancia 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.

Identificar las muertes maternas y perinatales para conocer su incidencia, sus causas y factores de riesgo con el fin de reducir su magnitud.

C. Objetivos Específicos.

- Notificar las causas de muerte materna y perinatal.
- Analizar las causas de muerte materna y perinatal.
- Clasificar las causas de muerte materna y perinatal.
- Recomendar medidas de prevención e intervención adecuadas.
- Difundir la información a todos los niveles.

D. Elementos esenciales del sistema de vigilancia.

1. **La recolección** de datos precisos sobre toda muerte materna.

   - **Número**: identificación de toda muerte materna.
   - **Causa**: investigación y verificación de toda muerte materna.

2. **El análisis de los datos** recolectados por medio de la vigilancia e investigación de casos.

   - Tendencias de la mortalidad materna y perinatal.
   - Causas médicas y no médicas asociadas.

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.

   - La educación a nivel comunitario.
   - La oportunidad de la referencia.
   - El acceso y la entrega de los servicios.
   - La calidad de la atención, las necesidades de adiestramiento del personal de salud y la disponibilidad y cumplimiento de normas.
   - La legislación pertinente.
   - 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 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.

Cuadro 9 Subsistemas en el Proceso de vigilancia de la muerte Materna Perinatal

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

1. Definiciones

• **Muerte Materna: (OMS)** "La defunción materna se define como la muerte de una mujer en edad fértil mientras está embarazada o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del embarazo, independientemente de la duración y el sitio del embarazo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo mismo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales".

• **Muerte Materna tardía:** "Una defunción materna tardía es la muerte de una mujer por causas obstétricas directas o indirectas después de los 42 días pero antes de un año de la terminación del embarazo". 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**: Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal en los primeros 7 días de nacido.

2. Procesos básicos.

El sistema de vigilancia se estructura con tres procesos básicos:

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)

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)

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).

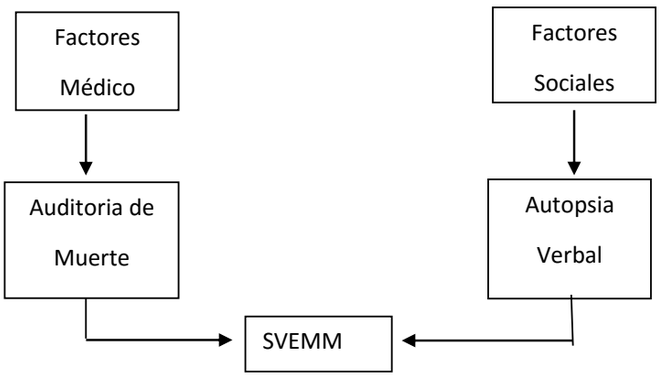
3. Flujo de la información.

A.M.M.
Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia a las comisiones hospitalarias/Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la Comisión Nacional.

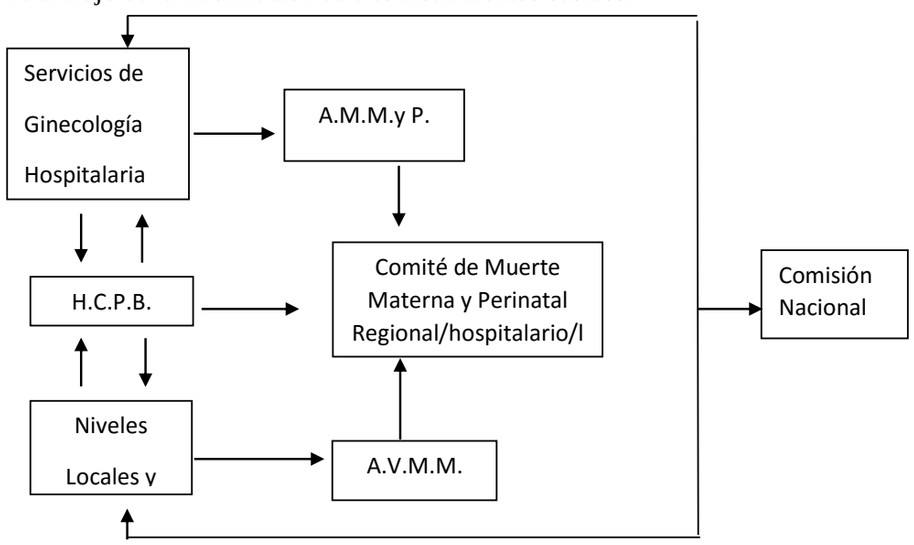
H.C.P.B.
Fluye desde los servicios locales a los de Gineco-obstetricia y de ser necesario desde cualquiera de ellos hacia las comisiones hospitalarias/ Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la Comisión Nacional.

A.V.M.M.
Fluye desde los niveles locales hacia las comisiones Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la comisión Nacional.

AMP.
Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría o Neonatología (según el caso), a las comisiones Regionales/Hospitalarias de Mortalidad materna y perinatal y a la Comisión Nacional.



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



F. Normas para la notificación e investigación de muertes maternas.

1. Notificación de muertes maternas:
La notificación es obligatoria, individual e inmediata de acuerdo al sustento legal vigente.

La información será obtenida de:

- Instituciones de salud pública y privadas.

- Departamento y secciones de estadística.
- Coordinadores Regionales de Epidemiología.
- Departamento de Epidemiología.
- Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Comunidad.
- Contraloría General.
- SISVIG (Sistema de Vigilancia) vía web.

La defunción se registra en diferentes formularios:

- Registro diario de consulta.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Informe del cuarto de urgencia.
- Informe de egreso hospitalario.
- Historia Clínica Perinatal/Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Certificado de defunción.
- Formulario de Auditoría de Muerte Materna (AMM).
- Informe ejecutivo semanal regional y nacional.
- Registro de la clínica anatomo-patológica.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

La información es recolectada a nivel local. El Departamento de Estadísticas y Registros en Salud (REGES) del nivel local/hospitalario y la Oficina de Registro de Defunciones deberán notificar a Epidemiología local/hospitalaria y a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la ocurrencia individual de la probable muerte materna y reportarán al nivel regional el número semanal de probables muertes maternas en la instalación, y estos al nivel nacional de Epidemiología y SSR.

Para 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 harán la notificación telefónica semanal a la instalación de salud del nivel local, y estos notificarán a su vez al nivel superior correspondiente de Epidemiología; a través del informe de notificación rutinario semanal de los martes, siendo el nivel local el responsable de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso.

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.

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.

2. Investigación de las muertes maternas

La investigación de caso se realiza en los 15 días siguientes a la notificación. Si la muerte se dio en una instalación de salud, la investigación la realiza el personal de la Comisión Institucional o Regional de Mortalidad Materna y si fue en la comunidad, le corresponde su investigación al nivel local donde ocurrió el evento.

Formularios o Ficha de investigación de caso: se utilizará el Formulario de Auditoria de Muerte Materna (AMM) para recolectar la información biológica y médica asociada a la muerte materna ocurrida en una instalación de salud, y el formulario de Autopsia Verbal

(AV) para recolectar la información de las muertes maternas que ocurran fuera de las instalaciones de salud y como complemento a la información de la AMM.

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*
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

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

Tan pronto los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son revisados por la Comisión Regional/Hospitalaria, se confirman 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. La comisiones regionales y/o hospitalaria enviarán a la Comisión Nacional mensualmente la información de su casuística, en el formato establecido para este efecto (ver anexo 4).

La Comisión Nacional revisará y analizará cada caso y clasificará el mismo de acuerdo a los códigos establecidos en la CIE-10.

Desde el punto de vista clínico de la CIE-10, se codifica de acuerdo a la causa como:

Causas Directas: son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de estos.

- O00-O08: Embarazo terminado en aborto.
- O10-O16: Edema. Proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio.
- O20-O29: Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo.
- O30-O48: Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.
- O60-O75: Complicaciones del trabajo de parto y el parto.
- O80-O84: Parto.
- O85-O92: Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.

Causas Indirectas: son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el transcurso del embarazo y que, sin estar relacionados con éste, provocan la muerte al ser agravados por el efecto fisiológico del embarazo.

- O95-O99: Otras afecciones no clasificadas en otra parte.
- O95: Muerte obstétrica de causa no especificada.
- O96: Muerte materna por cualquier causa obstétrica, que ocurre después de 42 días, pero antes de 1 año del parto.
- O97: Muerte por secuela de cualquier causa obstétrica.
- O98: Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio.

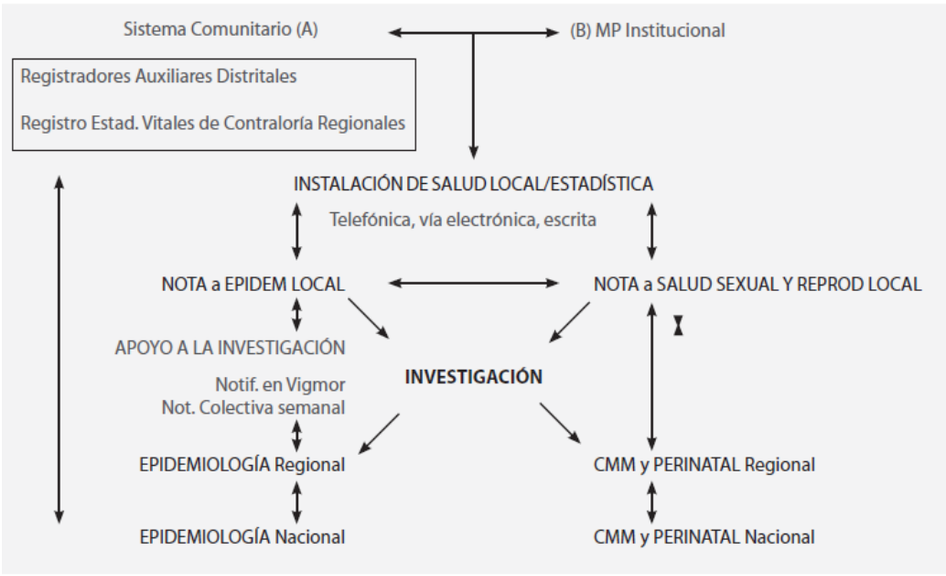
- O99: Otras enfermedades maternas, clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio.

La Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal generará la base de datos para análisis periódicos de tipo cualitativo y cuantitativo para entender la presencia del hecho en un espacio geográfico poblacional dado.

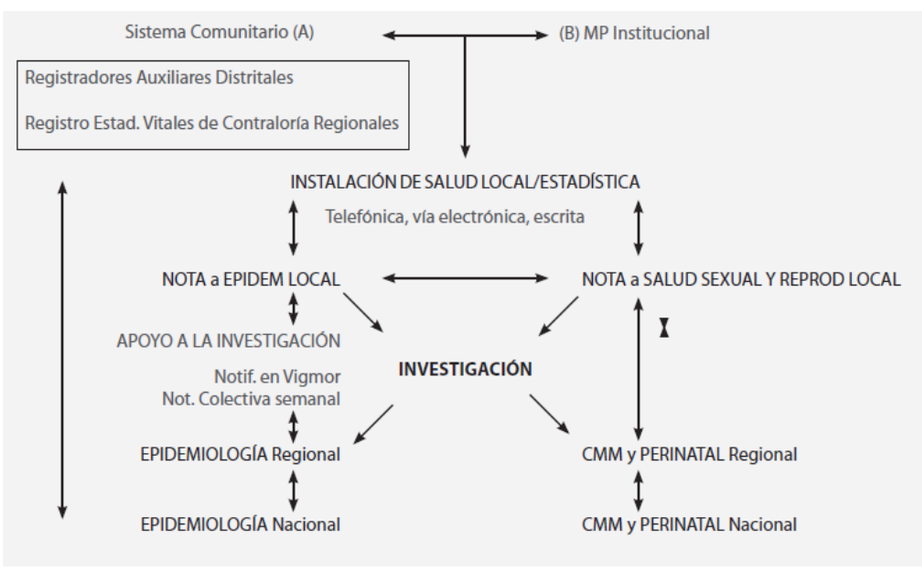
El producto de estos análisis retornará a los Niveles Locales, Regionales y a los Hospitales para complementar la información generada en cada una de éstas y así producir ajustes en las estrategias y planes de control.

Copia de los mismos serán remitidos al Nivel Central a la Sub Dirección General de la Salud de la Población del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, específicamente a la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.

SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Flujo comunitario/institucional de la notificación individual de probable muerte materna (MM) a la instalación de salud e investigación.



SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA
Flujo comunitario/institucional de la notificación individual de muerte perinatal (MP) a la instalación de salud e investigación.



3. Evaluación de la vigilancia

La evaluación de las actividades realizadas por el Sistema de Vigilancia se hará a través de los indicadores generales y específicos que se produzcan, con una periodicidad trimestral y su envío al nivel nacional será semestral y anual.

Indicadores de Seguimiento.

- Proporción de muertes maternas investigadas del total de probables muertes maternas notificadas.
- Proporción de probables muertes maternas confirmadas y descartadas del total de investigadas.

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 silenciosos de muerte materna, es decir sin un caso de muerte materna en los últimos 3 años.

4. Medidas de prevención y control

Deben ser dirigidas a mejorar las coberturas de control prenatal, mantener altas coberturas de partos institucionales, con calidad y brindar apoyo comunitario en las áreas más apartadas con la instalación de albergues, entre otras.

Se debe definir un conjunto integral de medidas necesarias para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié en el cuidado obstétrico, la atención calificada del parto y el acceso a la planificación de la familia.

Como otras medidas y no menos importantes están: mejorar la calidad de los servicios de salud, la capacitación y coordinación permanente con los promotores de salud, parteras y líderes comunitarios.

Se debe brindar educación continuada en hospitales e instalaciones de salud que atienden mujeres embarazadas sobre actualización básica en temas de obstetricia y neonatología para lograr disminuir las tasas de mortalidad materna de aquellas mujeres embarazadas que accedan a los servicios de salud.

G. Normas para la notificación e investigación de muerte perinatal.

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.

1. Objetivo General.

Conocer la incidencia de las muertes perinatales, sus causas y factores de riesgo con el fin de reducir su magnitud.

2. Definición de Caso confirmado.

Es toda aquella muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal en los primeros 7 días.

3. Notificación de muertes perinatales.

- Es obligatoria, individual e inmediata de acuerdo al sustento legal vigente.
- La notificación debe hacerse en el formulario para la notificación de defunción.

La información será obtenida de:

- Instituciones de salud pública y privadas.
- Departamento y secciones de estadística.
- Coordinadores Regionales de Epidemiología.
- Departamento de Epidemiología.
- Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Comunidad.
- Contraloría General.
- SISVIG (Sistema de Vigilancia) vía web.

La Defunción se registra en diferentes formularios:

- Registro diario de consulta.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Informe del cuarto de urgencia.
- Informe de egreso hospitalario.
- Historia Clínica Perinatal/Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Certificado de defunción.
- Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal (AMP).
- Informe ejecutivo semanal regional y nacional.
- Registro de la clínica anatomo-patológica.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

.

H. Metodología para la recolección y transferencia de la información desde el nivel local de Salud hasta el nivel Central.

- La información es recolectada a nivel local.
- El Departamento de Estadísticas y Registros en Salud (REGES) del nivel local/hospitalario y la Oficina de Registro de Defunciones deberán notificar a Epidemiología local/hospitalaria y a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la ocurrencia individual de la muerte perinatal y reportarán el número semanal de muertes perinatales en la instalación al nivel regional y estos al nivel nacional de Epidemiología y SSR.
- Esta notificación se hará a Epidemiología a través del informe de notificación rutinario semanal de los martes, siendo el nivel local el responsable de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso.
- Las probables MP 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 comunitario.

1. Investigación epidemiológica

La investigación de caso se realiza en los 15 días siguientes de la notificación. Si la muerte se dio en una instalación de salud, la investigación la realiza personal de la Comisión institucional o Regional de Mortalidad Materna y Perinatal y si fue en la comunidad, le corresponde su investigación al nivel local donde ocurrió el evento.

Formularios o Ficha de investigación de caso: a nivel local/hospitalario se utilizará el Formulario de Auditoria de Muerte Perinatal (AMP) para recolectar la información biológica y médica asociada a la muerte perinatal ocurrida en una instalación de salud.

Las muertes perinatales serán incluidas en el informe Epidemiológico mensual, especificando si se trata de muerte fetal (Óbito) o muerte neonatal, 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.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

2. Evaluación de la vigilancia

La evaluación de las actividades realizadas por el sistema de vigilancia se hará a través de los indicadores generales y específicos que se produzcan y con una periodicidad trimestral y su envío al nivel nacional será semestral y anual.

Indicadores de Seguimiento.
Proporción de muertes perinatales investigadas del total de probables muertes perinatales notificadas.

Indicadores de Evaluación.

- Porcentaje de distritos de riesgo de muerte perinatal, es decir de distritos o corregimientos en los que ha ocurrido al menos 10 muertes perinatales, en el último año.
- Porcentaje de distritos silenciosos de muerte perinatal, es decir sin un caso de muerte perinatal en el último año.

3. Medidas de prevención y control.

Deben ser dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de atención materna y perinatal, mantener altas coberturas de partos institucionales con calidad y brindar apoyo comunitario para procurar el acceso oportuno en las áreas más apartadas, con la instalación de albergues entre otras. Como otras medidas y no menos importantes están: mejorar la calidad de los servicios de salud, la capacitación y coordinación permanente con los promotores de salud, parteras y líderes comunitarios. Se debe brindar educación continuada en hospitales e instalaciones de salud que atienden mujeres embarazadas sobre actualización básica en temas de obstetricia y neonatología, para lograr disminuir las tasas de mortalidad perinatal de aquellas mujeres embarazadas que accedan a los servicios de salud.

IV. Miembros y funciones de las comisiones según niveles.

A. Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal.

Cada miembro designado podrá nombrar un suplente para que lo reemplace.

- Coordinador Técnico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, quien coordinara la Comisión.
- Coordinador Técnico Nacional de Salud a la Niñez y Adolescencia del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.
- Jefe Nacional del Programa 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 Dr. Arnulfo Arias Madrid.
- Jefe del Departamento de Epidemiologia, MINSA.
- Jefe del Departamento de Registros Estadísticos de Salud de la Dirección de Planificación y Política de Salud, MINSA.
- Director Nacional de Asesoría Legal MINSA.
- Presidente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) o su representante.
- Presidente de la Sociedad Panameña de Medicina Perinatal o su representante
- Jefe de Servicios de Neonatología del Hospital del Niño.
- Jefe de Servicios de Neonatología del CHM Dr. AAM CSS.
- Jefe de la Sección de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (INEC).
- Director del Registro Civil.
- Jefe del Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
- Jefe Nacional de Enfermería MINSA.

1. Funciones de la Comisión Nacional.

a. 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.
- Integrar las fuentes de información de Estadísticas Vitales del INEC, del sistema de estadísticas de salud, el SISVIG/ SISGMOR y el SVMMP de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Dar seguimiento a las Comisiones Regionales, Hospitalarias y Locales de mortalidad materna y perinatal.
- Recibir Mensualmente de los Comités Regionales y Hospitalarios de Mortalidad Materna y Perinatal, la información de que dispongan de las muertes maternas y perinatales en los formatos de auditoría de muerte materna y perinatal y formato de consolidados.
- Recopilar, consolidar, analizar todas las fuentes de información a nivel nacional para la toma de decisiones.

b. Divulgar la información y análisis de los resultados a:

- Nivel político institucional.
- Autoridades de Salud del Nivel Central, Regional y local.
- Personal de Salud.
- Actores Sociales y comunidad en general.
- Niveles internacionales.
- Capacitar, asesorar, recomendar y plantear estrategias a las instancias interesadas.

B. Comisión Regional de Mortalidad Materna y Perinatal.

- Director Regional MINSA.
- Director Institucional de la CSS.
- Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva.
- Coordinador de Salud de Niñez y Adolescencia.
- 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 de estadísticas en Salud regional del MINSA y de la CSS

- Jefe de oficina regional de la Sección de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (INEC).

1. Funciones del Comité Regional.

- Velar que se notifiquen y se realicen las auditorías, análisis y discusión de todos los casos intra y extra hospitalarios.
- Coordinar con el Comité Local de muerte materna y perinatal para la detección de muertes maternas y perinatales extra hospitalarios y levantamiento de las autopsias verbales de muerte materna.
- Elaborar y enviar mensualmente el informe regional de ocurrencia o no, de muertes maternas en el formato establecido (anexo 6) a la Comisión Nacional de Mortalidad Maternal.

2. Funciones específicas de los miembros del comité regional.

Cuadro 10 Funciones de los Miembros del Comité Regional

Director regional MINSA	• Supervisar el buen funcionamiento del Comité Regional • Ordenar que se realicen las autopsias de muertes maternas y perinatales. • Implementar las recomendaciones del Comité Regional
Director institucional CSS	• 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.
Coordinador salud sexual y reproductiva /coordinador de salud de niñez y adolescencia/coordinador materno infantil CSS	• Los Coordinadores de SS Y R MINSA o los designados por CSS 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 el 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 Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva Nivel Nacional de MINSA. • Remitir informe anual consolidado a coordinación de Salud Sexual y Reproductiva Nacional MINSA. • Divulgar el informe anual consolidado a los Niveles Locales
Epidemiología regional	• Participar en las reuniones y actividades del Comité Regional • Verificar los casos en el informe epidemiológico semanal y activar el sistema para su reporte.
Registros estadísticos y de salud MINSA regional/hospitalario CSS	• Velar porque el personal de estadística local, registre la información necesaria de muerte materna y perinatal en el informe semanal y enviar al nivel nacional la información consolidada. • Participar en las auditorias local, hospitalaria y Regional de muerte materna y perinatal
Oficina provincial de Estadísticas Vitales	• 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 mensualmente perinatales registradas. • Incorporar registros de casos procedentes del sector privado y del sistema de escucha comunitario.

C. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalario.

- Director Médico.
- Jefe de Servicios de Obstetricia.
- Jefe de Servicios de Pediatría.
- Jefe de Servicio de Neonatología.
- Jefa de Departamento de Enfermería.

- Enfermera Jefe Sala de Partos.
- Enfermera Jefe de Sala de Neonatología.
- Jefe de Enfermedades Nosocomiales.
- Patólogo o Médico Forense.
- Jefe de Registros de Estadísticas en Salud.
- Jefe de Residentes de Ginecología y Obstetricia y Pediatría.
- Coordinador Salud Sexual y Reproductiva Regional (o su equivalente).
- Epidemiología del Hospital (o el Epidemiólogo de la Región de Salud en su defecto).
- Consultores de otras especialidades o médicos y enfermeras designados por el Director Médico.

1. Funciones del comité hospitalario

- 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.
- 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.
  - Clasificar la muerte materna o perinatal según:
    - Naturaleza o causa.
    - Responsabilidad única o compartida.
- Conclusiones, recomendaciones y plan de seguimiento (resultados, áreas a modificar, cronograma de trabajo y personal responsable)
- Remitir copia del informe a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva Nacional del MINSA y a Epidemiología Nacional del MINSA, que incluya:
  - Formularios de auditoría (materna y perinatal).
  - Informes de análisis (Muerte hospitalaria, domiciliaria y perinatal).
  - Consolidados de la casuística regional de muertes maternas y perinatales.
  - Los informes de análisis debe ser firmado por el director de la institución y los comisionados participantes.

Cuadro 11. Nivel hospitalario funciones específicas del Comité Hospitalario.

Director médico	• Supervisar el buen funcionamiento del Comité de Muerte Materna y Perinatal institucional. • Implementar las recomendaciones del CMM y P.
Jefe de servicios de obstetricia	• 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 Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva o al Jefe de Servicios de Ginecoobstetricia de donde procede el caso. • Consolidar anualmente la casuística y enviar informe al CMM y P Regional MINSA. • Velar porque se llene 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	• 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 auditoría de caso. • Velar porque se realicen las necropsias de las M. P.
Enfermera jefe de sala de partos	• 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	• Colaborar en la recopilación de la documentación y preparación de material para la presentación de casos.

pediatría	• Participar en las reuniones y actividades del CMM y P
Patólogo/ E. Nosocomiales	• Aportar la información del diagnóstico anatomo-patológico u otros estudios según el caso. • Participar en la discusión del caso. • Participar en las reuniones y actividades del CMM y P
Epidemiología	• 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	• Coordinar con Registros Estadísticos en Salud Regional el reporte semanal a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva 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 Salud Sexual y Reproductiva y Epidemiología las muertes perinatales registradas.

D. Comité Local de Mortalidad Materna y Perinatal

- Director médico.
- Médico y enfermera coordinadores de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Niñez y Adolescencia y epidemiología o Médico y enfermera designada por el Director Médico.
- Registros estadísticos en Salud.
- Registradores auxiliares de la Contraloría o Registro civil.

1. Funciones del nivel local.

- 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.
- 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.
- Apoyar al Nivel Regional en el levantamiento de las autopsias verbales de las muertes maternas no institucionales.
- Recibir y remitir información al nivel regional, sobre muertes maternas comunitarias de los registradores auxiliares.

Capítulo VI. LA VIOLENCIA Y LOS DELITOS SEXUALES

La **violencia** es el tipo de interacción entre sujetos que se manifiesta en aquellas conductas o situaciones que, de forma deliberada, aprendida o imitada, provocan o amenazan con hacer daño, o sometimiento grave. (Físico, sexual, verbal o psicológico)

El sujeto lo realiza, afectando a sus víctimas de tal manera que limitan sus potencialidades presentes o futuras. Puede producirse a través de acciones y lenguajes, pero también de silencios e inacciones, y es condenada por la ética, la moral y el derecho.

Se trata de un concepto complejo que admite diversas matizaciones y graduaciones según el punto de vista que se trate, su aplicación a la realidad depende en ocasiones de apreciaciones subjetivas.

Los **delitos sexuales** constituyen un conjunto de comportamientos que afectan derechos humanos de trascendencia para el desarrollo psicosexual de todo ser humano, tales como: el derecho a la libertad y la integridad sexual. (Entre enero y septiembre de 2017, se registraron **4 mil 817 delitos contra la libertad e integridad sexual** en Panamá, el 88% involucraba a menores de edad).

Entre las conductas ilícitas que conforman estos delitos, se encuentran las siguientes: **violación sexual, estupro, abusos deshonestos, acoso sexual, trata de personas, corrupción de personas menores de edad, pornografía infantil, proxenetismo**.

En Panamá, estos delitos están regulados a través del Código Penal, por ejemplo: el delito de violación sexual está tipificado en el artículo 174, y consiste en sostener relaciones sexuales sin consentimiento de la persona y en forma agresiva o violenta; pero, también puede darse en aquellos casos en que una persona obligue a otra a que sostenga con ella relaciones sexuales en forma violenta. Es decir, esta figura delictiva conlleva los siguientes aspectos:

- Puede ser realizado por cualquier persona: de sexo femenino o masculino; mayor o menor de edad.
- La víctima puede ser una mujer, una niña o una adolescente; un niño o un adolescente, un hombre, un anciano. No importa la edad, ya que en cualquier momento una persona puede convertirse en sujeto pasivo o víctima de esta figura delictiva.
- El acceso sexual se realiza con agresión, violencia física, violencia sicológica o intimidación.
- La víctima no ha dado su consentimiento al victimario para que la aborde y sostenga relaciones sexuales con ella.

Este delito generalmente, salvo aquellos casos en que la víctima ha sido seleccionada al azar, conlleva un abuso de confianza por parte del agresor con respecto a su víctima, puesto que es común que tanto la víctima y el victimario se conozcan, esto se da sobre todo en aquellos casos en los que la víctima es una persona menor de edad. Es por ello que debemos tomar en cuenta que el violador o victimario responde, la mayoría de las veces, a una persona en la cual se ha depositado una confianza, como es el caso de un docente, guía espiritual (sacerdote, pastor, etc.), un familiar (tío, tía, papá, abuelo, mamá, padrastro, hermano, prima, etc.), un vecino, una amistad, el conductor de un bus escolar; es decir, cualquier persona con la cual conversamos diariamente, puede ser un violador.

Por otra parte, se encuentra el delito de abusos deshonestos o actos libidinosos, mismo que se encuentra consagrado en el artículo 177. Estos, a su vez, consisten en el manoseo o tocamiento que el victimario hace a su víctima, sin su consentimiento, en partes que corresponden a su intimidad sexual, pero sin llegar a sostener relaciones sexuales con ella. Por ejemplo: un hombre de 30 años que le toca la entrepierna a una adolescente de 14 años de edad; un joven de 17 años que le acaricia las partes íntimas a una anciana de 80 años de edad.

De igual manera, que en el delito de violación sexual, tanto la víctima como el victimario pueden pertenecer a uno u otro sexo.

En cuanto al delito de estupro, establecido en el artículo 176, del Código Penal panameño, nos plantea que es una relación sexual que se da entre una persona mayor de edad y una persona menor de edad, que se encuentra entre los 14 y 17 años. Lo interesante de esta norma penal es que indica que existe un consentimiento por parte de la víctima. Sin embargo, consideramos que este consentimiento o manifestación de voluntad es cuestionable, ya que ha sido otorgado por una persona menor de edad. Hacemos este señalamiento puesto que el victimario es una persona mayor de edad, quien fácilmente puede manipular a la víctima. En esta figura delictiva, la víctima puede ser un adolescente o una adolescente, aunque generalmente son del sexo femenino y, lo más difícil de aceptar es que, en su gran mayoría, sucede con anuencia de alguno de los progenitores o de ambos. Por ejemplo: Un hombre de 25 años de edad, que pide permiso a los padres de una adolescente de 15 años para ser su novio, le visita en su casa, la lleva de paseo y sostienen relaciones sexuales, con consecuencia: embarazo.

¿Cuáles son los objetivos al atender a una víctima de Violación?

1. Evaluar la Salud o bienestar físico, mental y social
2. Evaluar y tratar las lesiones
3. Prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazo
4. Recabar evidencias médico legales (cuando sea el caso)
5. Proporcionar consejería y seguimiento para manejar las posibles consecuencias psicológicas

Debemos tener en mente que es de suma importancia la actitud que muestre el personal de salud hacia la víctima en el primer contacto, no hacer una re victimización, brindar respuestas sensibles, cálidas y solidarias de manera que se facilite la comunicación y pueda hablar de lo sucedido. Esta puede ser la única oportunidad de facilitarle el camino a retomar sus capacidades para enfrentar los procesos de duelo, negación, ira, frustración, impotencia, etc. Es por esto que debemos:

- Escuchar y brindar apoyo incondicional a la persona agredida, atendiendo la comunicación verbal y no verbal, dando credibilidad absoluta a su dicho.
- Omitir cualquier juicio de valor sobre su persona o condición y evitar en lo absoluto enunciados discriminatorios.
- Mostrar atención y empatía con la persona. Antes de realizar cualquier exploración explicar el procedimiento médico y solicitar su consentimiento para realizarlo. Asegurarle que puede preguntar y detener la revisión en el momento que así lo desee.
- Hablar en un lenguaje claro y sencillo, recuerde que la persona está en un estado de estrés, ansiedad y angustia.
- Apoyar en la expresión de sentimientos y emociones, respetando los silencios de la persona agredida. Esto facilita la reflexión y la organización del pensamiento para arribar a las acciones a seguir en la prevención de mayores daños.
- Revisar cuidadosamente y con respeto a su integridad emocional y corporal, identificando cualquier indicio que ponga en riesgo la vida o una función, como fracturas, hemorragias, estados de choque, incluyendo el emocional, o estados psicológicos limítrofes, cuidando el pudor y evitando procedimientos médicos injustificados.
- Manejar, en caso de requerirse, la crisis emocional o solicitar apoyo de personal capacitado para ello.

No debemos olvidar que existe la posibilidad de lesiones externas e internas, riesgo de ITS/VIH y daño emocional. No olvidar que el concepto de Salud abarca más allá de lo físico, y debemos tener en mente el aspecto psicológico y social. Por lo tanto se requiere la participación del personal médico, de trabajo social, de enfermería y de psicología. Es recomendable preguntar a la persona quién desea que la acompañe durante la revisión.

Siempre debemos tener en cuenta:

1. Explicar a la persona violada o a su responsable legal (menores de edad o con alguna discapacidad) la situación y posibles consecuencias así como la posibilidad de prevenirlas.
2. Prescribir medicamentos para la prevención del embarazo forzado, de infecciones de transmisión sexual y evaluar la profilaxis para el VIH/SIDA.
3. Evaluar el riesgo para su vida y apoyarles para hacer un plan de seguridad en caso de ser necesario.
4. Llenar el formulario de Violencia y maltrato.
5. Brindar orientación sobre su derecho a denunciar el caso y prevenir o interrumpir un embarazo consecuencia de la violación (Código Penal Artículo 144).
6. Referirle a los servicios de apoyo especializado de acuerdo con las necesidades de cada paciente.

No todos los casos de violación se presentan buscando atención el mismo día. Por lo tanto tenemos casos inmediatos y casos tardíos. Los casos inmediatos son aquellos donde la víctima se presenta a buscar atención en la primeras 72 horas de ocurrido el ataque (en este caso se cuenta con tiempo para brindar profilaxis de ITS/VIH, anticoncepción de emergencia y recabar evidencias médico legales). En los casos tardíos se acude a los Centros de Atención después de transcurridas 72 horas (pueden pasar días, semanas o meses); se pierde evidencia médico legal con el pasar del tiempo y en algunos casos se brinda tratamiento (ya no se trata de profilaxis) contra VIH/ITS.

Inspección y evaluación inicial cuando acuden <u>ANTES</u> de las 72 horas:

- Facilitarle una bata y una sábana para cubrirla y examinar primero la mitad superior del cuerpo y luego la inferior.
- Examinar sistemáticamente su cuerpo empezando por la cabeza, revisar ojos, nariz, boca y detrás de las orejas, antebrazo, muñecas y tobillos. Anotar estadio puberal.
- Buscar signos consistentes con la historia de la agresión (mordidas, marcas de golpes, huella de sujeción de las muñecas, áreas de pérdida de cabello en la parte de atrás de la cabeza, rompimiento de tímpano por bofetadas).
- Anotar todos los hallazgos cuidadosamente, describir tipo, tamaño, color y forma de cualquier laceración, moretón o petequias.
- Tomar nota de su estado emocional y mental (introversión, calma, llanto, etc.).
- Tomar muestras de cualquier material extraño en las ropas o cuerpo, (sangre, semen, saliva, trozos de uñas, etc.).

Examen del Área Genital:

- En el 50% de las pacientes se encuentran daños en área genital
- Examinar pubis, cara interna de muslo, periné, ano, labios mayores y menores, clítoris, uretra introito e himen.
- Si hubo penetración vaginal, insertar cuidadosamente especulo lubricado con agua o solución salina normal, **No usar especulo en niñas**, revisar cérvix, fondo de saco y mucosa vaginal buscando trauma, sangrado y signos de infección.
- Recolectar secreciones vaginales con un hisopo o kit de recolección de muestra para violación.

Examen de Ano y Recto:

- Tomar nota de la forma y dilatación del ano, cualquier fisura alrededor, presencia de materia fecal o rastros de semen sobre la piel perianal y posible sangrado de desgarros
- Si está indicado en el relato, tomar muestras buscando evidencias.
- Si está indicado, practicar examen rectal en busca de traumas, fistulas, desgarros, sangrado y descargas.

Inspección y Evaluación Inicial cuando acuden <u>DESPUES</u> de las 72 horas:

Si ya paso una semana del evento, no se va a encontrar mucha evidencia, sin embargo se recomienda realizar un examen físico completo.

- Anotar la existencia y descripción del tamaño, localización y color del moretón o cicatriz reciente.
- Tomar en cuenta cualquier evidencia de posibles complicaciones (sordera, fracturas, abscesos, etc.).
- Tomar nota de su estado mental (normal, retraído, depresivo, suicida).
- Si no hay queja de descarga genital, anal o ulceraciones no se recomienda realizar examen pélvico.
- Tomar muestras de vagina o ano para ITS (PCR sífilis, tinción de Gram y cultivos para gonorrea, clamidia tracomatis y Elisa para VIH).
- Siempre obtener el consentimiento informado para realizar el examen y toma de muestras.
- Después de 72 horas, la eficacia de la profilaxis contra VIH, ITS y Anticoncepción de Emergencia se reduce considerablemente.

¿Cuáles son los cuidados generales al atender a una víctima de Violación?

- Limpiar cualquier rasguño, cortadura, raspón, suciedad y tejidos muertos o dañados.
- Las heridas profundas deberán limpiarse perfectamente y suturarse dentro de las primeras 24 horas.
- Las heridas no suturadas en las primeras 24 horas, deberán dejarse cicatrizar por segunda intención.
- Es mejor no suturar las heridas muy contaminadas. Se recomienda prescribir antibióticos y analgésicos.
- Ante las soluciones de continuidad en la piel se recomienda aplicar inmunización antitetánica.

¿Cuáles son las posibles consecuencias para una víctima de Violación y cómo prevenirlas?

- **Embarazo forzado**
    - Anticoncepción de emergencia (Cap. 4 acápite C, página 89)
        - Levonorgestrel 1.5 mg (o dos tabletas de 75mcg)
        - Colocación de Dispositivo Intrauterino (hasta 5 días después de la violación)
        - Método Yuzpe (AOC con Levonorgestrel 4 tabletas cada 12 horas, 2 dosis)
    - Es más efectivo si se utiliza en las primeras 24 horas, y no más allá de las 72 horas del evento.
    - Decirle a la paciente que si no ve el periodo menstrual siguiente en la fecha esperada, se debe realizar una prueba de embarazo en sangre. En caso de resultar positiva la paciente tiene derecho a solicitar interrupción legal del embarazo con un juez de la localidad.
- **Infecciones de transmisión sexual**

  ADULTOS

    - Metronidazol -Tabletas de 500 mg- dosis única de 2 gramos oral (Tricomonas Giardia lamblia, Entoamoeba histolitica). Contraindicado en el primer trimestre del embarazo.
    - Ceftriaxona –Ampolla de 500 mg- dosis única de 250 mg i.m. (Treponema pallidum, Neisseria gonorrea
    - Azitromicina –Tableta de 500 mg- dosis única de 1 g oral o Doxiciclina – Cápsulas de 100 mg- 1 cápsula oral cada 12 horas por 7 días (Clamydia trachomatis).

Contraindicado en embarazadas, se debe reemplazar por:

- Eritromicina 500 mg oral cada 6 horas por 7 días o Amoxicilina 500mg oral cada 8 horas por 7 días.

NIÑOS

- < 45Kg de peso: Amoxicilina 50 mg/Kg+ VO Probenecid 25 mg/Kg VO Dosis única o Ceftriaxona 125 mg IM, Dosis única o Espectinomicina 40 mg/Kg IM, Dosis única (Neisserie gonorroea). Eritromicina 40 mg/Kg/día VO por 7 días (Clamydia trachomatis).
- > 45 Kg de peso: Amoxicilina 3 g VO + Probenecid 1 g VO Dosis única o Ceftriaxona 250 mg IM, Dosis única o Espectinomicina 2 g IM, Dosis única (Neisserie gonorroea). Eritromicina 500 mg/día VO por 7 días o Tetraciclina 500mg/día VO por 7 días (Clamydia trachomatis).

- **Profilaxis de VIH**
  - Zidovudina (AZT) (presentación en cápsulas de 100 y 250 mg) 600 mg/día oral cada 12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg v.o. cada 12 horas. Durante 4 semanas.
  - Zidovudina (AZT) 600 mg/día oral cada 12 horas + Lamivudina (3TC) 150 mg v.o. cada 12 horas + Indinavir (IDV) 800 mg v.o. cada 8 horas o Nelfinavir (NFV) 750mg v.o. cada 8 horas por 4 semanas.

¿Cuáles son las pruebas de laboratorio que debemos solicitar?

- Prueba de embarazo en sangre: si se sospecha de embarazo, pero no es necesaria hacer la prueba o tener el resultado para brindar Anticoncepción de Emergencia. Recordar a la paciente que si no ve el próximo periodo menstrual debe realizarse prueba de embarazo, y en caso de ser positivo puede solicitar al juez interrupción legal del embarazo.
- Pruebas serológicas para ITS (al momento de la consulta o tiempo cero):
  - Neisseria gonorroea y repetir a las 3 semanas
  - Clamydia trachomatis y repetir a las 3 semanas
  - Sífilis y repetir a las 6 semanas
  - Hepatitis B y repetir a las 6 semanas
  - VIH y repetir a las 6 semanas y a los 3 meses

¿Cómo manejar las posibles consecuencias psicológicas?

Las reacciones psicológicas van a variar de una persona a otra, no hay un patrón conductual o respuesta establecida para todas las víctimas de violencia sexual. Sin embargo, se han descrito varios problemas de salud que describimos a continuación:

- Síndrome de Trauma de Violación
- Síndrome de estrés post traumático
- Depresión
- Fobias sociales (especialmente las víctimas de violación marital y citas de violación)
- Ansiedad
- Aumento del uso y abuso de sustancias (drogas-alcohol)
- Comportamiento/intento auto lítico

¿Se debe notificar la Violación?

La notificación de casos sospechosos de violencia (incluyendo la violencia familiar y la sexual), es legalmente obligatoria para el personal de salud, y constituye una evidencia útil en el proceso de denuncia (Decreto Ejecutivo No. 1617 de 21 de octubre de 2014 en el Que determina y categoriza los eventos de salud pública de notificación e investigación Obligatoria. Define los tipos de vigilancia epidemiológica, vigilancia laboratorial y señalan los procedimientos para su realización). La atención médica en estos casos está regulada

por “El Manual de normas y procedimientos para la atención integral de la violencia intrafamiliar y la promoción de formas de convivencia en el sistema nacional de salud solidaria” Panamá 2018. Debe llenarse adecuadamente el Formulario de Violencia y Maltrato Intrafamiliar con las respectivas copias y enviarlas a las instancias judiciales que corresponde (Anexo XX).

¿Qué hacer si eres víctima de Violación?

Descripción de Violación: Accesar carnalmente a otra persona sin su consentimiento mediante violencia o intimidación. Relación sexual de persona adulta con menores de 14 años de edad.

Información valiosa al momento de presentar una denuncia:

Si la víctima es menor de edad: la denuncia puede ser por medio anónimo (telefónico, escrito); o por un familiar o conocido adulto (maestro, doctor, vecino, etc.), ya que en los hechos en los cuales las víctimas son menores de edad, no se exige requisitos ni formalidades.

Si la víctima es una persona adulta:

Debe presentar la querella a la Agencia Delegada de la Fiscalía Auxiliar del área en el cual residen o al Centro de Recepción de Denuncias, ubicado en Ancón, llevar su cédula de identidad personal o alguna identificación que la identifique y preferiblemente deben llevar lo siguiente:

- Ropa que mantenía al momento del agravio (panty, calzoncillo, suéter pantalón), para que se le practiquen análisis.
- No bañarse, para que el médico recolecte muestra, de fluidos corporales (saliva, semen, sudor, etc.)
- Si ocurrió en algún lugar y los fluidos puedan encontrarse en dicho lugar (casa, patio, apartamento, etc.), indicar la dirección del mismo.
- Videos o fotografías o información de página web, Facebook.
- Si cuenta con ello, nombre y/o lugar donde se localiza víctima menor de edad.
- Si existen testigos, preferiblemente traer nombres y dónde pueden ser ubicados. Si cuentan con ello, nombre y la mayor cantidad de generales con las del agresor.

¿Dónde acudir?

- A la Agencia Delegada de la Fiscalía Auxiliar más cercana a su comunidad. En horario diurno 8:00 a.m. a 12:00 md. Y de 2:00 p.m. a 5:00 p.m.
- Fiscalía Primera de Circuito del Primer Circuito Judicial de Panamá. teléfono **507-2989.**
- Fiscalía Sexta de Circuito del Primer Circuito Judicial de Panamá. teléfono **507-3144 / 507-3145.**
- División de Delitos Contra la Libertad e Integridad Sexual. teléfono **512-2232.**

Centro de Recepción de Denuncias del Ministerio Público ubicado en el corregimiento de Ancón, ciudad de Panamá. En la Dirección de Investigación Judicial en todo el territorio nacional. La Dirección de Investigación Judicial (DIJ) cuenta con una Sección Especializada en delitos de Explotación Sexual, donde se reciben las denuncias y se investigan a los posibles explotadores. Fiscalías de Ministerio Público en todos los Distritos judiciales del País encargados de investigar delitos contra la libertad e integridad sexual y tráfico de personas.

¿Cómo manejar la Cadena de Custodia?

- Basándonos en el MANUAL DE PROCEDIMIENTO DEL SISTEMA DE CADENA DE CUSTODIA, Panamá. http://www.imelcf.gob.pa/images/spa/manual-de-cadena-de-custodia.pdf

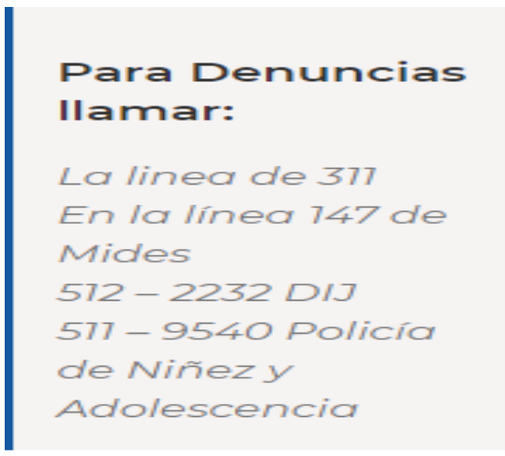
- El personal de atención pre hospitalaria, así como el de la Instalación de salud, pública o privada, debe conocer el manejo adecuado de los indicios de la víctima/ paciente, relacionados a un probable hecho punible.
- Un abordaje correcto permite aportar elementos que sustenten las hipótesis de la investigación judicial; que posteriormente, contribuirán al establecimiento de la verdad de los hechos investigados.
- **En el manejo de los indicios (evidencias) se debe tener en cuenta lo siguiente:**
    - Si es necesario, retirar una prenda de vestir, ésta se cortará por fuera de las áreas que presenten orificios o desgarros dejados por el paso de elemento lesivo.
    - Entregar los indicios, además de los accesorios y/o prendas de vestir, a la Unidad de Policía de la instalación hospitalaria.
    - Informe escrito en el que consten todos los datos concernientes a las circunstancias del hallazgo del indicio, las características del indicio y los datos de la unidad de policía presente en la instalación sanitaria a quien se hizo entrega del indicio.
    - La policía embalará los indicios.
- Las muestras de material biológico del paciente, deberá entregarla a la instalación sanitaria, dejando en su registro la hora, fecha, tipo de material biológico, nombre y cargo de a quién se la entrega. (Muestras biológicas: vómitos, placenta, producto…)
- **EL DIRECTOR MÉDICO** de la instalación sanitaria adoptará todas las **previsiones logísticas y administrativas** necesarias para designar a un funcionario encargado por turno, del manejo de los indicios hasta su entrega al Ministerio Público conforme a los procedimientos del sistema de cadena de custodia.
- Equipos necesarios:
    - Almacén de indicios
    - Área para embalar
    - Máquina de secado/ tendedero
    - Refrigeradora pequeña
    - Anaquel
    - Papelería: Formato de rótulo de embalaje de indicio y/o evidencia, de cadena de custodia, Libro récord...
    - Envases, sobres, papel manila, cinta adhesiva, engrapadora, bolígrafos.

- Las instalaciones sanitarias que dispensen atención médica a personas con lesiones traumáticas o trastornos de la salud relacionados con la comisión de **un probable hecho punible**, deberán **notificar** el caso de forma inmediata, al **Ministerio Público y a la Policía Nacional** (u otro servicio de seguridad pública).
- Las muestras biológicas extraídas durante la atención o tratamiento de un paciente que hayan sido llevadas al laboratorio de la Instalación para su respectivo análisis, podrán ser solicitadas por el Ministerio Público, tanto la muestra o sus remanentes, así como también los resultados obtenidos.
- Embalaje de prendas de vestir:
    - Se cortarán fuera de las áreas que presenten orificios o desgarros dejados por el paso de elementos lesivos.
    - **Recolectar sólo la prenda de vestir que haya sido afectada por el paso de algún objeto lesivo y/o fluidos biológicos.**
    - No contaminarlas.
    - **Embalarlas secas y separadas** en sobre de papel
    - Describir en el rótulo cómo es la prenda de vestir (marca, talla, color, características individuales)
    - Llenar la cadena de custodia
- Casos de Delitos sexuales:
    - **Seguir el protocolo de atención hospitalaria**.
    - Notificar al Ministerio Público, por llamada telefónica sobre el caso.
    - Paciente que se hospitalizará: recolectar la prenda íntima, secarla y embalarla para cadena de custodia.
    - Paciente que no se hospitalizará: **Recomendar** colocar la Denuncia en el Centro de Recepción de Denuncias, abierto 24 horas, o en Autoridad competente.

- Se utilizará un formato de Cadena de custodia por cada indicio. No obstante, se podrá utilizar un solo formato de cadena de custodia para varios indicios y/o evidencias cuando se trate de:
  - A. Indicios provenientes de una misma diligencia y de iguales características específicas.
  - B. Indicios provenientes de una misma diligencia cuyo estudio o análisis debe practicarse en una misma área especializada del IMELyCF.



- En **SENNIAF (Secretaria Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia)** brindan atención integral y especializada tanto a las víctimas como a sus familiares, realizando articulación y coordinación entre las instituciones no-gubernamentales y gubernamentales. Además ofrecen seguimiento de casos para garantizar la restitución del derecho vulnerado.
- Realizan capacitaciones y talleres de sensibilización a nivel nacional a técnicos sociales y profesionales relacionados con la atención directa a personas menores de edad víctimas de violencia sexual.
- Ejecutan la prevención en niños, niñas y adolescentes, para fortalecerlos psicosocialmente contra la violencia sexual.



Centros CINAMU

Panamá	5060500	San Miguelito	2759994
Arraiján	2560833	La Chorrera	5095092
Coclé	9979228	Los Santos	9940687
Chiriquí	7747093	Darién	2995142
Colon	4753129	Herrera	9979228
Veraguas	9983606	Comarca Emberá	Unión Chocó
Comarca Gnobe	Edif. Gobernación	Bocas del Toro	Edif. Sist. Penal Acusat.

Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (1977), Guidelines for Perinatal Care. Fourth Edition. American Academy of Pediatrics. March of Dimes Birth Defects Foundation. Rev.
- Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Panamá. (1999), Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y el VIH-SIDA. Normas Técnicas Administrativas. Ministerio de Salud.
- Centro Latino Americano de Perinatología. (2002), Sistema Informático Perinatal, Manual de Uso, Versión 1.13, Montevideo, Uruguay.
- Domingo Bernal, Adelina; Esquivel D., Francisco B. (2005), Legislación Panameña en Salud, Panamá.
- Gómez Sánchez, Pio Iván. (2010), Anticoncepción; pasado, presente y Futuro, Colombia.
- FLASOG. (2013), Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología.
- Despacho de la Primera Dama de la República de Panamá; en el marco del Programa de Desarrollo Infantil Temprano. (2013), Manual de Parteras Tradicionales, Panamá.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009), Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Panamá.
- Federación Latinoamericana de Saciedades de Obstetricia y Ginecología. (2012), Módulo de Capacitación en Pre-eclampsia/ eclampsia, Panamá.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Panameña de obstetricia y ginecología. (2012), Guía Clínica de Ruptura Prematura de Membranas GC: 2011:1, Panamá.
- Ministerio de Salud, CONFOLACMA-PANAMA. (1995), Ley No.50 del 23 de noviembre, por la cual se protege y fomenta: La Lactancia Materna en Panamá, 1996.
- Ministerio de Salud. (2002), Guía de Atención integral para las Personas viviendo con VIH/ SIDA. Panamá.
- Ministerio de Salud. (2006), Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, Panamá.
- Ministerio de Salud, OPS/OMS. (2006), Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH, Panamá.
- Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social (2010), Normas de Prevención, Detección y Guías de Manejo y seguimiento de las Lesiones preinvasoras del Cuello Uterino, Panamá.
- Ministerio de Salud. (2013), Decreto Ejecutivo No.1457 del 30 de octubre del 2012, Que reglamenta la Ley 50, Decreto No. 513 del 14 de mayo de 2013.
- Organización Mundial de Salud (2002), Selección de prácticas Recomendadas para Utilización de Anticonceptivos, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2005), Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 3ª Edición, Ginebra, Suiza.
- Organización Mundial para la Salud. (2012), Aborto Sin Riesgos: guía técnica y de política para sistemas de salud, Segunda Edición. Traducción al español ha sido realizada por Suzanne Serruya, Asesora Regional De Salud Sexual y Reproductiva y Ricardo Fescina, Director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Coordinador del Programa de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR – OPS/OMS),
- Organización Mundial de Salud. (2013), Medicamentos esenciales. Pp 23. Accesado en: http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/4.html
- Organización Panamericana para la Salud. (2010), Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, Documento Conceptual, Publicación CLAP/SMR No.1569.
- Organización Panamericana para la Salud. (2010), Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, Publicación Científica CLAP/SMR No.1570.

- Organización Panamericana de la Salud. (2011), Salud Sexual y Reproductiva; Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizado en APS, Tercera Edición.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011), Sistema Informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal y formulario complementarios; Instrucciones de llenado y definición de términos, Publicación CLAP/SMR No 1584.
- Reyes Osvaldo A., MD; González, Geneva M, MD. (2011), Department of Obstetrics and Gynecology, Saint Thomas Maternity Hospital, Carbetocin Versus Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Patients Whit Severe Preeclampsia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial, Panamá.

Anexo 1

MINSA/CSS
Formulario de auditoría de muerte materna

FECHA	REGIÓN	ESTABLECIMIENTO	N° ORDEN

DATOS GENERALES
NOMBRE_____ EDAD _____ CÉDULA_____
ASEGURADA: 1. SI 2. NO
RESIDENCIA: PROVINCIA_____ DISTRITO_____
CORREGIMIENTO _____ COMUNIDAD_____
ESTADO CIVIL: 1. CASADA 2. UNIDA 3. SOLTERA 4. OTRO 5. N E. _
ESCOLARIDAD: 1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. UNIVERSITARIA
3. NINGUNA 4. N.E. ULTIMO AÑO APROBADO _____
TRABAJO REMUNERADO: 1. SI 2. NO 3. N.E.
LUGAR DE TRABAJO: 1. HOGAR 2. FUERA DEL HOGAR 3. NO APLICA
LUGAR DEL FALLECIMIENTO: 1. HOSPITAL PÚBLICO 2. HOSPITAL PRIVADO
3. CENTRO DE SALUD 4. DOMICILIO 5. VÍA PÚBLICA

ANTECEDENTES
ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO OBSTÉTRICOS_____
_____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:
GESTA ____ PARTOS VAGINALES ____ CESÁREAS ____ ABORTOS ____
NACIDOS VIVOS____ NACIDOS MUERTOS ____
FECHA ÚLTIMO PARTO/ABORTO _____ FUM _____
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES_____ FPP _____
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS_____
_____

REFERIDA SEGÚN RIESGO? 1. SI 2. NO
ESTADO NUTRICIONAL: 1. NORMAL 2. BAJO PESO 3. OBESA

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 TERMINACIÓN DEL EMBARAZO _____ HORA____ MIN____
FECHA DEL FALLECIMIENTO _____ HORA_____ MIN_____
TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE SALUD:
DÍAS_____ HORAS_____ MINUTOS_____ NO APLICA_____

MUERTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O PUERPERIO

CONTROL DE LA LABOR DE PARTO:
1. ESPECIALISTA 2. RESIDENTE 3. MÉDICO GENERAL 4. INTERNO
5. ENFERMERA OBSTETRA 6. ENFERMERA BÁSICA 7. AUXILIAR DE ENFERMERÍA
8. ESTUDIANTE (especifique) _____ 9. OTRO (especifique) _____

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: HORAS_____MINUTOS _____
RECIÉN NACIDO 1. VIVO 2. MUERTO

MODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO:
1. PARTO ESPONTANEO 2. PARTO INDUCIDO 3. FORCEPS
4. CESAREA PROGRAMADA 5. CESAREA DE URGENCIA
6. ABORTO 7. EMBARAZO ECTÓPICO 8. NO TERMINÓ

MUERTE ASOCIADA A ABORTO
1. A. INCOMPLETO 2. A. SÉPTICO 3. A. RETENIDO 4. TERAPEUTICO/LEGAL 5. E. ECTÓPICO 6. E. MOLAR
MÉTODO: 1. AMEU 2. LEGRADO INTRAUTERINO 3. MEDICO 4. NO APLICA

ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO (PARTO / ABORTO) INSTITUCIONAL:
1. MÉDICO GENERAL 2. MÉDICO INTERNO 3. ESPECIALISTA
4. ENFERMERA 5. AUXILIAR DE ENFERMERA
6. ESTUDIANTE (especifique) _____ 7. OTRO (especifique) _____

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA	HORA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

CIRUGÍA	ANESTESIA	FECHA	HORA

SALA DONDE OCURRIÓ EL DECESO:
1. URGENCIAS Y ADMISIÓN 2. SALA DE BAJO RIESGO 3. SALA DE ALTO RIESGO 4. SALA DE PARTOS 5. SALA DE PUERPERIO 6. SALÓN DE OPERACIONES 7. U. C. INTESIVOS 8. SALA NO OBSTÉTRICA 9. NO APLICA

CAUSA DE LA MUERTE
CAUSA INMEDIATA O DIRECTA_____
CAUSA ORIGINARIA O BÁSICA_____
PATOLOGÍAS CONTRIBUYENTES_____

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:
1. OBSTÉTRICA DIRECTA 2. OBST. INDIRECTA 3. NO RELACIONADA

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO: AUTOPSIA N°_____

Dx1_____Cod._____

Dx2_____Cod._____

Dx3_____Cod._____

Dx4_____Cod. _____

EVALUACION DE LA EVITABILIDAD DE LA MUERTE
I. ACCESO A LA UNIDAD DE SALUD
1. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE SIGNOS O SÍNTOMAS HASTA LA LLEGADA A LA UNIDAD

- INICIO DE SÍNTOMAS ____ DÍAS ____ HORAS ____MINUTOS ____ NR
- BÚSQUEDA DE ATENCIÓN ____ DÍAS ____ HORAS ____MINUTOS___NR
- ATENCIÓN RECIBIDA ____ DÍAS ____ HORAS ____ MINUTOS ____NR

2. ¿HUBO PROBLEMAS ASOCIADOS A LA BÚSQUEDA OPORTUNA DE ATENCIÓN O DE ACCESO A LA UNIDAD?

- DESCONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO, SITUACIÓN SOCIO-EDUCATIVO, SIN CONTROL PRENATAL O INADECUADO _____
- PROBLEMAS DE TRANSPORTE (COSTO, INACCESIBILIDAD, CONDICIÓN DE LOS CAMINOS) _____
- FACTORES CULTURALES, RELIGIOSOS, TRADICIONALES _____

3. MEDIANTE QUÉ MECANISMO SE PRESENTÓ LA USUARIA EN LA UNIDAD DE SALUD QUE LE BRINDÓ ATENCIÓN EN DONDE FALLECIÓ?

- ACUDIÓ ESPONTÁNEAMENTE _____
- REFERIDA DE:
  PROMOTOR DE SALUD____ PARTERA TRADICIONAL ____ ONG___PUESTO DE SALUD ____ SUB- CENTRO DE SALUD _____ CENTRO DE SALUD ____

ULAPS_____POLICENTRO DE SALUD___ POLICLÍNICA DE SALUD _____ HOSPITAL RURAL____ HOSPITAL REGIONAL_____ H. NACIONAL_____

4. ¿EXISTE ALGÚN DOCUMENTO DE REFERENCIA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO?
SI_____ NO _____

5. DESCRIBA LA CONDICIÓN EN QUE SE RECIBIÓ LA USUARIA UNA VEZ QUE LLEGÓ A LA UNIDAD DE SALUD.
BUENA CONDICIÓN (ESTABLE) _____ CONDICIÓN EN RIESGO _____
CONDICIÓN DETERIORADA_____INESTABLE_____ FALLECIDA_____

6. ¿CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL DECIDIÓ ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD?
ATENCIÓN DE PARTO NORMAL_____ HEMORRAGIA ANTE / POST PARTO_____
FIEBRE ____ATENCIÓN DE PARTO POR CESÁREA____ TRABAJO DE PARTO DETENIDO_____ IVU_____RETENCIÓN PLACENTARIA _____ PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA_____OTROS_____

7. ¿QUIÉN DIO LA PRIMERA ASISTENCIA EN EMERGENCIA / ADMISIÓN?
GINECO-OBSTETRA ____ RESIDENTE_____ M. GENERAL_____ENFERMERA___ INTERNO_____ ESTUDIANTE DE MEDICINA_____ OTRO_____

8. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA LLEGADA A LA INSTITUCIÓN HASTA QUE FUE ATENDIDA POR UN MÉDICO
____ HORAS ____ MINUTOS NR_____

9. ¿CUÁL FUE LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL EN URGENCIAS / ADMISIÓN?
_____

10. ¿CUÁL FUE EL TRATAMIENTO Y /O PROCEDIMIENTO INICIAL RECIBIDO?
ANTIHIPERTENSIVOS _____ ANTIBIÓTICOS _____ OXITÓCICOS _____
_____ANTICONVULSIVANTES _____CESÁREA _____PARTO ASISTIDO_____ SANGRE_____ LEGRADO_____TERAPIA INTENSIVA_____
OTROS_____

II. CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (FLUJO Y SEGUIMIENTO DE LA USUARIA)

1. ¿A QUÉ SALA DE INTERNAMIENTO FUE REMITIDA LA USUARIA UNA VEZ ATENDIDA EN URGENCIA /ADMISIÓN?
_____

2. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO HASTA LA NOTA DE INGRESO EN LA SALA DE INTERNAMIENTO Y/O QUIRÚRGICA
____ HORAS ____ MINUTOS

3. ¿CUÁLES FUERON LOS TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA SALA DE INTERNAMIENTO / QUIRÚRGICO?
ANTIHIPERTENSIVOS _____ ANTIBIÓTICOS _____ OXITÓCICOS _____
ANTICONVULSIVANTES _____CESÁREA _____PARTO ASISTIDO
SANGRE_____ LEGRADO_____TERAPIA INTENSIVA_____
OTROS_____

4. ¿CUÁLES DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES SE PRESENTARON DURANTE EL SEGUIMIENTO DE LA USUARIA?

¿EXISTIERON MEDICAMENTOS QUE FUERON ORDENADOS Y NO ADMINISTRADOS PARA RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA?_____
¿EXISTIERON PROCEDIMIENTOS QUE FUERON ORDENADOS Y NO EFECTUADOS PARA RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA? _____
¿EXISTIERON EXÁMENES DE LABORATORIO QUE FUERON ORDENADOS Y NO EFECTUADOS PARA RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA? _____
¿EXISTIERON EXÁMENES DE LABORATORIO O PROCEDIMIENTOS QUE ESTABAN INDICADOS REALIZAR Y QUE NO FUERON ORDENADOS? _____

EN CASO DE QUE ALGUNA (S) DE LAS ANTERIORES SEA AFIRMATIVA, ESPECIFICAR LAS RAZONES:
_____

_____
_____

5. SI LA USUARIA SUFRIÓ LA COMPLICACIÓN DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, ¿CUÁL FUE EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO? ____ HORAS ____ MINUTOS

6. SI FALLECIÓ POR CAUSA OBSTÉTRICA, LA COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA FUE DADA:

- ANTES DE SU INGRESO _____
- DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA_____
- DESPUÉS DE SU EGRESO HOSPITALARIO _____

7. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE LA COMPLICACIÓN Y LA MUERTE DE LA USUARIA:

____ HORAS _____ MINUTOS

8. NÚMERO DE NOTAS DE EVOLUCIÓN EN LAS 72 HORAS PREVIAS A LA DEFUNCIÓN:

Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	**Médico Especialista**					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		**3:00 p.m. – 11:00 p.m.**		**11:00 p.m. – 7:00 a.m.**	
	Hora	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	**Médico Residente**					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		**3:00 p.m. – 11:00 p.m.**		**11:00 p.m. – 7:00 a.m.**	
	Hora	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	**Médico Interno**					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		**3:00 p.m. – 11:00 p.m.**		**11:00 p.m. – 7:00 a.m.**	
	Hora	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	**Enfermera**					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		**3:00 p.m. – 11:00 p.m.**		**11:00 p.m. – 7:00 a.m.**	
	Hora	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**	**Hora**	**Intervalo promedio**
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						

RESUMEN CLÍNICO Y RECOMENDACIONES

_____
_____
_____

_____
_____
_____

Plan de mejoras y seguimiento: Determinar áreas o situaciones a modificar; resultados esperados; actividades planteadas; fecha y responsables

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_____
Cédula_____ Edad_____ 1. Se desconoce
Estado civil: 1. Casada 2. Unida 3. Soltera 4. Divorciada 5. Otra
Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitaria 4. No 5. Se ignora
Ultimo año aprobado: ____ Trabajo remunerado: 1. Si* 2. No
*Lugar de trabajo: _____ Religión: _____
Composición familiar: Esposo o compañero estable: 1. Si 2. No
Hijos previos: Total_____ Menores de 2 años____
Fecha o año del último parto o aborto: _____ 1. Se ignora
¿Otros parientes en el hogar?_____
Contribución económica del cónyuge: 1. Si 2. No 3. Se ignora
Lugar de residencia: Provincia_____ Distrito_____
Corregimiento_____ Comunidad_____
Lugar donde falleció: Provincia_____ Distrito_____
Corregimiento_____ Comunidad_____
Sitio donde falleció: 1. Domicilio 2. Vía Pública 3. Ambulancia
4. Puesto de Salud 5. Centro de Salud 6. Hospital 7. Otro_____

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y TOMA DE DECISIÓN

¿Tuvo control prenatal? 1. Si* 2. No * Cuántos controles_____
Si no se controló, ¿por qué no?_____
_____
¿Tenía factores de riesgo? 1. Si* 2. No
*¿Cuáles factores de riesgo?_____
_____
¿Cuándo se dio el problema, se reconoció con prontitud? 1. Si 2. No
¿Quién reconoció el problema? 1. Familiar 2. Partera capacitada
3. Partera no capacitada 4. Ayudante de Salud 5. Auxiliar de enfermería
6. Enfermera 7. Médico 8. Otro_____
¿Se hizo una referencia a una instalación de Salud? 1. Si 2. No
¿Qué decisión tomó la familia? 1. Esperar 2. Traslado a una instalación de
Salud 3. Otra_____
¿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_____
¿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. Cesárea 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:	

ACCESO A LA ATENCIÓN

¿Cuál es la forma de transporte disponible para llegar a una instalación de Salud?: _____

¿A qué distancia en tiempo residía la paciente de las instalaciones de salud más próximas?

Institución	**Lugar o nombre de la Institución**	**Tiempo desde el domicilio**	
		Minutos	**Horas**
Puesto de Salud			
Centro de Salud			
Hospital			

En caso de muerte no hospitalaria, ¿cuáles fueron las razones que impidieron que la paciente tuviera acceso a un hospital?

1. Vivía muy lejos 2. Malos caminos 3. No hay transporte 4. No tenía dinero para transporte 5. Murió repentinamente 6. Rehusó la atención médica
7. Obstáculos familiares 8. Creencias culturales/religiosas
9. Experiencias no satisfactorias con el sistema de salud
10. Otras:_____

Resumen narrativo del caso:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Firma del responsable del Informe: _____ Código: _____
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 el diagnóstico esencial si no se cuenta con el diagnóstico específico.
- * = Pregunta que aplica a la respuesta previa que lleva un asterisco.

Anexo 3.
MINSA/CSS
Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal.

REGIÓN_____ESTABLECIMIENTO_____

DATOS GENERALES
NOMBRE DE LA MADRE_____
NOMBRE DEL HIJO(A) _____
SEXO: **1**. MASCULINO **2**. FEMENINO **3**. INDEFINIDO **4.** SE IGNORA
DOMICILIO_____
AREA: 1**.** URBANA **2.** RURAL
DISTANCIA DE LA PRÓXIMA INSTALACIÓN DE SALUD: **1.** MENOS DE 1 HORA **2.** 1 HORA **3.** 2-3 HORAS **4.** MÁS DE 3 HORAS
FECHA DE NACIMIENTO: DÍA_____ MES_____ AÑO_____

DATOS DE LA VIVIENDA
ABASTECIMIENTO DE AGUA:
1. POTABLE INTRADOMICILIARIA **2.** EXTRADOMICILIARIA **3.** OTRO **4.** NO TIENE **5.** SE IGNORA
DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:
1. ALCANTARILLADO **2.** LETRINA **3.** TANQUE SÉPTICO **4.** OTRA **5.** SE IGNORA
DISPOSICIÓN DE BASURA:
1. SISTEMA DE RECOLECCIÓN **2.** INCINERACIÓN **3.** AL AIRE LIBRE
4. ENTERRAMIENTO **5.** SE IGNORA

DATOS DE LA FAMILIA
TIPO DE FAMILIA: **1.** NUCLEAR (padre-madre) **2.** MADRE SOLA **3.** FAMILIA EXTENSA **4.** OTRA (especifique) _____ 5. SE IGNORA
SI EL PADRE NO VIVE CON LA FAMILIA, ¿AYUDA ECONÓMICAMENTE EN FORMA SIGNIFICATIVA? **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
CONDICIÓN LABORAL DEL PADRE: 1**.** TRABAJO PERMANENTE **2.** OCASIONAL **3.** CESANTE **4.** INDEPENDIENTE **5.** SE IGNORA
CONDICIÓN 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/DÍA_____
FUMA LA MADRE: 1**.** SI* **2.** NO **3.** SE IGNORA *CIGARRILLOS/DÍA_____
INGESTA DE ALCOHOL DEL PADRE: 1**.** ABSTEMIO **2.** MODERADO **3.** EXCESIVO **4.** ALCOHÓLICO **5.** SE IGNORA
INGESTA DE ALCOHOL DE LA MADRE: 1**.** ABSTEMIA **2.** MODERADO **3.** EXCESIVO **4.** ALCOHÓLICA **5.** SE IGNORA
OTRAS ADICCIONES EN EL PADRE O MADRE_____
SITUACIÓN 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 ANTICONCEPTIVOS: 1**.** SI **2.** NO **3.** SE IGNORA
RESULTADO EMBARAZO ANTERIOR: 1**.** NACIDO VIVO **2.** NACIDO MUERTO **3.** ABORTO **4.** MUERTE NEONATAL **5.** SE IGNORA
FECHA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO: MES____AÑO_____
1. SE IGNORA

DATOS GESTACIONALES:

PESO 1er CONTROL PRENATAL _____KILOS **1.** SE IGNORA
TALLA _____ CM **1.** SE IGNORA
SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACIMIENTO_____ **1.** SE IGNORA
CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE CONTROL: **1.** 5 Y MÁS COTROLES
2. MENOS DE 5 CONTROLES **3.** SIN CONTROL **4.** SE IGNORA
DETECCIÓN PATOLÓGICA: **1.** SI* **2.** NO
*DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DETECTADAS:
_____ CODIGO_____
_____ CODIGO_____
_____ CODIGO_____

ANTECEDENTES DEL PARTO:
FECHA DE INGRESO: DÍA____MES____AÑO_____HORA____MINUTOS____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:
_____ CODIGO_____
_____ CODIGO_____
_____ CODIGO_____

PESO MATERNO AL INGRESO _____KG **1.** SE IGNORA
CONTROL SISTEMÁTICO DE LA FCF: **1.** S I **2.** NO **3.** SIN FCF
PRESENTACIÓN: **1.** CEFÁLICA **2.** PODÁLICA **3.** TRANSVERSA
4. OTRA (especifique) _____ **5.** SE IGNORA
ROTURA DE MEMBRANAS: 1**.** ESPONTÁNEA **2.** ARTIFICIAL
3. SE IGNORA
LÍQUIDO AMNIÓTICO: **1.** CLARO **2.** MECONIAL CLARO **3.** MECONIO ESPESO **4.** SANGUINOLENTO **5.** OTRO (especifique) _____
6. SE IGNORA
LAPSO ENTRE ROTURA DE MEMBRANAS Y PARTO _____ HORAS
1. SE IGNORA
INICIO DE TRABAJO DE PARTO: **1.** ESPONTÁNEO **2.** INDUCIDO
3. CESAREA ELECTIVA
TERMINACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: 1**.** ESPONTÁNEO **2.** FORCEPS PROFILÁCTICO **3.** FORCEPS TERAPÉUTICO **4.** CESAREA DE URGENCIA
5. OTRA (especifique) _____
ATENDIÓ EL PARTO: **1.** ESPECIALISTA **2.** RESIDENTE **3.** INTERNO
4. MÉDICO GENERAL **5.** ENFERMERA OBSTETRA **6.** ENF. BÁSICA
7. ESTUDIANTE (especificar) _____ **8.** AUXILIAR DE ENFERMERA
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
ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA: **1.** ANESTESIÓLOGO **2.** OTRO MÉDICO
3. TÉCNICO ANESTESISTA **4.** ENFERMERA **5.** OTRO (especifique) _____ **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 DILATACIÓN **3.** PERIODO EXPULSIVO **4.** SE IGNORA
ATENCIÓN INMEDIATA: **1.** NEONATÓLOGO **2.** PEDIATRA **3.** RESIDENTE
4. INTERNO **5.** OBSTETRA **6.** MÉDICO GENERAL **7.** ANTESTESIÓLOGO
6. ENFERMERA **7.** AUXILIAR **8.** AYUDANTE DE SALUD **9.** PARTERA CAPACITADA **10.** PARTERA NO CAPACITADA **11.** SE IGNORA
11. OTRO (especifique) _____ **13.** NO CORRESPONDE
AREA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO: 1**.** SALA DE PARTOS
2. SALON DE OPERACIONES **3.** UCI NEONATALES
4. OTRO (especifique) _____ **5.** SE IGNORA
6. NO CORRESPONDE

TIPO DE NACIMIENTO: **1.** SIMPLE **2.** PRIMER GEMELO **3.** SEGUNDO GEMELO **4.** OTRO MÚLTIPLE
APGAR 1er MINUTO ____ APGAR 5° MINUTO ____ **1.** NO CORRESPONDE
REANIMACIÓN: **1.** SI **2.** NO **3.** NO CORRESPONDE
MALFORMACIONES: **1.** SI **2.** NO **3.** SE IGNORA
PESO _____GRAMOS TALLA_____CM **1.** NO SE PESÓ/TALLÓ
EDAD AL EGRESO DEL RECIÉN NACIDO _____ DÍAS ____ HORAS
ESTADO AL EGRESO DEL RECIEN NACIDO: 1**.** VIVO SANO **2.** VIVO CON PATOLOGÍA **3.** MUERTO **4.** SE IGNORA

ANTECEDENTES PERIODO NEONATAL
CONTROL DE SALUD: **1.** SI **2.** NO **3.** NO CORRESPONDE
PRIMER CONTROL: EDAD____ PESO_____ GRAMOS TALLA_____CM
ÚLTIMO CONTROL: EDAD____ PESO_____GRAMOS TALLA_____CM
ALIMENTACIÓN: **1.** PECHO EXCLUSIVA _____ POR ____ DÍAS
2. PECHO MÁS FÓRMULA LACTEA _____ POR ____ DÍAS
3. OTRA (especifique) _____ **4.** NO CORRESPONDE
CAUSA DE INCORPORACIÓN DE FORMULA LACTEA:
1. HOSPITALIZACIÓN **2.** HIPOGALATIA **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
***DIAGNÓSTICO:**
_____ CODIGO_____ EDAD_____DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: **1.** SI **2.** NO HOSPITALIZACIÓN: **1.** SI* **2.** NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

***DIAGNÓSTICO:**
_____ CODIGO_____ EDAD_____DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: **1.** SI **2.** NO HOSPITALIZACIÓN: **1.** SI* **2.** NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

***DIAGNÓSTICO:**
_____ CODIGO_____ EDAD_____DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: **1.** SI **2.** NO HOSPITALIZACIÓN: **1.** SI* **2.** NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

INTERVENCIONES: 1**.** SI* **2.** NO **3.** NO CORRESPONDE
*DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES:
_____

_____
_____
_____

INFECCIÓN NOSOCOMIAL: 1**.** SI* **2.** NO **3.** NO CORRESPONDE
*DIAGNÓSTICO INFECCIÓN NOSOCOMIAL:
_____CÓDIGO_____
_____CÓDIGO_____

ANTECEDENTES DE LA DEFUNCIÓN
FECHA: DÍA____ MES____ AÑO____ HORA_____ MINUTOS____
1. SE IGNORA
DONDE MURIÓ: **1.** CASA **2.** CONSULTORIO EXTERNO **3.** HOSPITAL MENOS DE 48 HORAS **4.** HOSPITAL MÁS DE 48 HORAS
5. OTRO (especifique) _____

CAUSA DE LA MUERTE
CAUSA INMEDIATA O DIRECTA_____CODIGO_____
CAUSA BÁSICA U ORIGINARIA_____CODIGO_____
PATOLOGÍA CONCOMITANTE_____CÓDIGO_____

FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO: **1.** BIOPSIA **2.** INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA **3.** RADIOLOGÍA CLÍNICA **4.** AUTOPSIA **5.** CUADRO CLÍNICO **6.** EXAMEN DE LABORATORIO **7.** INFORME DE TESTIGO

EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA MUERTE PERINATAL

_____
_____
_____

Anexo 4.

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL INTERINSTITUCIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
CUADRO RESUMEN DE AUDITORÍA DE MUERTE MATERNA

REGIÓN_____ MES_____ AÑO_____

Orden	Nombre / Cédula	Fecha / Hora Muerte	Edad	Paridad	Edad Gestacional	Nº Control Prenatal	Causa de muerte o Patología	Ante parto	Intra parto	Post parto	Lugar Muerte	Procedencia	Clasificación	Necropsia	Autopsia Verbal	Observaciones

Instructivo para llenar el Consolidado de Muertes Maternas

1. Registrar el N° de Orden del Caso
2. Registrar el Nombre y la Cédula de la Embarazada
3. Registrar la fecha y hora del fallecimiento (hora militar).
4. Anotar la edad cumplida de la embarazada
5. Anotar la Paridad Grava Para Aborto Cesárea
6. Anotar la edad gestacional en semanas y días ej: 34 5/7
7. Anotar el N° de controles prenatales
8. Anotar la causa de la muerte: Diagnóstico clínico y patológico (Si está disponible)
9. Señalar con una cruz el Momento de la muerte: Ante parto, Intraparto o Puerperio. Si fue en el puerperio, anotar el tiempo transcurrido entre la terminación del embarazo y fallecimiento en horas y minutos, o días.
10. Anotar 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)
11. Se refiere al Corregimiento o Comunidad donde residía la embarazada permanentemente.
12. Clasificar según si fue por Causa Obstétrica Directa, Indirecta o No Relacionada.
13. Anotar si se le hizo o no autopsia (SI o No)
14. Anotar si se realizó la autopsia verbal del caso o no

Describa los datos de interés adicionales que se obtengan sobre el caso. Ej. Quién atendió el parto: Familiar (F); Partera Tradicional (PT); Médico (M); Enfermera (E); Ayudante de Salud (AS); Intervenciones realizadas a la paciente; otros hallazgos o aspectos relevantes: (Religión, aspectos culturales particular).

Anexo 5.

MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL INTERINSTITUCIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
CONSOLIDADO DE MUERTES PERINATALES *

REGIÓN DE SALUD / INSTALACIÓN_____ PERIODO DE_____ HASTA _____

Nº	Nombre/ Cédula Materna	Edad	Procede (Correg.)	Paridad	Sem. Gest.	C.P. Nº	C.P. Inicio Semana Gestac.	Fecha Ingreso materno	Patología Materna Asociada	Fecha / Lugar parto	Modo Termi nación	Defunción			Apgar 1 / 5 min	Peso Kg	Fecha / Lugar muerte	Edad Gest. Esti mada	Causa de muerte	Ne crop sia Si/No	Observaciones
												Ante parto	Intra parto	1ª-7ª Día							

*Obitos fetales de 28 semanas a término y muertes neonatales de los primeros 7 días de vida.

Instructivo de llenado del Consolidado de Muerte Perinatal

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 la procedencia a nivel de Corregimiento
5. Anotar la paridad Grava/Para/Cesárea/Aborto: (GPCA).
6. Anotar la edad gestacional en semanas: por ejemplo 34 5/7
7. Anotar si la paciente tuvo o no control prenatal: Sin control (SC), Menor de 4 controles (< 4), cuatro controles y más (≥ 4).
8. Anotar la semana gestacional en que inició control prenatal.
9. Anotar fecha de ingreso materno a la Institución en que falleció.
10. Anotar patologías maternas asociadas.
11. Anotar fecha y lugar del parto / aborto
12. Anotar modo de terminación del embarazo: No termino (NT); Parto vaginal (PV); Cesárea (C); Aborto (A).
13. Anota momento en que ocurrió la muerte: durante el embarazo: (E); Intra parto (IP); Puerperio: Anotar el día de muerte perinatal precoz del 1° - 7° día
14. Anotar el APGAR al minuto y a los 5 minutos
15. Anotar el peso en Kg
16. Anotar la fecha y el lugar de la muerte neonatal
17. Anotar la edad gestacional estimada
18. Registrar la causa de la muerte
19. Registrar si se realizó o no la necropsia
20. Anotar observaciones pertinentes al caso.

Anexo 6.

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL

FORMULARIO DE PROGRAMACION EVALUACION

Anexo 8. MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN – EVALUACIÓN

PROGRAMACIÓN						EVALUACIÓN											
ACTIVIDAD	UNIVERSO	POBLACION META		CONCEN-TRACIÓN	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS			% CUMPLI-MIENTO DE META	TRIMESTRE DE GESTACION DE INGRESO							
							INGRESOS + NUEVAS			Ier T		II° T		CONCENTRACIÓN DE LA CONSULTA			
CONTROL PRENATAL	EMB ESPERADAS	%	N°	4	CONSULTAS	TOTAL	N°	%		N°	%	N°	%				
VACUNAS	EMB ESPERADAS	%	N°	2ª D / R	INMUNIZADAS	TOTAL	APLICADA	PREVIA	%	TDaP		INFLUENZA N° %		RUBEOLA PREVIA N° %			
TD																	
TAMIZAJE VIH	EMB ESPERADAS	%	N°	2	PRUEBAS VIH	TOTAL	1ª	2ª	%	VIH +		TARV		RN VIH +			
TAMIZAJE SÍFILIS	EMB ESPERADAS	%	N°	2	PRUEBAS VDRL	TOTAL	1ª	2ª	%	VDRL +		TX		SIFILIS CONG.			
SUPLEMENTACIÓN FE Y AF	EMB ESPERADAS	%	N°	1	EMBARAZADAS SUPLEMENTADAS	TOTAL	N°	%	%	ANEMIA N° %		BAJO PESO N° %		BAJO PESO PAC N° %			
ATENCION INSTIUT. DEL PARTO	EMB ESPERADAS	%	N°	1	PARTOS ESPERADOS	TOTAL	P.V. %	CESAREA %	NACIDOS VIVOS	ABORTOS		EMB. ADOL. N° %		NV ADOL. N° %			
										VAC TDaP							
CONTROL PUERPERA	EMB ESPERADAS	%	N°	1	CAPTACION PUERPERAS	TOTAL	N°	%	%	N°	%	MUERTES MATERNAS		MFT	MNP		
PLANIFIC. FAMILIAR	MEF 15 - 49	%	N°	2	CONSULTAS	TOTAL	N°	%	%	INY		ACO		DIU		OTRO	
TAMIZAJE CACU	M ≥15	%	N°	1	PAPANICOLAOU	TOTAL	N°	%	%	15 - 19		20 - 24		25 - 49		≥50 AÑOS	
COLPOSCOPIA	LIE-BG Y AG	100%	N°	1	ESTUDIOS	TOTAL	NUEVAS	SUBSEC	%	EXAMEN CLINICO MAMAS N° %				MAMOGRAFIAS ≥ 40 AÑOS N° %			

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

Instructivo de llenado

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 anterior y las normas de atención.
   - Concentración: Frecuencia con que se debe realizar una actividad en el año según normas establecidas.
   - Actividades programadas: Total de actividades a realizar. Se multiplica la población meta por la concentración.
2. Control Prenatal:
   - Universo: Nacimientos esperados para ese periodo.
   - Población Meta: Según Norma es el 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.
   - Concentración: La norma establece un mínimo de 4 consultas.
3. Vacunas: El universo y población meta son iguales a los del Control Prenatal.
   - Concentración: 2ª dosis o Refuerzo de la Vacuna antitetánica.
   - Actividades programadas. Número de embarazadas según meta que deberán estar cubiertas con 2ª dosis o Refuerzo de TD.
4. Tamizaje de VIH: El Universo y la meta son iguales a los de Control Prenatal.
   - Concentración: 2 pruebas de VIH durante el control prenatal.
   - Actividades programadas: Población meta por 2, igual al total de pruebas de VIH programadas.
5. Tamizaje para Sífilis: El Universo y la meta son iguales a los de Control Prenatal.
   - Concentración: 2 pruebas de VDRL o RPR durante el embarazo.
   - Actividades programadas: Población meta por 2, igual al total de pruebas de VDRL o RPR programadas.
6. Suplementación con Hierro y Ácido Fólico: El universo y la meta son iguales a los del Control Prenatal.
   - Concentración: Es 1 porque la población meta debe ser igual a las actividades programadas de embarazadas con suplemento de Fe y AF.
7. Atención institucional del parto: La meta del parto institucional según las normas 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.
8. Control Puerperal: El universo y la meta son iguales a los del Control Prenatal.
   - Concentración: Es 1 control según normas.
9. Planificación Familiar: el universo corresponde a la población femenina de 15 a 49 años; menos los embarazos esperados.
   - Población meta: Número de usuarias de Planificación Familiar del año previo, más un incremento estimado del 5 – 10%.
   - Concentración: Es de 2 consultas en el año.
10. Tamizaje por Cáncer Cervicouterino: El universo corresponde a la población femenina de 15 y más años. La población meta se establecerá con base en la población femenina de 21 a 59 años, que representa el grupo de mayor riesgo.
    - Concentración: Es de 1 Papanicolaou en el año.
11. Colposcopía: El universo es el número total de pacientes con LIE-BG y LIE-AG. La meta debe ser el 100%.

B. Evaluación:

1. Control Prenatal.

Actividades realizadas: Total de consultas de Control Prenatal realizadas, de Ingreso, Nuevas y Subsecuentes.

- Cobertura con base en el universo: Número de embarazadas de Ingreso al Programa, más las Nuevas en el año, dividido entre los embarazos esperados por 100.
- Cobertura con base en la población meta: Número de embarazadas de Ingreso al Programa, más las nuevas en el año, dividido entre la población meta por 100.

2. Captación Ier Trimestre: Número de embarazadas que ingresaron al Programa en el primer trimestre de gestación entre el total de embarazadas que ingresaron al Programa por 100.

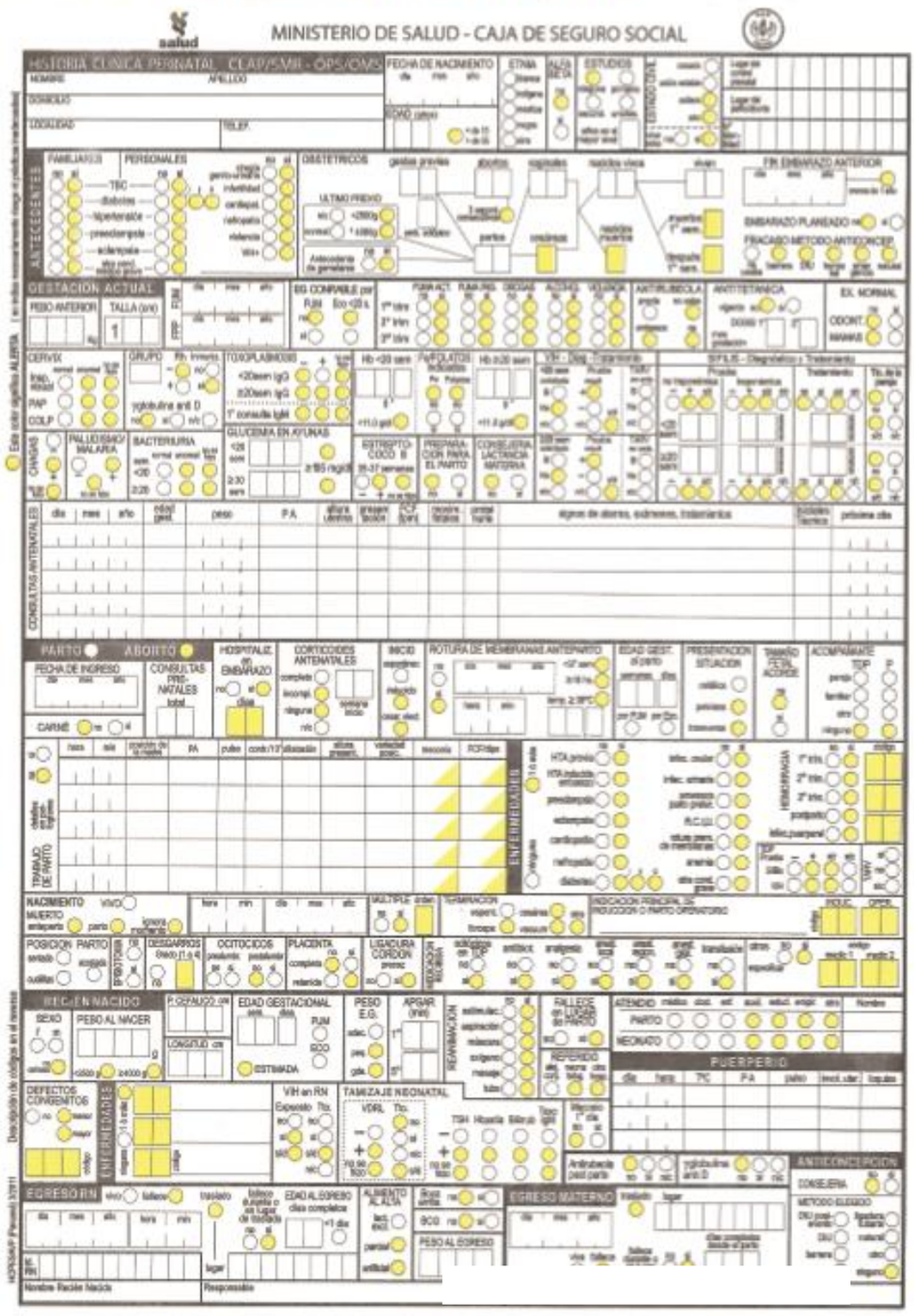
3. Captación en el II° Trimestre: Número de embarazadas que ingresaron al Programa en su segundo trimestre de gestación, entre el total de embarazadas que ingresaron al Programa por 100.
4. Concentración: Promedio de consultas por paciente. Total de consultas de control prenatal entre el número de embarazadas (Ingresos + Nuevas) en control prenatal.
5. Vacuna antitetánica: Total de embarazadas cubiertas. Incluye las que recibieron 2 dosis o Refuerzo más las que tenían vacuna previa.
    - Cumplimiento de meta: Total de embarazadas cubiertas entre la población meta por 100.
    - TDaP: Anotar el número de embarazadas que recibieron una dosis de TDaP.
    - Influenza: Número de embarazadas que recibieron la vacuna contra la Influenza entre el total de embarazadas captadas por 100.
    - Rubeola: Número de embarazadas con vacuna previa contra la Rubeola entre el total de embarazadas captadas por 100.
6. .Tamizaje VIH: Total de pruebas de VIH realizadas a embarazadas:
    - 1ª Prueba: Número de embarazadas con una sola prueba.
    - 2ª Prueba; Número de embarazadas que se realizaron las dos pruebas según norma.
    - Cumplimiento: Número de embarazadas con dos pruebas entre el total de embarazadas captadas por 100.
    - Anotar el número de embarazadas con prueba de VIH +. Anotar el número de embarazadas VIH+ con TARV. Anotar el número de RN reportados VIH +.
7. Tamizaje por Sífilis: Total de pruebas de VDRL, RPR, realizadas.
    - Número de embarazadas con una prueba realizada. Número de embarazadas con 2 pruebas realizadas.
    - Cumplimiento: Total de embarazadas con dos pruebas de VDRL realizadas entre el total de embarazadas captadas por 100.
    - Número de embarazadas VDRL +. Número de embarazadas VDRL + tratadas. Número de casos de Sífilis congénita.
8. Suplementación con Fe y AF: Total de embarazadas que recibieron suplementación.
    - Cobertura sobre el universo: Embarazadas con Fe y AF entre los embarazos esperados por 100.
    - Cobertura sobre embarazadas captadas: Embarazadas con Fe y AF entre las embarazadas captadas por 100.
    - Anemia: Número de embarazadas que recibieron dosis terapéutica entre el total de embarazadas suplementadas por 100.
        - Bajo Peso: Número de embarazadas con Dx de Bajo Peso entre el total de embarazadas captadas.
        - Número de embarazadas de bajo peso en el Programa de Alimentación Complementaria (PAC) entre el total de embarazadas de bajo peso
9. Atención del parto: Número de partos atendidos. Porcentaje de Partos Vaginales. Porcentaje de partos por Cesárea. Número de Nacidos vivos. Número de Abortos.
    - Número de embarazadas adolescentes captadas entre el total de embarazadas en control prenatal por 100.
    - Número de nacidos vivos de madres adolescentes entre el total de nacidos vivos por 100.
10. Puerperio: total de puérperas captadas. Cobertura sobre el universo: Número de puérperas captadas sobre el total de embarazos esperados por 100. Cobertura sobre las embarazadas captadas: Número de puérperas captadas entre el número de embarazadas captadas por 100.
11. TDaP: Número y porcentaje de puérperas que recibieron la TDaP.
12. Número de Muertes Maternas. Número de Muertes fetales tardías. Número de Muertes Neonatales Precoces.
13. Planificación Familiar: Número de consultas realizadas de PF.
    - Número de usuarias de PF captadas (Ingresos + Nuevas). Cobertura sobre el universo (MEF) y cobertura sobre la población meta.
    - Número de usuarias con método hormonal inyectable, con anticonceptivos orales, con DIU y con otros métodos.
14. Tamizaje CACU: Número de Papanicolaou realizados. Cobertura sobre el universo. Cobertura sobre la población meta.

- Número de PAP según grupos de edad: 15 – 19, 20 – 24, 25 – 49, 50 y +
- Confirmación diagnóstica: Número de Colposcopías realizadas. Nuevas. Subsecuentes (de seguimiento y control)

15. Tamizaje Ca Mamas: Número de Exámenes clínicos de mamas realizados. Número de Mamografías realizadas a mujeres ≥ 40 años

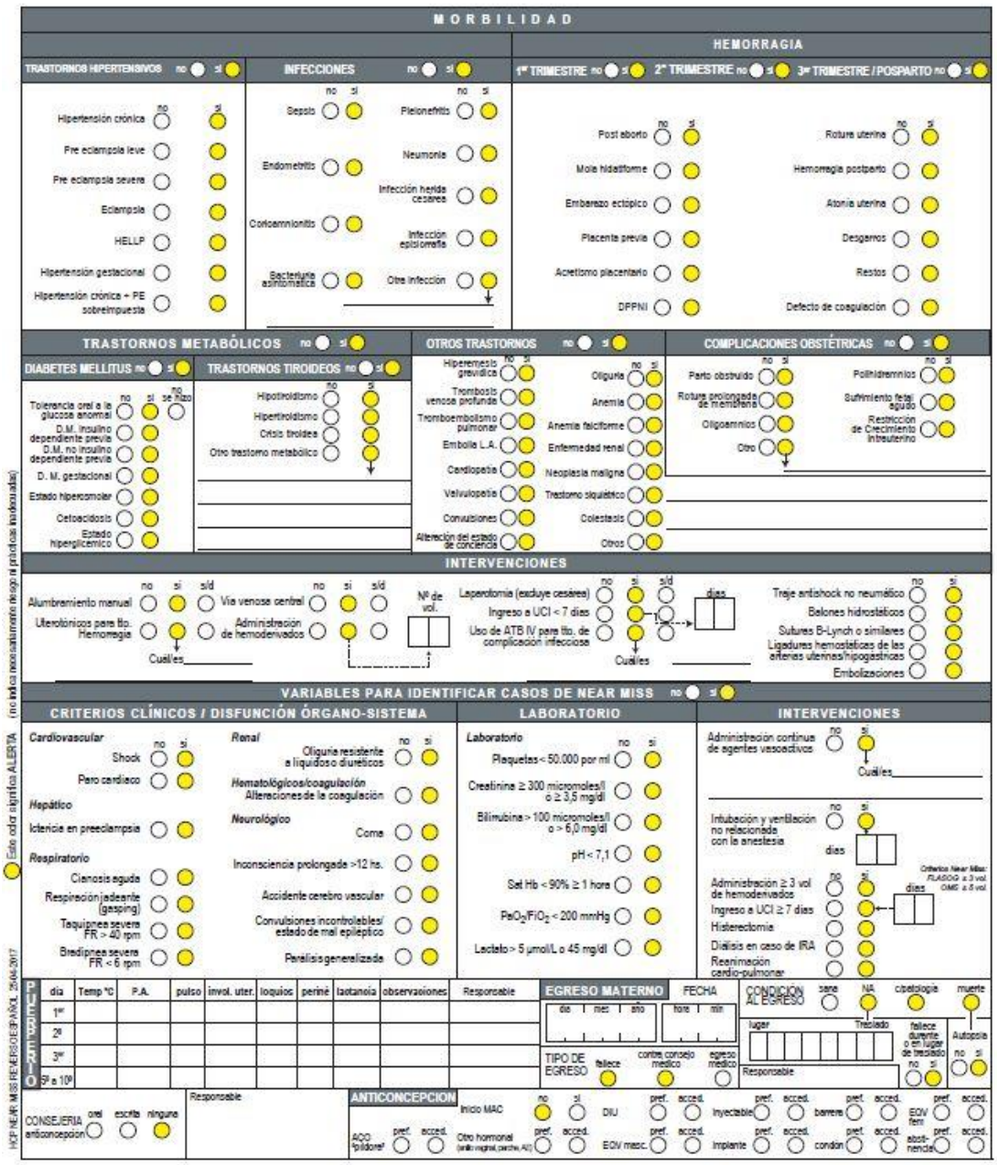
Anexo 7

ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA PERINATAL



Anexo 8. Historia Clínica Perinatal

Reverso



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 (carné) para la paciente.

Uso Ambulatorio

1. El Director Médico es el responsable del uso correcto de la HCPB (SIP WEB Plus) por parte del personal de la institución.

2. La HCPB es la única historia clínica en uso oficialmente a Nivel Nacional.

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 (Carné 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 carné perinatal y vigilará por desviaciones de los patrones normales.

6. Debe orientar a la embarazada de que su carné 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 carné perinatal a la HCPB ambulatoria y se devolverá el carnéa 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 carné o tarjeta de control prenatal. Si la paciente no tiene carné 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 carné 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 durante la visita el llenado de los datos que les competen.

11. La tarjeta de control prenatal o carné 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 si 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 carné 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 trascripción 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 (Carné 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.

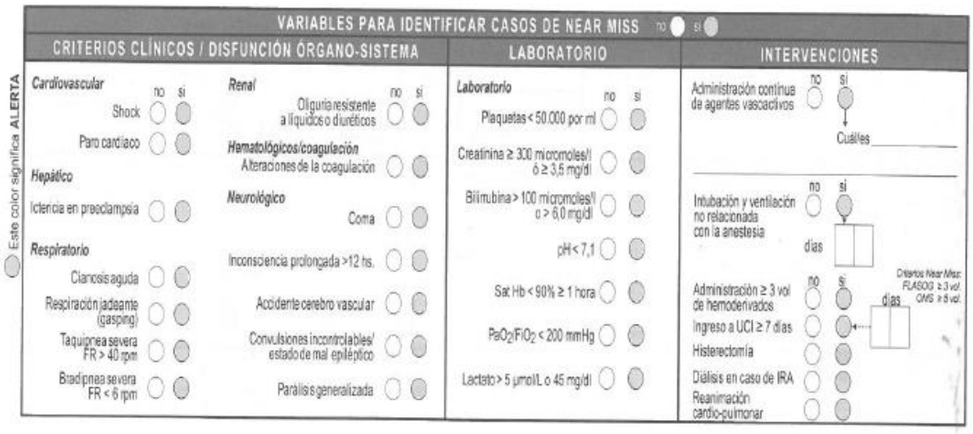
2. Las Regiones enviarán en el último trimestre del año el papel, la cartulina y la tinta negra y amarilla que requiera para la producción de su papelería. El cálculo se hará con base a los embarazos esperados.

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 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.

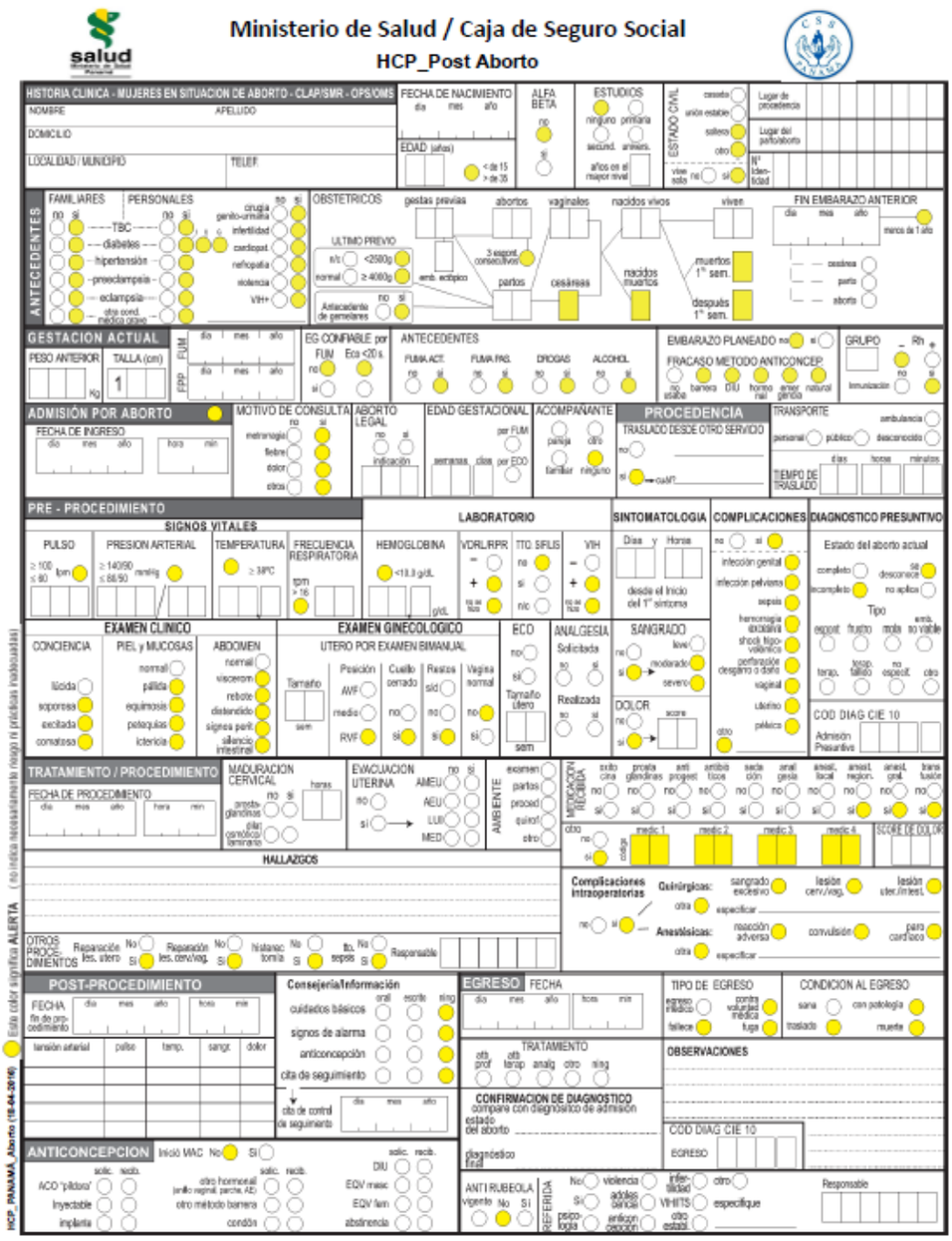
Anexo 9. Historia Clínica Post Aborto

Reverso

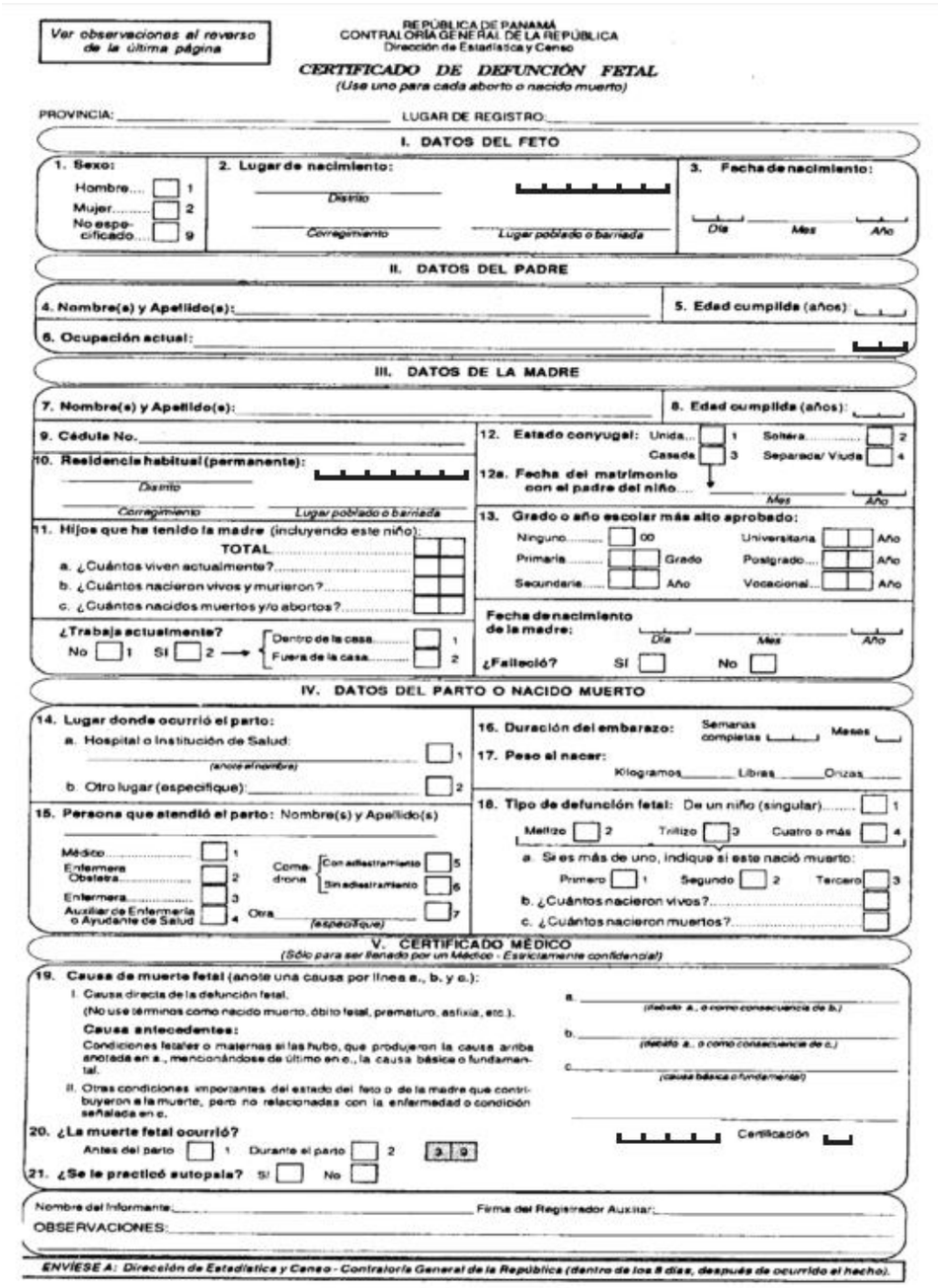




Anexo 10. Formulario Admisión por Aborto



Anexo 11.



Ver observaciones al reverso de la última página

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL
(Use uno para cada aborto o nacido muerto)

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____

I. DATOS DEL FETO

1. Sexo: Hombre.... 1; Mujer.... 2; No especificado.... 9
2. Lugar de nacimiento: Distrito; Corregimiento; Lugar poblado o barriada
3. Fecha de nacimiento: Día; Mes; Año

II. DATOS DEL PADRE

4. Nombre(s) y Apellido(s): _____
5. Edad cumplida (años)
6. Ocupación actual: _____

III. DATOS DE LA MADRE

7. Nombre(s) y Apellido(s): _____
8. Edad cumplida (años)
9. Cédula No. _____
10. Residencia habitual (permanente): Distrito; Corregimiento; Lugar poblado o barriada
11. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL
    a. ¿Cuántos viven actualmente?
    b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?
    c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?
12. Estado conyugal: Unida... 1; Soltera... 2; Casada 3; Separada/ Viuda 4
    12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: Mes; Año
13. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno... 00; Primaria... Grado; Secundaria... Año; Universitaria... Año; Postgrado... Año; Vocacional... Año

¿Trabaja actualmente? No 1; Sí 2 → Dentro de la casa 1; Fuera de la casa 2

Fecha de nacimiento de la madre: Día; Mes; Año

¿Falleció? Sí; No

IV. DATOS DEL PARTO O NACIDO MUERTO

14. Lugar donde ocurrió el parto:
    a. Hospital o Institución de Salud: (anote el nombre) 1
    b. Otro lugar (especifique): 2
15. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s)
    Médico 1; Enfermera Obstetra 2; Enfermera 3; Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud 4; Comadrona: Con adiestramiento 5, Sin adiestramiento 6; Otra (especifique) 7
16. Duración del embarazo: Semanas completas; Meses
17. Peso al nacer: Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____
18. Tipo de defunción fetal: De un niño (singular)... 1; Mellizo 2; Trillizo 3; Cuatro o más 4
    a. Si es más de uno, indique si este nació muerto: Primero 1; Segundo 2; Tercero 3
    b. ¿Cuántos nacieron vivos?
    c. ¿Cuántos nacieron muertos?

V. CERTIFICADO MÉDICO
(Sólo para ser llenado por un Médico - Estrictamente confidencial)

19. Causa de muerte fetal (anote una causa por línea a., b. y c.):
    I. Causa directa de la defunción fetal.
    (No use términos como nacido muerto, óbito fetal, prematuro, asfixia, etc.).
    Causa antecedentes:
    Condiciones fetales o maternas si las hubo, que produjeron la causa arriba anotada en a., mencionándose de último en c., la causa básica o fundamental.
    II. Otras condiciones importantes del estado del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o condición señalada en c.
    a. _____ (debido a., o como consecuencia de b.)
    b. _____ (debido a., o como consecuencia de c.)
    c. _____ (causa básica o fundamental)
20. ¿La muerte fetal ocurrió? Antes del parto 1; Durante el parto 2; 3 9
21. ¿Se le practicó autopsia? Sí; No

Certificación

Nombre del Informante: _____ Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Dirección de Estadística y Censo - Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el hecho).

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS - (Artículo 13, Decreto - Ley No. 7, 25-2-60).

Anexo 12

REPUBLICA 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 ☐ 1 Mujer ☐ 2

3. **Cédula No.**

4. **Ocupación:**

5. **Edad cumplida:** ☐☐ Años
   - Si es menor de un año ..... 3 ☐☐ Meses
   - Si es menor de un mes ..... 2 ☐☐ Días
   - Si es menor de un día ..... 1 ☐☐ Horas
   - Si es menor de una hora ..... 0 ☐☐ Minutos

6. **Fecha de Nacimiento:** Hora ☐☐☐☐ Día ☐☐ Mes _____ Año 19☐☐

7. **Fecha de la Muerte:** Hora ☐☐☐☐ Día ☐☐ Mes _____ Año 199☐

8. **Estado Conyugal:**
   - Unido ☐ 1
   - Soltero ☐ 2
   - Casado ☐ 3
   - Separado/Divorciado ☐ 4
   - Viudo ☐ 5
   - Menor de 15 años ☐ 6

9. **Lugar de la Muerte:** ☐☐☐☐☐☐
   Distrito | Corregimiento | Lugar poblado o barriada | Hospital o institución

10. **Residencia Habitual:** ☐☐☐☐☐☐
    Distrito | Corregimiento | Lugar poblado o barriada

B. DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

11. **Datos del Nacimiento:**
    a. Lugar donde nació el niño: Hospital o Institución ☐ 1 En otro lugar ☐ 2
    b. Persona que atendió el parto: Médico ☐ 1; Enfermera Obstetra ☐ 2; Enfermera ☐ 3; Ayudante de Salud o Auxiliar de Enfermería ☐ 4; Comadrona ☐ 5; Otra ☐ 6
    c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación ☐☐ Meses ☐
    d. Peso al nacer: Kilogramos ☐☐ Libras ☐☐ Onzas ☐☐

12. **Datos de la Madre del Niño:**
    Nombre(s) y Apellido(s):
    a. Edad cumplida: ☐☐ Años
    b. Estado Conyugal: Unida ☐ 1; Soltera ☐ 2; Casada ☐ 3; Otro ☐ 4
    c. Hijos que ha tenido ☐☐
    d. Grado o año más alto aprobado: Ningún grado ☐ 0; Primaria ☐ 1; Secundaria ☐ 2; Universitaria/Post grado ☐ 3; Vocacional ☐ 4

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 ☐ 4 No ☐ 5

15a. **Nombre de la Institución o del Médico que lo atendió:**

15b. **¿Si era mujer estuvo embarazada los últimos 42 días?** Sí ☐ No ☐
¿Los últimos 12 meses? Sí ☐ No ☐

D. CERTIFICADO MÉDICO
(Sólo para ser llenado por un Médico - es de carácter confidencial)

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte

16. **Causa de muerte:** (Anote una por línea a. b. c.)
    I. - Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente
    No quiere decirse con esto la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardíaca, asfixia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte
    a. _____ *Debido a (o como consecuencia de)*
    - Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental.
    b. _____ *Debido a (o como consecuencia de)*
    c. _____
    II. - Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que la produjo

17. **¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo?** Sí ☐ No ☐

17a. **¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia?** Sí ☐ No ☐

18. **Si fue operado, cause que motivó la operación:** _____ **fecha** _____

19. **Si la muerte se debió a factores externos, especifique el tipo:**
    a. Accidente ☐ Suicidio ☐ Homicidio ☐ En investigación ☐
    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 ☐ No ☐

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:

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

Anexo 13. CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO

(Lea las instrucciones al reverso)

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

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO
(Use uno para cada niño que nace vivo)

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

DATOS DEL NIÑO

1. **Nombre(s) y Apellido(s):** _____

2. **Sexo:** Hombre.. ☐ 1 Mujer..... ☐ 2

3. **Lugar de nacimiento:** _____ (Distrito) _____ (Corregimiento) _____ (Lugar poblado)

4. **Fecha de nacimiento:** Hora:_____ (Día) _____ (Mes) (Año)

DATOS DEL PADRE

5. **Nombre(s) y Apellido(s):** _____

6. **Edad cumplida** (años)..... ☐☐

7. **Ocupación actual:** _____ ☐☐

DATOS DE LA MADRE

8. **Nombre(s) y Apellido(s):** _____

9. **Edad cumplida** (años)..... ☐☐

10. **Cédula No.:** _____

11. **Residencia habitual** (permanente): _____ (Distrito) _____ (Corregimiento) _____ (Lugar poblado o barriada)

12. **Estado conyugal:** Unida..... ☐ 1 Soltera..... ☐ 2 Casada... ☐ 3 Separada/Viuda... ☐ 4

12a. **Fecha del matrimonio con el padre del niño**..... _____ (Mes) (Año)

13. **Hijos que ha tenido la madre** (incluyendo este niño):
TOTAL..... ☐☐
a. ¿Cuántos viven actualmente?..... ☐☐
b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?..... ☐☐
c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?..... ☐☐

14. **Grado o año escolar más alto aprobado:**
Ninguno..... ☐☐ 00 Universitaria... ☐☐ Año
Primaria..... ☐☐ Grado Postgrado..... ☐☐ Año
Secundaria..... ☐☐ Año Vocacional..... ☐☐ Año

¿Trabaja actualmente? No ☐ 1 Sí ☐ 2 → Dentro de la casa... ☐ 1 / Fuera de la casa..... ☐ 2

Fecha de nacimiento de la madre: (Día) _____ (Mes) (Año)

¿Falleció? Sí ☐ No ☐

DATOS DEL PARTO

15. **Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo:**
a. Hospital o Institución de Salud: _____ (anote el nombre) ☐ 1
b. Otro lugar (especifique):_____ ☐ 2

16. **Persona que atendió el parto:** Nombre(s) y Apellido(s) _____
Médico..... ☐ 1
Enfermera Obstetra..... ☐ 2
Enfermera..... ☐ 3
Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud ☐ 4
Comadrona: Con adiestramiento. ☐ 5 / Sin adiestramiento.. ☐ 6
Otra:_____ (madre, amiga, vecina, etc.) ☐ 7

17. **Duración del embarazo:** Semanas completas ☐☐ Meses ☐

18. **Peso al nacer:** Kilogramos:_____ Libras:_____ Onzas:_____

19. **Tipo de nacimiento:** De un niño (singular)..... ☐ 1
Mellizo... ☐ 2 Trillizo... ☐ 3 Cuatro o más... ☐ 4
a. Nació: Primero ☐ 1 Segundo ☐ 2 Tercero ☐ 3
b. ¿Cuántos nacieron vivos?..... ☐
c. ¿Cuántos nacieron muertos?..... ☐

DATOS DEL REGISTRO

20. **Fecha de la declaración:** (Día) _____ (Mes) (Año)

21. **Nombre del declarante:** _____
Parentesco con la madre del niño:_____ (esposo, cónyuge, etc.)

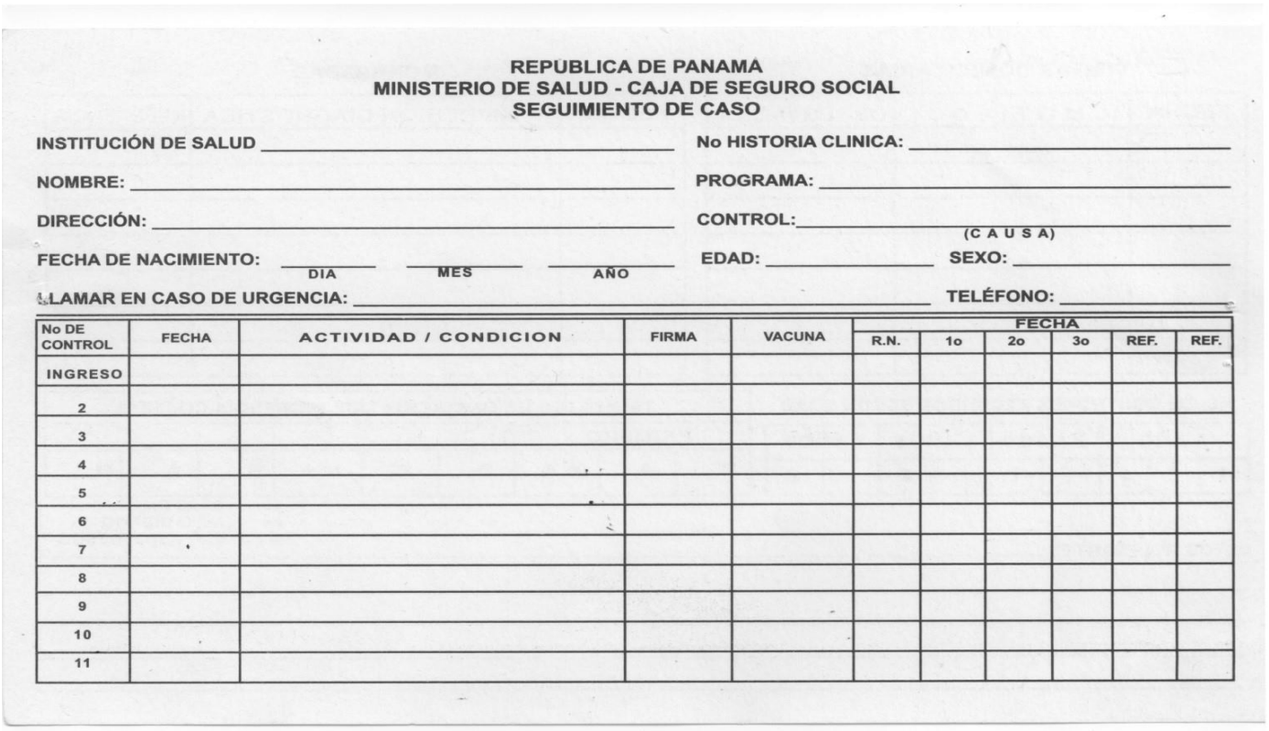
Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Dirección de Estadística y Censo - Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el nacimiento)

VÁLIDO SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICOS - (Artículo 13, Decreto-Ley No. 7 de 25/2/60)

Anexo 14.



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

INSTITUCIÓN DE SALUD _____ No HISTORIA CLINICA: _____

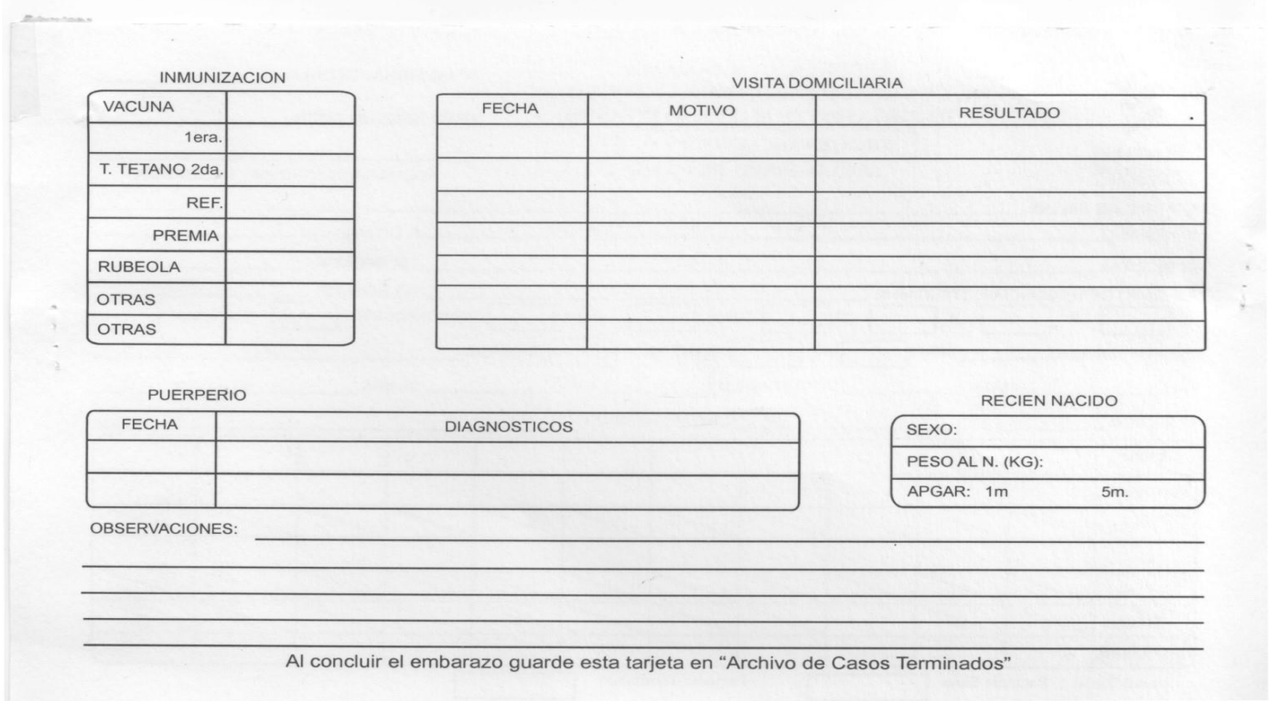
NOMBRE: _____ PROGRAMA: _____

DIRECCIÓN: _____ CONTROL: _____ (C A U S A)

FECHA DE NACIMIENTO: ____ DIA ____ MES ____ AÑO EDAD: _____ SEXO: _____

LLAMAR EN CASO DE URGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

No DE CONTROL	FECHA	ACTIVIDAD / CONDICION	FIRMA	VACUNA	FECHA					
					R.N.	1o	2o	3o	REF.	REF.
INGRESO										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										



INMUNIZACION

VACUNA	
1era.	
T. TETANO 2da.	
REF.	
PREMIA	
RUBEOLA	
OTRAS	
OTRAS	

VISITA DOMICILIARIA

FECHA	MOTIVO	RESULTADO

PUERPERIO

FECHA	DIAGNOSTICOS

RECIEN NACIDO

SEXO:
PESO AL N. (KG):
APGAR: 1m 5m.

OBSERVACIONES: _____

Al concluir el embarazo guarde esta tarjeta en "Archivo de Casos Terminados"

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 da 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.

Anexo 15.
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

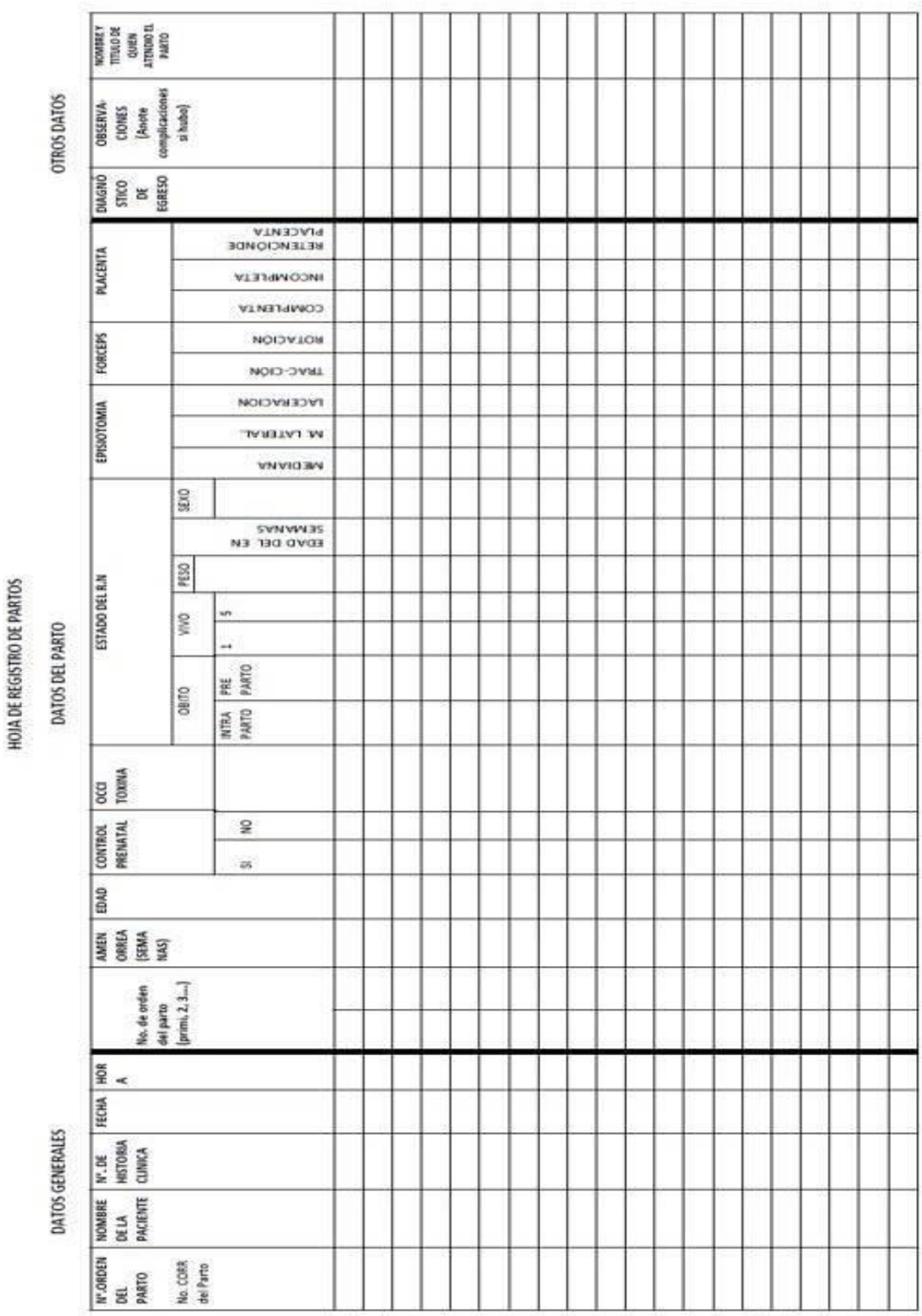
FECHA	HIGIENE		EQUIPO	OBSERVACIONES	FIRMA
	VIVIENDA	PARTERA			

EDUCACIÓN CONTINUA

FECHA	TEMA	OBSERVACIONES	FIRMA

CITAS					
CITAS					
CITAS					

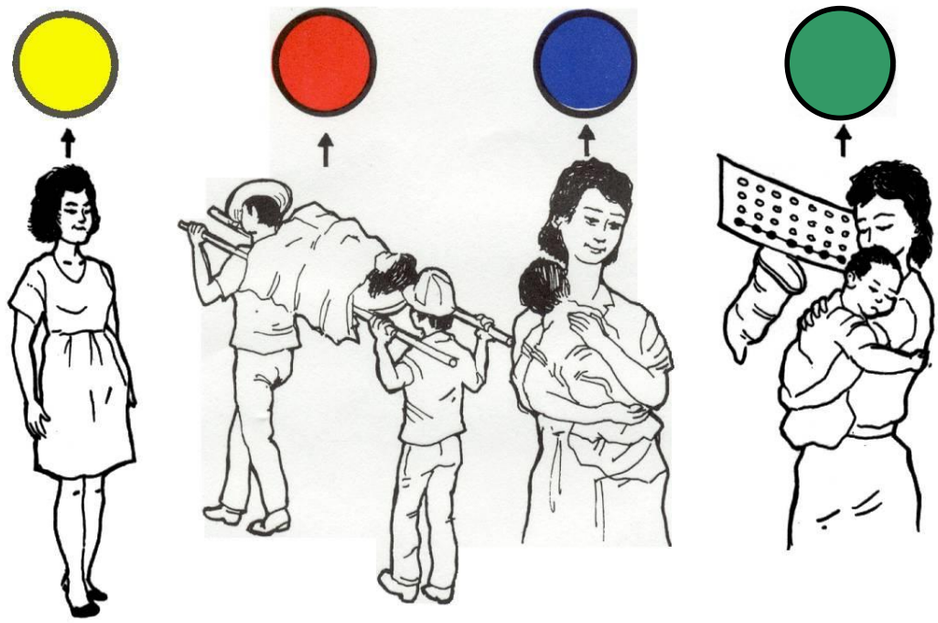
Anexo 16.


HOJA DE REGISTRO DE PARTOS
DATOS GENERALES
DATOS DEL PARTO
OTROS DATOS
N°. ORDEN DEL PARTO
No. CORR del Parto
NOMBRE DE LA PACIENTE
N°. DE HISTORIA CLINICA
FECHA
HOR A
No. de orden del parto (primi, 2, 3....)
AMEN ORREA (SEMA NAS)
EDAD
CONTROL PRENATAL
SI
NO
OCCI TOXINA
ESTADO DEL R.N
OBITO
INTRA PARTO
PRE PARTO
VIVO
1
5
PESO
EDAD DEL EN SEMANAS
SEXO
EPISOTOMIA
MEDIANA
M. LATERAL
LACERACION
FORCEPS
TRAC-CION
ROTACION
PLACENTA
COMPLENTA
INCOMPLETA
RETENCIONDE PLACENTA
DIAGNÓ STICO DE EGRESO
OBSERVA-CIONES (Anote complicaciones si hubo)
NOMBRE Y TITULO DE QUIEN ATENDIO EL PARTO

Anexo 17.

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 _____

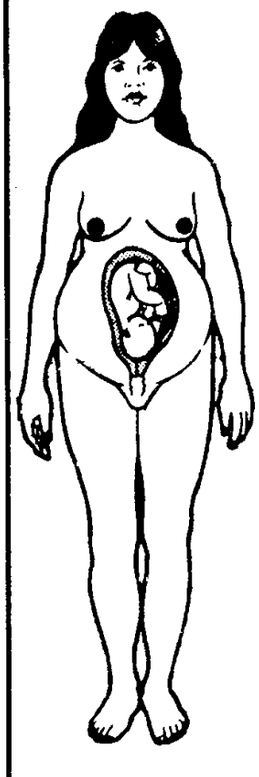
Lugar _____

Nombre de la Partera _____

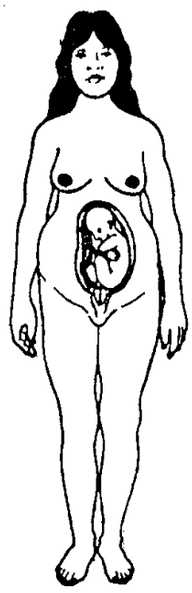
Se controló el embarazo SI ☐ NO ☐ Dónde _____

El niño venía

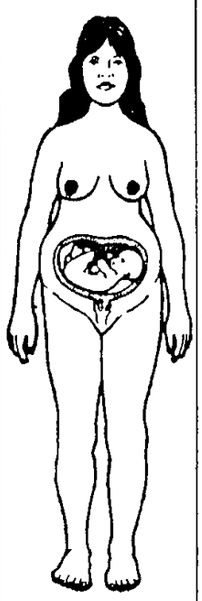
de cabeza ☐



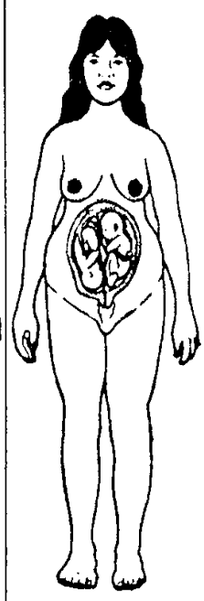
de nalgas ☐



atravesado ☐



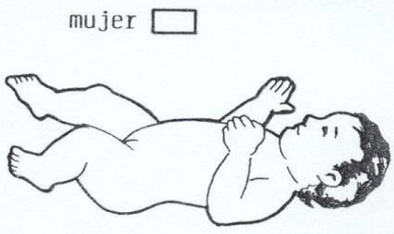
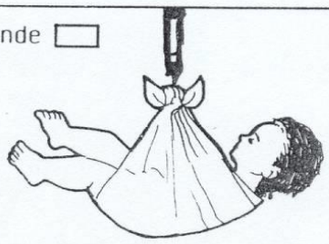
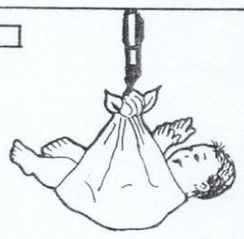
gemelos ☐



RECUERDE:

ESTOS CASOS DEBEN SER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL

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

LA MADRE PERDIO	poca sangre ☐ 	mucha sangre ☐ 
LA MADRE DESPUES DEL PARTO QUEDO	sana ☐ 	enferma ☐ 
		muerta ☐ 
EL NIÑO NACIO	vivo ☐ 	enfermo ☐ 
		muerto ☐ 
EL NIÑO ES	hombre ☐ 	mujer ☐ 
EL NIÑO ES	grande ☐ 	pequeño ☐ 

121

Anexo 18.
Esquema de vacunación de mujeres en edad fértil
Mujeres en Edad Fértil (M.E.F.)
(Embarazadas y Puérperas)

Tipo de vacuna	Edad a Vacunar	Nº de dosis
TD Adulto Vacuna que protege contra la enfermedad de tétano y la difteria.	Mujeres en edad fértil incluyendo a las gestantes en cualquier etapa del embarazo	2 dosis y 1 refuerzo al año de la última dosis
M.R Vacuna que protege contra el sarampión y rubeola	M.E.F, y Puérperas en el (Puerperio Inmediato.)	Si nunca ha sido vacunado
Influenza Vacuna que protege para evitar las complicaciones del resfriado	Embarazadas independiente de su periodo de gestación.	1 dosis
TDap (Adacel) Vacuna que protege contra la tosferina.	A todas las Embarazadas a partir del 3er Trimestre en el Control Pre Natal (desde las 26 semanas) y a su pareja. En el Puerperio Inmediato a las Puérpera y a su pareja y a los cuidadores del niño.	Refuerzo

Hojas de Consentimiento Informado

Introduccion

Se recomienda que para la realizacion de los procedimientos electivos en ginecoobstetricia que la paciente firme un consentimiento informado luego de una explicacion clara del mismo, por el personal de salud que ofrece la atencion. Sabemos, no obstante, que hay ocasiones en donde por la urgencia de la situacion y condicion de la paciente sera necesario instaurar las medidas de tratamiento necesarias que preserven la integridad o la vida de la paciente, inclusive sin tener el consentimiento informado firmado por la misma.

Anexo 19.
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASISTENCIA AL PARTO POST CESAREA

Srta/Sra:_____
Edad:_____ Cedula Nº:_____
Direccion Residencial:_____Tel._____
Dirección Trabajo:_____Tel._____

DECLARO

Que el DOCTOR/A_____
Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situacion, 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 y/o ruptura uterina debido a la presencia de un tejido cicatrizal. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100. 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. Anestesia: 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 (pe. 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)

_____ _____
MÉDICO LA PACIENTE

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. fecha:_____

_____ _____
MÉDICO LA PACIENTE

Anexo 20.
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA OPERACIÓN CESAREA

Srta/Sra:_____
Edad:_____ Cedula Nº:_____
Direccion Residencial:_____Tel._____
Dirección Trabajo:_____Tel._____

DECLARO

Que el DOCTOR/A_____
Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situacion, 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 calificado.

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 calificado 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
_____

(Lugar y fecha)

_____ _____

MÉDICO LA PACIENTE

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_____ MÉDICO_____

Anexo 21.
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INDUCCIÓN DEL PARTO

Srta/Sra:_____
Edad:_____ Cedula Nº:_____
Direccion Residencial:_____Tel._____
Dirección Trabajo:_____Tel._____

DECLARO

Que el DOCTOR/A_____
Me ha explicado que es necesario/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, 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.

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. Ruptura 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 ruptura 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 un parto expedito, que puede ser instrumentado o no, o la realización de una cesárea 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)

_____ _____
PACIENTE MEDICO

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.
Fecha:_____

FIRMA DE LA PACIENTE_____ MÉDICO_____

Anexo 22.
DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Srta/Sra:_____

Edad:_____ Cedula Nº:_____

Direccion Residencial:_____

Telefono: _____

Trabajo:_____

Telefono del Trabajo:_____

DECLARO

Que el DOCTOR/A_____

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situacion, a realizar una

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA _____

1. El principal propósito de la **Aspiración Manual Endouterina** es limpiar la cavidad endometrial de restos ovulares. A veces puede ser necesaria una segunda aspiración para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto diferido.

La intervención consiste en dilatar el cuello uterino si es preciso, y extracción de restos ovulares por Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En algunos casos es necesario colocar el día anterior u horas antes de la evacuación prostaglandinas vaginales o por vía oral asociado o no a la aplicación de goteo intravenoso de oxitocina.

2. La aspiración Manual endouterina sólo se puede practicar por vía vaginal

3. 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 u otra condición), 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.

Las complicaciones específicas de la Aspiración Manual Endouterina, 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.

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

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

5. 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.

6. La Aspiración Manual Endouterina es un procedimiento que puede realizarce de forma ambulatoria con sedación y medicación analgésica y anestésica que permita que usted esté conciente durante la realización del mismo y que será administrado por su médico tratante.

7. Anestesia: La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) que precise anestesia será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

8. 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.

9. 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.

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 presto.

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

Y en tales condiciones,

CONSIENTO

Que se me realice una **ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA** (AMEU)

en _____

(Lugar y fecha)

_____ _____

EL/LA MÉDICO LA PACIENTE

REVOCACIÓN

Srta/Sra:_____

Edad:_____ Cedula Nº:_____

REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha por finalizado.

Fecha:_____

_____ _____

EL/LA MÉDICO LA PACIENTE

Anexo 23.
MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
DIRECCION GENERAL DE SALUD
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCION DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Sra:_____
Edad:_____ Cedula Nº:_____
Direccion Residencial:_____Tel:_____
Lugar deTrabajo:_____Tel:_____

DECLARO

1. Que el/la Profesional de la Salud Capacitado,_____, me ha informado de los mètodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situaciòn, mi elecciòn es la colocaciòn de un Dispositivo Intauterino (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 por el / la Profesional de la Salud Capacitado, de acuerdo a su competencia técnica, y 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
- 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 séptico, durante el segundo trimestre. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es de 1-3%, siendo mayor en el 1er año.
- Descenso y expulsión, que puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
- Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado inter menstrual, en los primeros tres (3) meses de uso.
- Disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.
- Dolor.
- Migración a cavidad abdominal, si se produce perforación durante la aplicación, 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 personal de salud capacitado, me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser:
    1. Extracción si se produce gestación o infección.
    2. Tratamiento con antibiótico
    3. Histeroscopìa, Laparoscopia/micro, Laparotomía, si se produce perforación o embarazo ectópico,

5. Por mi situación actual, el/la Profesional de la Salud Capacitado, 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) _____ Fecha: _____.

_____ _____

LA PACIENTE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO

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 finalizado.

FECHA: _____.

_____ _____

FIRMA DE LA PACIENTE PERSONAL DE SALUD CAPACITADO

Anexo 23 a.
MINSTERIOD DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCION DE IMPLANTE SUBDERMICO

Sra:_____Edad:_____Cedula Nº:_____
Dirección Residencial:_____Teléfono: _____
Lugar de Trabajo:_____Teléfono del Trabajo:_____

DECLARO

1. Que el/la Profesional de salud capacitado, _____, me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Implante Subdérmico, método hormonal reversible.

2. Tengo entendido que el implante Implanon®, en general, es bien tolerado, pero es muy probable que presente alteraciones importantes en la aparición o duración de mis ciclos menstruales.

3. Si bien mis planes actuales son usar el implante Implanon® por tres años, me será retirado en cualquier momento que yo lo solicite. Por otra parte, también sé que el médico podrá sugerir retirar el implante en cualquier momento por motivos que él estime necesario.

4. Si lo deseo, después de retirado Implanon®, podré elegir otro método anticonceptivo entre aquellos disponibles en el establecimiento de salud.

5. Me comprometo a regresar al establecimiento de salud para los controles establecidos y entiendo que tengo derecho a ser atendida, fuera de citación, cada vez que yo lo estime necesario.

6. He comprendido las expectativas 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 Implante Subdérmico: _____ En (lugar) _____ Fecha: _____

_____ _____

Firma de la Paciente Personal de Salud Capacitado

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 finalizado.

Fecha: _____

_____ _____

Firma de la Paciente Personal de Salud Capacitado

Anexo 24.
MINSTERIOD DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCION DE VASECTOMÍA

Sr:_____Edad:_____Cedula Nº:_____
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 especificas 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 repermeabilización 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 satisfecho 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)

_____ _____
FIRMA DEL PACIENTE FIRMA DEL MÉDICO

_____
Representante Legal en caso de incapacidad

REVOCACIÓN

YO_____EN CALIDAD DE AFECTADO Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____y no deseo proseguir el tratamiento propuesto..

EL PACIENTE_____MÉDICO_____
Fecha_____

Anexo 25
MINSTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE OCLUSIÓN TUBÁRICA

Sr:_____Edad:_____Cedula Nº:_____
Dirección Residencial:_____Tel. : _____
Lugar de Trabajo:_____Tel. del Trabajo:_____
Fecha_____

DECLARO

1. Que el Personal de salud_____ me ha explicado todo lo concerniente a una INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBARICA, considerada, en principio como, un método permannte.
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. Se puede realizar post parto, post aborto o durante el intervalo intergenésico
4. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:
   a. Minilaparotomía.
   b. Laparoscópica.
   c. Histeroscópica.
   d. Vaginal.
   e. Trans-cesárea.
5. 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%.
6. 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.
7. Asimismo pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:
   - Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos).
   - Postoperatorias:
     - Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia).
     - Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragias).
8. Imprevistos: Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

9. Por mi situación actual, el personal de salud me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____
   _____

10. Alternativas: Se me ha explicado que existen otros métodos de contracepción no definitivos:
    a. Métodos de barrera.
    b. Anticoncepción hormonal.
    c. Contracepción intrauterina.
    d. Métodos naturales.

11. Anestesia: las Técnicas quirúrgicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia o médico anestesiólogo particular.

12. 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 calificado para ello.

13. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anatomo-patológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informado de los resultados del estudio.

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

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

16. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto. Y en tales condiciones:

CONSIENTO
Que se me realice la INTERVENCION DE OCLUSIÓN TUBARICA en

Lugar y fecha

_____ _____
Firma de la Paciente Firma del Personal de Salud

_____

REPRESENTANTE LEGAL EN CASO DE INCAPACIDAD

REVOCACIÓN

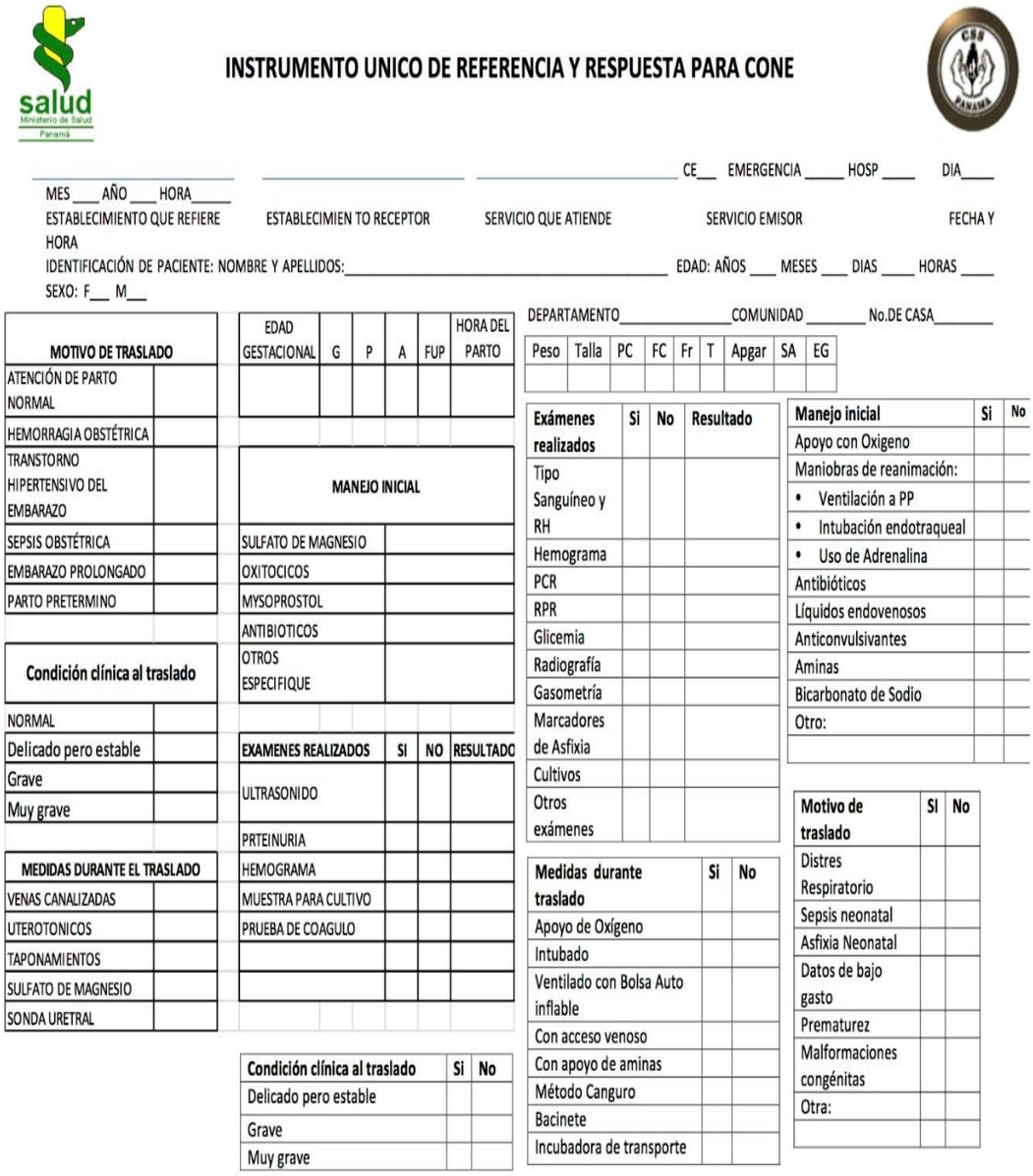
YO_____EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha_____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto.

_____ _____
Firma de la paciente Firma del Personal de Salud

Fecha _____

Anexo 26. Formularios

Formulario 1. Formulario del Sistema Único de Referencia y Contra-referencia Acotado a CONE



INSTRUMENTO UNICO DE REFERENCIA Y RESPUESTA PARA CONE

CE__ EMERGENCIA ____ HOSP ____ DIA____

MES ___ AÑO ___ HORA____

ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE | ESTABLECIMIEN TO RECEPTOR | SERVICIO QUE ATIENDE | SERVICIO EMISOR | FECHA Y HORA

IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE: NOMBRE Y APELLIDOS:_____ EDAD: AÑOS ___ MESES ___ DIAS ____ HORAS ____

SEXO: F__ M__

DEPARTAMENTO_____COMUNIDAD _____ No.DE CASA_____

MOTIVO DE TRASLADO	
ATENCIÓN DE PARTO NORMAL	
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA	
TRANSTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	
SEPSIS OBSTÉTRICA	
EMBARAZO PROLONGADO	
PARTO PRETERMINO	

Condición clínica al traslado	
NORMAL	
Delicado pero estable	
Grave	
Muy grave	

MEDIDAS DURANTE EL TRASLADO	
VENAS CANALIZADAS	
UTEROTONICOS	
TAPONAMIENTOS	
SULFATO DE MAGNESIO	
SONDA URETRAL	

EDAD GESTACIONAL	G	P	A	FUP	HORA DEL PARTO

MANEJO INICIAL	
SULFATO DE MAGNESIO	
OXITOCICOS	
MYSOPROSTOL	
ANTIBIOTICOS	
OTROS ESPECIFIQUE	

EXAMENES REALIZADOS	SI	NO	RESULTADO
ULTRASONIDO			
PRTEINURIA			
HEMOGRAMA			
MUESTRA PARA CULTIVO			
PRUEBA DE COAGULO			

Condición clínica al traslado	Si	No
Delicado pero estable		
Grave		
Muy grave		

Peso	Talla	PC	FC	Fr	T	Apgar	SA	EG

Exámenes realizados	Si	No	Resultado
Tipo Sanguíneo y RH			
Hemograma			
PCR			
RPR			
Glicemia			
Radiografía			
Gasometría			
Marcadores de Asfixia			
Cultivos			
Otros exámenes			

Medidas durante traslado	Si	No
Apoyo de Oxígeno		
Intubado		
Ventilado con Bolsa Auto inflable		
Con acceso venoso		
Con apoyo de aminas		
Método Canguro		
Bacinete		
Incubadora de transporte		

Manejo inicial	Si	No
Apoyo con Oxigeno		
Maniobras de reanimación:		
• Ventilación a PP		
• Intubación endotraqueal		
• Uso de Adrenalina		
Antibióticos		
Líquidos endovenosos		
Anticonvulsivantes		
Aminas		
Bicarbonato de Sodio		
Otro:		

Motivo de traslado	SI	No
Distres Respiratorio		
Sepsis neonatal		
Asfixia Neonatal		
Datos de bajo gasto		
Prematurez		
Malformaciones congénitas		
Otra:		

Anexo 27

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.

Indicadores Generales de Salud Sexual y Reproductiva					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente primaria de información**	**Periodicidad**
	Producción de Servicios de SSR				
1	% de mujeres con Papanicolau tomado	Pacientes a quienes se les tomo el Papanicolaou durante el embarazo	**Numerador**: Número de mujeres con Papanicolau tomado **Denominador**: Total de mujeres atendidas	Hoja de registro diario	Mensual
2	% embarazadas con prueba de detección de VIH	Pacientes a quienes se les realizo la prueba de detección de VIH durante el embarazo	**Numerador**: Número de mujeres embarazadas con prueba de detección de VIH **Denominador**: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
3	% embarazadas con prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación	Pacientes a quienes se les realizo la prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación	**Numerador**: Número de mujeres embarazadas con prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación **Denominador**: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
4	Porcentaje de embarazadas con 2 dosis o refuerzo de vacuna Td o Tdap	Pacientes que tiene 2 dosis o refuerzo de la vacuna Td o Tdap	**Numerador**: Número de mujeres embarazadas con 2 dosis o refuerzo de vacuna Td o Tdap **Denominador**: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
5	Porcentaje de embarazadas con vacuna de Influenza.	Pacientes que tienen al vacuna de influenza	**Numerador**: Número de mujeres embarazadas con vacuna de influenza **Denominador**: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente de información**	**Periodicidad**
	Pre-concepción				
1	% de instalaciones que experimentaron un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en cualquier momento durante un período determinado	**Porcentaje de desabastecimiento de métodos de anticonceptivos** Mide la disponibilidad (o carencia) de productos durante un período determinado y la habilidad del programa de satisfacer las necesidades de los clientes	**Numerador**: No. de instalaciones de la muestra que han experimentado un desabastecimiento de uno de los métodos anticonceptivos durante el periodo **Denominador:** No. total de instalaciones evaluadas	Auditoria de Farmacias	Semestral
2	% de mujeres en edad fértil que están usando un anticonceptivo	**Prevalencia de uso de anticonceptivos** Mide el uso de anticonceptivos en la población.	**Numerador**: No. de mujeres 15-49 utilizando un método anticonceptivo **Denominador**: Estimación del total de mujeres 15-49 en la población del área *100	**N**-Hoja o libro de registros diario **D**-Estimación en base a datos del INE …… Encuestas de salud	Mensual …… Aproximadamente cada cinco anos
	Atención prenatal				
3	% de mujeres embarazadas captadas en el 1er trimestre de embarazo	**Captación temprana de la mujer embarazada** Mide el porcentaje de las mujeres que reciben una atención prenatal que han sido captadas tempranamente.	**Numerador**: Nº de embarazadas que tienen su primer control en el 1er trimestre **Denominador:** Total de embarazadas estimadas en la población.	**N** - Hoja o libro de registro diario **D** – Datos del INEC o de SIREGES	Mensual
4	% de mujeres embarazadas que reciben por lo menos 4 atenciones prenatales durante el embarazo.	**Concentración de la atención prenatal.** Mide el éxito del programa en realizar por lo menos 4 atenciones prenatales	**Numerador**: Nº de embarazadas que reciben 4 atenciones prenatales **Denominador:** Estimación del total de mujeres embarazadas en la población del área	**N** - Hoja o libro de registros diario **D** – Datos del INEC o de SIREGES	Mensual
	Parto y Puerperio				
5	% de mujeres embarazadas y/o puérperas que viven a más de una hora de una instalación que atiende partos que han utilizado un albergue materno o CAM	**Utilización de los albergues maternos** Incremento del acceso a las instalaciones a través de los albergues maternos	**Numerador**: Nº de mujeres embarazadas o puérperas que han utilizado un albergue materno o CAM **Denominador** : total de partos esperados en comunidades una hora de una instalación que atiende partos institucionales	N- Libro de registro del Albergue materno D-Estimaciones de total de embarazos esperados en base a datos del INEC.	Mensual
6	Porcentaje de mujeres embarazadas de las Comarcas con Plan de Parto completo.	Este indicador mide la cubertura de Plan de Parto	**Numerador**: Número de mujeres que tienen el Plan de Parto completo **Denominador**: Embarazos esperados en la población.	**N**- Hoja o libro de registros diario **D**-Estimaciones de total de embarazos	Mensual

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente de información**	**Periodicidad**
				esperados en base a datos del INEC o de SIREGES	
7	% de partos atendidos en una instalación de salud	**Cubertura de parto institucional por personal calificado** La proporción de partos esperados en la comunidad que fueron atendidos en una instalación de salud.	**Numerador:** Número de mujeres que acuden a una instalación de salud con personal calificada para su parto **Denominador**: Estimación del número de partos esperados en la población	**N** Hoja o libro de registro diario **D** Estimaciones en base a datos del INEC o de SIREGES	Mensual
8	% de mujeres con parto institucional en los que se aplica el MATEP	**Aplicación de la Norma para prevención de hemorragia post parto**	**Numerador**: Nº de parturientas en las que se aplicó el MATEP/ **Denominador** :Total de partos institucionales	N- Expediente clínico (Historia Clínica) D-Libro de partos	Anual (en la auditoria de expedientes)
9	% de mujeres embarazadas que recibieron control del puerperio a los 8 días postparto.	**Vigilancia de la mujer en el puerperio inmediato**	**Numerador**: Nº de puérperas con control a los 8 días/ **Denominador**: Total de partos ocurridos	N- Hoja o libro de registros diario D-Libro de partos (Libro de partos domiciliares)	Mensual
10	% de mujeres que egresan con método anticonceptivo post- evento obstétrico.	**Utilización de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico** Mide la utilización de métodos anticonceptivos en la etapa post parto. Senala si se están promoviendo los métodos anticonceptivos durante el embarazo y parto.	**Numerador**: Nº de puérperas que egresan con un método anticonceptivo **Denominador**: total de mujeres egresadas post-evento obstétrico	N- Hoja o libro de registros diario **D** - Historia clínica perinatal	Mensual
	Emergencias Obstétricas				
11	% de abastecimiento de insumos claves para el manejo de emergencias obstétricas en los CONE Básicos.	**Capacidad resolutiva de los CONE B.** Provee información sobre la posibilidad de tratar las complicaciones del embarazo en los CONE B	**Numerador:** No. de CONE B en el muestreo que cumplieron con la lista de chequeo de abastecimiento. **Denominador**: No. de CONE Básicos	N - Lista de chequeo de Farmacias y Médico – Quirúrgico **D** – Lista de instalaciones de salud por nivel resolutivo de CONE	Mensual
12	% de complicaciones obstétricas esperadas en la población que llegan a la instalación de CONE Básico o CONE Completo (por tipo de complicación)	**Porcentaje de complicaciones en la población atendidas en las instalaciones con capacidad resolutiva** Estima el grado a la cual las complicaciones están llegando a las instalaciones de salud	**Numerador**: No. total de complicaciones obstétricas tratadas en las instalaciones de CONE B y C **Denominador** Total de complicaciones obstétricas esperadas en la población (Estimación en base a los datos de números de partos del año anterior)	**N** - Hoja o libro de registro diario	Mensual
13	% de mujeres con complicaciones	**Uso de los protocolos de atención, para manejo de las complicaciones**	**Numerador**: Nº de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas de acuerdo a protocolo	**N** - Expediente clínico	Tri-mestral

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente de información**	**Periodicidad**
	obstétricas tratada de acuerdo a los protocolos de atención	**obstétricas** Manejo correcto de las complicaciones obstétricas y cumplimiento con las Normas y Protocolos.	**Denominador** : Total de mujeres con complicaciones obstétricas atendidas	**D**- Libro o hoja de registro de partos o Hoja record de partos	
	Recién nacidos				
14	% de recién nacidos que reciben atención post-natal en los primeros 2 días de vida	**Cobertura de cuidado post-natal en los primeros 2 días de vida** Mide si los recién nacidos se están atendiendo en los primeros 2 dias de vida.	**Numerador**: No. de recién nacidos que reciben atención por personal calificado durante las primeros 48 horas de vida **Denominador**: Total de nacimientos registrados	N- Expediente clínico de la madre o del nino D-Libro de partos Libro de registro de partos clínicos	Mensual
15	% de recién nacidos que reciben lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida	**Apego Precoz** Mide el apego precoz de los recién nacidos	**Numerador**: No. recién nacidos que reciben lactancia materna durante la primera horas de vida **Denominador**: Total de nacimientos institucionales	N- Expediente clínico (atención inmediata del RN) D-Libro de partos	Mensual
	Resultados				
16	Tasa de mortalidad neonatal	**Mortalidad Neonantal** Mortalidad en los recién nacidos (hasta las 48 dias) por cada mil nacimientos.	**Numerador**: Total de recién nacidos fallecidos **Denominador**: Total de nacimientos registrados por contraloría X1000	N - Certificado de defunción **D** – Registros vitales (Contraloria)	Anual
17	% de recién nacidos con complicaciones tratados de acuerdo a los protocolos de atención	**Manejo de complicaciones neonatales** Refleja la calidad de atención, específicamente el uso de los protocolos de atención para el manejo de complicaciones neonatales	**Numerador:** No. de recién nacidos con complicaciones tratadas de acuerdo a los protocolos **Denominador**: Total de complicaciones neonatales	**N** - Expediente clínico. Hoja de evolución de la atención del parto **D** - Libro o hoja de registro de partos	Trimestral
18	Razón de mortalidad materna (Frecuentemente llamado la Tasa de Mortalidad Materna)	**Mortalidad Materna** El número de muertes en la población.	**Numerador:** No. muertes en el embarazo, parto o puerperio **Denominador:** No. de nacimientos	N - Certificado de defunción **D** – Registros vitales (Contraloria)	Anual

Tabla 11 Indicadores de Planificación Familiar					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente de información**	**Periodicidad**
	Planificación Familiar				
1	% de instalaciones que experimentaron un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en cualquier momento durante un período determinado	Mide la disponibilidad (o carencia) de productos durante un período determinado y la habilidad del programa de satisfacer las necesidades de los clientes	**Numerador**: No. de instalaciones de la muestra que han experimentado un desabastecimiento de uno de los productos de interés **Denominador:** No. total de instalaciones evaluadas (muestra)	Auditoria de expedientes	Semestral
2	% de mujeres en edad fértil que usaron un anticonceptivo	Mide el uso de anticonceptivos en la población.	**Numerador**: No. de mujeres 15-49 utilizando un método anticonceptivo **Denominador**: Estimación del total de mujeres 15-49 en la población del área *100 ‘,,,

Tabla 11 Indicadores de Planificación Familiar					
	Indicador	**Que mide**	**Como se define (Como se construye)**	**Fuente de información**	**Periodicidad**
	método	anticonceptivos siendo utilizados por las mujeres que están utilizando anticonceptivos. Es un indicador que puede señalar problemas en el acceso o disponibilidad a métodos específicos.	**Denominador**: Todas las usuarias activas de anticonceptivos (vea indicador arriba)	Hoja clínica perinatal	
Adolescentes					
9	Tasa especifica de fecundidad para mujeres de 15 – 19 años	**Tasa de natalidad en adolescentes** El número de nacimientos ocurridos en mujeres de 15 – 19 años.	**Numerador:** Número de nacimientos a mujeres entre 15 – 19 anos **Denominador:** Número de mujeres 15-19 en la población (expresado por 1000 mujeres)	Encuestas poblacionales o registros vitales de nacimientos.	Anual
10	Porcentaje de mujeres 15 – 19 años utilizando un método anticonceptivo.	**Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes**	**Numerador:** Número de mujeres 15 – 19 años utilizando un método anticonceptivo. **Denominador:** Total de mujeres 15 – 19 años en la población.	**N**-Hoja de registros diarios de actividades **D**-Estimación en base a datos del INE …… …… …… Encuestas de salud	Mensual …… Aproximadamente cada cinco anos
11	Porcentaje de mujeres 15- 19 que no desean un embarazo y no están usan un método anticonceptivo	**Demanda insatisfecha de anticonceptivos entre adolescentes** El porcentaje de mujeres que no quieren tener más hijos pero no están utilizando un método anticonceptivo	**Numerador**: No. de mujeres 15-19 que no están embarazadas, no quieren embarazarse y no están utilizando un método anticonceptivo **Denominador**: Mujeres de edad fértil en unión	**N**-Hoja de registros diarios de actividades **D**-Estimación en base a datos del INE …… …… …… Encuestas de salud	Mensual …… …… Aproximadamente cada cinco anos

MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL
Dirección General de Salud
Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva

FORMULARIO DEL PROGRAMA APA – AMEU

Informe MENSUAL (*)	INDICADORES PARA MEDIR EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO MODERNO DE APA EN LOS HOSPITALES DE PANAMÁ

Fecha de envío del informe:	Mes que se informa:	Año
Nombre del Hospital:		
Región:	Departamento:	

Nota: **** Anotar en este formulario todos los casos admitidos al hospital en todos los días del mes correspondiente.***

Al completar la recolección de datos del mes que se informa, el responsable del Programa en el hospital deberá entregar el formulario a:
REGISTROS Y ESTADISTICAS DE SALUD (REGES) de su institución.

TRATAMIENTO

1. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas, De 20 semanas o menos por FUM o por tamaño. ☐
2. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto **de 12 semanas o Menos,** por FUM o por tamaño. ☐
3. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas, **Tratadas con AMEU**. ☐
4. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas, **Tratadas con LUI.** ☐
5. Total de pacientes **tratadas con AMEU** en forma ambulatoria (total de Estancia igual o menor a 12 horas o que no requirió ser hospitalizada) ☐
6. Total de pacientes con aborto incompleto u otras formas clínicas **tratadas Con AMEU** que **recibieron consejería**. ☐
7. Total de pacientes **tratadas con AMEU** que refirieron **molestia tolerable O ninguna** (6 o menos en una escala de 10) ☐
8. Total de pacientes **tratadas con AMEU** que egresó con un método **Anticonceptivo** antes del alta. ☐
9. Total de pacientes que ingresaron con complicaciones derivadas Del aborto espontáneo o inducido (anemia severa, sangrado abundante, Perforación uterina, lesiones en tracto genital, sepsis, etc.) ☐
10. Total de pacientes que fallecieron por las complicaciones del aborto o ☐

Por fallas en el tratamiento hospitalario.

10ª. Causas específicas de mortalidad materna por aborto:

11. Total de pacientes tratadas con AMEU que fueron derivadas a otros Servicios de salud general o de salud reproductiva, por problemas Identificados durante la hospitalización.

INDICADORES

12. % de pacientes tratadas con AMEU

13. % de pacientes tratadas **con AMEU** en forma **ambulatoria**, (Total de estancia menor de 12 horas o que no requirió ser Hospitalizada)

14. % de pacientes tratadas **con AMEU**, que recibió **consejería**

15. % de pacientes tratadas **con AMEU**, que refirieron **molestia Tolerable** o ninguna molestia.

16. % de pacientes con aborto incompleto tratadas **con AMEU** Que egresaron con un método anticonceptivo.

17. % de pacientes tratadas con **AMEU** que ingresaron **con complicaciones** Derivadas del aborto

18. % de muerte materna hospitalaria por aborto

19. % de pacientes tratadas con **AMEU** que fueron referidas a otros servicios De salud o de salud reproductiva

20. Distribución de métodos anticonceptivos otorgados en el posaborto, antes del Alta de la paciente tratada con AMEU

	Número	**Porcentaje**
a. Anticoncepción quirúrgica voluntaria		
b. Dispositivo intrauterino		
c. Anticonceptivos orales		
d. Inyectables		
e. Condón masculino		
f. Condón femenino		
g. Otros:_____		

_____

21. Ha recibido disponibilidad continúa de insumos para realizar APA-AMEU durante el último año: SI ☐ NO ☐

Comentarios:
_____
_____

22. Número de Personas entrenadas en técnicas APA-AMEU, en el último año
Cuántos: _____ Enfermeras: _____
Ginecoobstetra: _____ Médicos Generales: _____

Anexo 28.

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
EXPEDIENTE CLINICO ODONTOLÓGICO

Nombre:_____ # de cédula._____ SS:_____
Fecha de Nacimiento:_____ Edad:_____ Sexo: M F
Domicilio o residencia_____Teléfono:_____
Lugar de trabajo:_____Teléfono:_____Ocupación:_____
Persona a quien notificar en caso de urgencia:_____Teléfono:_____
Domicilio:_____Relación:_____
Motivo principal de la visita: _____

HISTORIA MÉDICA
Antecedentes familiares

Hay algún miembro de su familia directa con:	SI	NO
• Diabetes	☐	☐
• Enf. del corazón	☐	☐
• Presión alta	☐	☐
• Tratamiento psiquiátrico	☐	☐
• Cáncer	☐	☐
• Convulsiones	☐	☐
• Anemia falciforme	☐	☐
• Trastornos de coagulación	☐	☐
• VIH / SIDA	☐	☐
• OTRAS:_____		

Afecciones Personales:

• Enf. del corazón	☐	☐
• Diabetes	☐	☐
• Presión alta	☐	☐
• Tratamiento psiquiátrico	☐	☐
• Cáncer	☐	☐
• Anemias y/o trastornos de coagulación	☐	☐
• Alergias	☐	☐
• Si es sí, a qué? _____		
• Infecc. de Transmisión Sexual	☐	☐
• Problemas Digestivos	☐	☐
• Hepatitis	☐	☐
• VIH / SIDA	☐	☐
• Embarazo	☐	☐
• OTRAS: _____		

¿ Toma medicamentos?
¿ Si es si, cuáles?_____
Toma drogas lícitas o ilícitas?
¿ Si es si, cuáles? _____
Toma medicamentos naturistas?
¿ Sí es si, cuáles?_____

HISTORIAL BUCAL

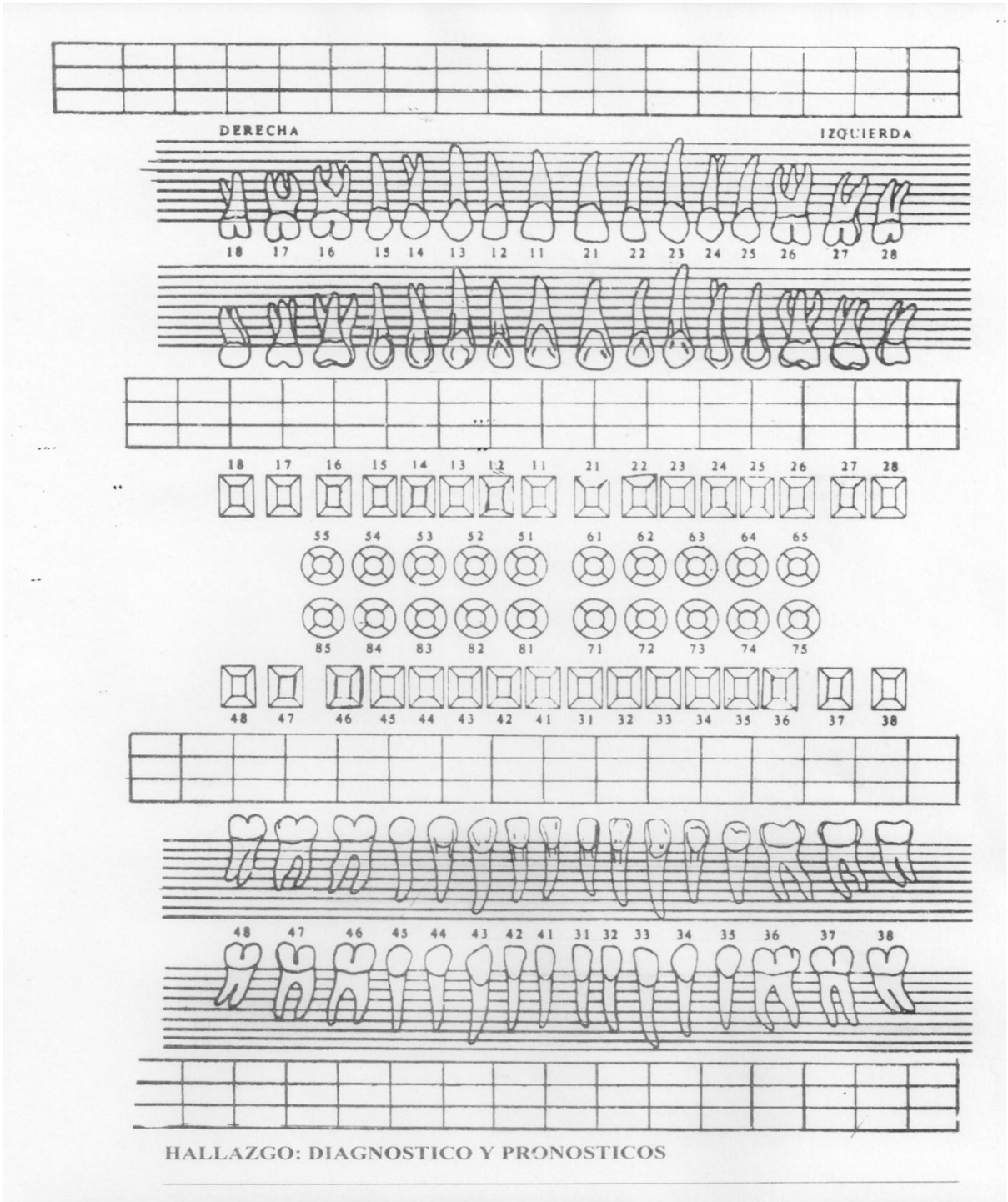
¿ Ha recibido anestesia dental?	☐	☐
Hay sensibilidad dental a:	☐	☐

☐ Calor ☐ Dulce ☐ Frío ☐ Masticación

Observaciones: _____

Acepto que lo respondido anteriormente es verdadero.

Firma Responsable: _____Cédula:_____Fecha:_____


DERECHA
IZQUIERDA
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28
55 54 53 52 51 61 62 63 64 65
85 84 83 82 81 71 72 73 74 75
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38
HALLAZGO: DIAGNOSTICO Y PRONOSTICOS

Hallazgos dentofaciales:
Hábitos: _____
Clasific. Molar: _____
A. T. M.:
Dolor:_____

Desviación: _____

Ruidos:_____

Indice de Necesidad de Tratamiento Periodontal (INTP)

Indice de O'Leary:

Hallazgos en tejidos blandos
Ganglios: _____
Glándulas salivares: _____
Mucosa Bucal: _____
Labios: _____
Lengua: _____
Paladar Duro: _____
Paladar Blando: _____
Rebordes: _____
Bucofaringe: _____
Encías: _____
Piso de Boca: _____
Carrillos: _____

Pruebas Pulpares:

Piezas afectadas/ pruebas								
P. de frío								
Calor								
Eléctrica								
Palpación								
Presión								
Percusión								

Secuencia de tratamiento:
_____
_____
_____
_____
_____

N° de citas: _____

Costo total: _____

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____con SS: _____ y CIP_____
he sido informado (a) de mi diagnóstico_____
y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.
Comprendo que en ninguna manera el procedimiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesaria la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o incumplir las citas, se minimizarán las posibilidades de un buen resultado.
(Para pacientes menores de edad o impedidos o de difícil manejo, que requieran ejecución de actividades curativas) Autorizo al odontólogo (a) _____, para realizar las técnicas de control de comportamiento que se requieran para evitar accidentes durante los procedimientos.

Afirmo que estoy informado (a) sobre la naturaleza de la atención por recibir, los riesgos, beneficios, la atención alternativa razonable y la importancia del cuidado y seguimiento luego de la atención.

Igualmente, otorgo consentimiento para la administración de anestesia general o local, antibióticos y otros productos medicamentosos que se consideren sean necesarios en mi caso. Comprendo, que existen riesgos inherentes a la administración de todo producto medicamentoso y anestésico.
En virtud de lo anterior, otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos. También otorgo autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sean necesarios a criterio del odontólogo (a)

Firma responsable:
_____CIP:_____Fecha:_____
Nombre: _____ CIP: _____

EJECUCION DEL TRATAMIENTO

EJECUCIÓN DEL TRATAMIENTO

FECHA	ACTIVIDAD	EJECUTOR	ABONO	SALDO

Anexo 29

REPUBLICA DE PANAMA
MINSA / C.S.S.

COLPOSCOPIA

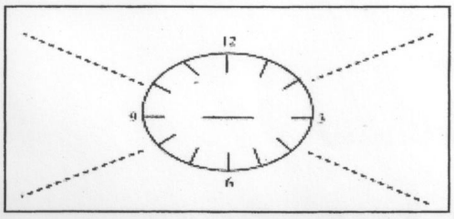
Fecha: _____ Institución: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Cèd.No.: _____
Domicilio: _____ Tel.: _____ Ocupación: _____

Menarca: ___ IVSA: ____ 1er Parto: ____ G P C A Cónyuges: __FUM_____ PF_____
Antecedentes:
IVHP_____ LIE _____ Colposcopia: _____ Tratamiento _____

Motivo de ingreso _____ PAP No. _____

HALLAZGO	Sigla	Dibujo
Escamoso	O	
Ectopia	E	
U. Escamo Celular Visible	U	
Colpitis Condilomatosa	CC	
Epitelio Blanco	EB	
Punteado	P	
Mosaico	M	
Leucoplasia	L	
Orificios Glandulares Cornif.	OGC	
Vasos Atípicos	VA	
Test de Shiller	Yodo	+ / -
Otros		



DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO	

Nombre del Médico: _____ Registro _____

Firma: _____

BIOPSIA No. _____ Resultado: _____

Curetaje Endocervical: _____

Tratamiento: _____ Fecha: _____

No.	FECHAS	SEGUIMIENTO, HALLAZGOS Y CONDUCTAS

Anexo 30

REPÚBLICA DE PANAMÁ
SOLICITUD PARA EVALUACIÓN CITOLÓGICA

MINSA- CSS

Institución

Apellidos Nombres S.S:

Paterno Materno Cónyuge Céd.:

Teléfono

Dirección Domiciliaria Teléfono

Dirección de Trabajo Primer parto a los: años

Menarquía a los años 1ª relación sexual a los años Menopausia a los: años

Fecha de toma:			
Edad:			
Ocupación			
Estado civil:			
Fecha última menstruación			
Usa anticonceptivos orales, IM, DIU, otros			
Grava, Para, Aborto			
Cónyuges: uno / + uno			
Examen ginecológico y Observaciones			
Atendida por: (Letra imprenta)			
Fecha del próximo examen			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA –OPS/OMS (Para uso de citología)			
Número de Citología			
A- ADECUACIÓN DE LA MUESTRA			
Satisfactoria			
No satisfactoria (especifique)			
B- INFORME			
Resultado o Interpretación Citológica			
C- OTROS			
Células endometriales en Pacientes mayores de 40 años			
D- COMENTARIOS			
Nombre (Letra imprenta)			
Fecha de lectura			

MINSA - CSS

Nombre:		Cédula:	SS.:
Edad:			
Ocupación:			
Estado civil:			
Fecha última menstruación:			
Usa anticonceptivos orales, IM, DIU, otros:			
Grava, Para, Aborto:			
Cónyuges: uno / + uno:			
Examen ginecológico y Observaciones			
Atendida por: (Letra imprenta)			
Fecha del próximo examen:			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA – SISTEMA BETHESDA –OPS/OMS (Para uso de citología)			
Número de Citología:			
A- ADECUACIÓN DE LA MUESTRA			
Satisfactoria:			
No satisfactoria: (especifique)			
B- INFORME			
Resultado o Interpretación Citológica:			
C- OTROS			
Células endometriales en Pacientes mayores de 40 años:			
D- COMENTARIOS			
Nombre (Letra imprenta)			
Fecha de lectura			

INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA

A- CALIDAD DE LA MUESTRA

1. Satisfactoria	2. No satisfactoria a. Especimen no procesado b. Especimen procesado no satisfactorio	b.1 Celularidad escasa b.2 Fijación deficiente b.3 Resecación	b.4 Más del 75% de inflamación que oculta la muestra b.5 Sangre que oculta la muestra

B- INFORME O RESULTADO

NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD		NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL CON OTROS HALLAZGOS NO NEOPLASICOS	
Organismo	Herpes virus	a. Cambios celulares reactivosasociados	b. Estado glandular post-histerectomizada
Tricomona vaginalis	Vaginosos bacteriana	a: Inflamación DIU	c. Atrofia
Cándidas	Actinomyces	Radiación	

ANORMALIDADES DE LAS CÉLULAS EPITELIALES

1. Células escamosas
   a. Células Escamosas Atípicas (CEA)
      De significado indeterminado (ASC-US)
      No se puede escluir LIEAG (ASC-H)
   b. Lesión Intraepitelial Escamosa de Bajo Grado (LIEBG)
      incluye: IPVH/Displacia leve / Neoplasia intraepitelial cervical / NIC I
   c. Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG)
      incluye: Displacia moderada, Severa y Carcinoma In Situ / NIC II / NIC III
   d. Carcinoma Escamoso Celular o de Células Escamosas

2. Células Glandulares		
a. Células Landulares atípicas (AGC)	b. Células Glandulares Atípicas, probablemente Neoplasicas	c. Adenocarcinoma Endocervical In Situ (AIS)
☐ Endocervicales ☐ Endometriales ☐ No especificas	☐ Endocervicales ☐ Endometriales ☐ No especificas	d. Adenocarcinoma Endometrial e. Adenocarcinoma (No especifico)

C- OTROS

Celulas Endometriales en pacientes mayores de 40 años

Anexo 31

TOMA DE PAPANICOLAOU		
No.	**FECHA**	**INSTITUCIÓN DE SALUD**
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Esta tarjeta contiene información médica indispensable para una mejor atención de la interesada. En caso de extravío se ruega la haga llegar al Centro o Policlínica de Salud.
RECUERDE: El examen de PAPANICOLAOU debe hacerse una vez cada año.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD

TARJETA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

APELLIDOS		
PATERNO	MATERNO	CONYUGE
NOMBRES:		

No. HISTORIA CLÍNICA: _____

No. SEGURO SOCIAL: _____

No. DE CÉDULA: _____

ESTA TARJETA ES PARA EL CONTROL DE PANANICOLAOU. CUÍDELA YA QUE DEBE PRESENTARLA CADA VEZ QUE ACUDA A UNA CONSULTA MÉDICA.

IMPRENTA MINSA

No. DE CITOLOGÍA	FECHA			PAP	NOMBRE RESPONSABLE (Letra Imprenta)	OBSERVACIONES Y FECHA DEL PRÓXIMO EXAMEN
	DÍA	MES	AÑO			

Anexo 32

REPUBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institucion: Cód. 02-1268-28

APELLIDOS: PATERNO MATERNO CONYUGUE NOMBRES	No. de H.C., S.S. O Cód.
DIRECCION CALLE No. DE CASA SECTOR CORREGIMIENTO DISTRITO	TELEFONO

EDAD | ESTADO CIVIL: ☐ Casada ☐ Unida ☐ Divorciada ☐ Soltera ☐ Separada ☐ Viuda | NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MUJER: ☐ Sin Instruccion ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Técnica ☐ Universitaria | Ultimo año aprobado

TRABAJO REMUNERADO: ☐No ☐Si Hrs / D | Fuera del Hogar: ☐Si ☐No | OCUPACION DEL CONYUGUE: ☐ No tiene conyugue ☐ obrero ☐Comerciante ☐ otra ☐ Sin trabajo ☐ Tecnico ☐Profesional _____ | ☐ Estable ☐ Inestable

DATOS DE LA VIVIENDA
Número de personas que viven en la casa: _____
Número de habitaciones usadas para dormir _____
Número de personas por habitacion _____

Agua Corriente adentro de la Casa: Si ☐ No ☐

Servicio Sanitario Instalado: ☐ No tiene ☐ Comunal ☐ Individual

MOTIVO DE CONSULTA

ANTECEDENTES FAMILIARES: Detallar todo antecedente positivo.

ANTECEDENTES PERSONALES: Antecedentes anteriores al problema actual, en caso positivo, detallar indicando No.

1. Cardiovasculopatias	☐ Si ☐ No	
2. Hipertensión Crónicas	☐ Si ☐ No	
3. Diabetes	☐ Si ☐ No	
4. Bocio	☐ Si ☐ No	
5. Otras Endocrinopatias	☐ Si ☐ No	
6. TBC Pulmonar	☐ Si ☐ No	
7. Pat. Psiquiatricas	☐ Si ☐ No	
8. Enf. Venereas	☐ Si ☐ No	
9. Inflacción Pelvicas	☐ Si ☐ No	
10. Af. Vias Urinarias	☐ Si ☐ No	
11. Anemia	☐ Si ☐ No	
12. Toxoplasmosis	☐ Si ☐ No	
13. Cáncer Ginecológico	☐ Si ☐ No	
14. Varices	☐ Si ☐ No	
15. Flebitis	☐ Si ☐ No	
16. Hepatopatías	☐ Si ☐ No	
17. Traumatismos	☐ Si ☐ No	
18. Interv. Quirurgicas	☐ Si ☐ No	
19. Otros Describir	☐ Si ☐ No	

FUMA ACTUALMENTE: ☐No ☐Si No de Cigarrillos

BEBE ACTUALMENTE: ☐No ☐Si Crónico ☐Si ☐No

USA DROGAS: ☐No ☐ Si (Esp)

HCP 14

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO - GINECOLOGIA Y PLANIFICACION FAMILIAR

ANTECEDENTES OBSTETRICOS: Anotar toda aclaración en Obeervaciones

GRAVA	PARA - Veg. Ces	ABORTOS	NAC MTOS	NIÑOS VIVOS A LA FECHA	FECHA TERM. ULT. EMB			FORMA TERM, ULT. EMB
					Día	Mes	Año	

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES GINECOLOGICOS

HISTORIA MENSTRUAL: Anotar toda aclaración en OBSERVACIONES, precedida por el No. correspondiente

1. MENARQUIA A LOS años	2. F.U.M. Día	Mes	Año	3. INDICE MENSTRUAL

4. Eumenorrea ☐ Si ☐ No
5. Amenorrea ☐ Si ☐ No
6. Polimenorrea ☐ Si ☐ No
7. Oligomenorrea ☐ Si ☐ No
8. Hipomenorrea ☐ Si ☐ No
9. Hipermenorrea ☐ Si ☐ No
10. Metrorragia ☐ Si ☐ No
11. Menorragia ☐ Si ☐ No
12. Dismenorrea ☐ Si ☐ No
13. Menopausia ☐ Si ☐ No

OBSERVACIONES:

HISTORIA CONYUGAL: Anotar toda aclaración en OBSERVACIONES, precedido por el No. Correspondiente.

1. INICIO DE VIDA SEXUAL	2. No. de con yuge	3. TIEMPO CON ACTUAL	4. ACTIVIDAD SEXUAL ☐ Continua ☐ Ocasional ☐ Esporadica	5. DISPAREUNIA ☐ Si ☐ No	6. LIBIDO ☐ Normal ☐ Disminuido ☐ Aumentado	7.ORGASMO ☐ Si ☐ No

8. INFERTILIDAD CONYUGAL
☐ No ☐ Primaria
☐ Si ☐ Secundaria

9. PLANIFICACION FAMILIAR ACTUALMENTE (Si es "Si" indica el metodo)
☐ No ☐ Si
☐ Gestágeno Oral ☐ D.I.U.
☐ Ritmo ☐ Jalea, crema
☐ Condón ☐ Coito Interrupido
☐ Esterilización (Esp.) ☐ Otro (Esp.)

OBSERVACIONES

EXAMEN FISICO: En caso de anormalidades, detallar en OBSERVACIONES, indicando el No. Correspondientes

1. PESO (Kg)	2. TEMP	3. PULSO	4. PA	5. CABEZA ☐ Normal ☐ Anormal	6. OJOS ☐ Normal ☐ Anormal	7. NARIZ ☐ Normal ☐ Anormal	8. OTROS ☐ Normal ☐ Anormal	9. EX ODONT ☐ Normal ☐ Anormal

10. CUELLO ☐ Normal ☐ Anormal	11. TORAX ☐ Normal ☐ Anormal	12.PULMONES ☐ Normal ☐ Anormal	13.CORAZON ☐ Normal ☐ Anormal	14.ABDOMEN ☐ Normal ☐ Anormal	15.COLUMNA ☐ Normal ☐ Anormal	16 EXTREM ☐ Normal ☐ Anormal	17. TACTO REC ☐ Normal ☐ Anormal	18. PIEL ☐ Normal ☐ Anorma

HCP 14 (Continuar con el EXAMEN GINECOLOGICO - HCP 14A)

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

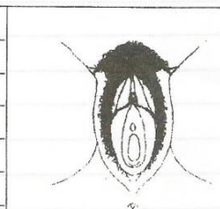
Institución:

APELLIDOS PATERNO	MATERNO	CONYUGE	NOMBRES	No. de H.C. S.S. ó Céd.

EXAMEN GINECOLOGICO

VULVA

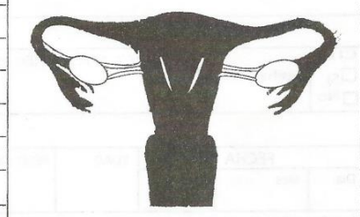
VAGINA



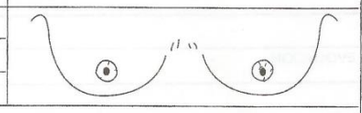
CUELLO	FROTIS	PAP	OCHILLER	BIOPSIA	COLSPOSCOPIA
	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No	☐ POSITIVO ☐ NEGATIVO	☐ Si ☐ No	☐ Si ☐ No

CUERPO

ANEXOS Y PARAMETRIOS



MAMAS



EXAMEN COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS: Al solicitar un examen poner una cruz en el casillero.

☐ Hemograma	☐ Glicemia	☐ Rx Torax	☐ Espermiograma	☐ Otro (Especificar) _____
☐ Tipaje y Fth	☐ Urinalisis	☐ E K G	☐ Histerosalpingografía	_____
☐ V D R L	☐ Heces	☐ Ultrasonografía	☐ Insuflacion	

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

	CITA	FECHA
	☐ Si ☐ No	

FECHA	NOMBRE APELLIDO (En letra Imprenta)	FIRMA

HCP 14 A

EXAMEN GINECOLOGICO Y SEGUIMIENTO

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA ☐ Sí ☐ No	Fecha	Nombre y Apellidos (En Letras de Imprenta)	FIRMA

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA ☐ Sí ☐ No	Fecha	NOMBRE Y APELLIDOS (En Letra de Imprenta)	FIRMA

IMPRENTA-SALUD

REPUBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE SALUD CAJA DE SEGURO SOCIAL

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institución: Hoja No.

APELLIDOS PATERNO	MATERNO	CONYUGE	NOMBRES	No. de H.C.,S.S. ó Céd.

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA		NOMBRE Y APELLIDOS (En Letras de Imprenta)	FIRMA
☐ Sí ☐ No	Fecha		

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA		NOMBRE Y APELLIDOS (En Letra de Imprenta)	FIRMA
☐ Sí ☐ No	Fecha		

HCP. 14B

SEGUIMIENTO-GINECOLOGIA Y PLANIFICACION FAMILIAR

FECHA			EDAD	PESO (KG.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA		NOMBRE Y APELLIDO (En letras de Imprenta)	FIRMA
☐Si ☐No	Fecha		

FECHA			EDAD	PESO (KG.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA		NOMBRE Y APELLIDO (En letras de Imprenta)	FIRMA
☐Si ☐No	Fecha		

Anexo 33

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institución

APELLIDOS: PATERNO	MATERNO	CÓNYUGE	NOMBRES	No. de H.C., S.S. ó Ced.

SI EN ESTA INSTITUCIÓN NO HAY INFORMACIÓN DEL ULTIMO EMBARAZO DE ESTA PUERPERA LLENAR EL REVERSO.

EDAD	CONTROL PRENATAL	ATENCIÓN DEL PARTO
	☐ No ☐ Sí ☐ Institución ☐ Privado	☐ Institucional ☐ Privado ☐ Otro (Esp.)

TERMINACIÓN DEL EMBARAZO

☐ Aborto ☐ Parto Espontáneo ☐ Cesárea ☐ Forceps ☐ Otra (Esp)

RECIÉN NACIDO, NACIÓ	RECIÉN NACIDO MURIÓ DESPUÉS DE NACER	SI EL NIÑO VIVE: CONTROLADO
☐ Vivo ☐ Muerto	☐ No ☐ Sí_____ días de vida	☐ Sí ☐ No

ATENCIÓN PUERPERAL: En Caso que sea necesario ampliar un dato, anotar en OBSERVACIONES indicando el número correspondiente

1. DÍAS DE PUERPERIO	2. PESO (kg.)	3. TEMPERATURA (C°)	4. PULSO	5. PRESIÓN ARTERIAL

6. MAMAS	7. LACTANCIA	8. INVOLUCIÓN UTERINA
☐ Normales ☐ Mastitis ☐ Turgentes ☐ Grietas ☐ Otro (Esp.)_____	☐ Pecho ☐ Artificia ¿Por qué?) ☐ Mixta	Normales Anormal (Esp.) _____ _____

9. CICATRIZ OPERATORIA ABDOMINAL	10. PERINE
☐ No ☐ Normal ☐ Dehiscencia ☐ Infección Otros (Esp.)_____	☐ Episiotomía ☐ Normal ☐ Dehiscencia ☐ Desgarros ☐ Infección ☐ Otra (Esp.)

11. LOQUIOS	12. SÍNTOMAS DE INFECCIÓN URINARIA	13. EVACUACIONES	14. EXTREMIDADES INFERIORES
☐ Normales ☐ Abundantes ☐ Fétidos ☐ Purulentos ☐ Otro (Esp.)_____	☐ SI ☐ NO	☐ Normal ☐ Constipación	☐ Normales ☐ Edema ☐ Várices ☐ Otro (Esp.)

15. EXÁMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS

☐ No ☐ Sí (Esp.)

Nº DEL ITEM	OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICOS:

PRÓXIMA CITA: FECHA

☐ Planificación Familiar ☐ Otra (Esp.)

FECHA Día Mes Año	NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE (Letra Imprenta)	FIRMA

HCP 13 CONTROL PUERPERAL

ESTADO CIVIL

☐ Casada ☐ Unida ☐ Divorciada
☐ Soltera ☐ Separada ☐ Viuda

NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA PUERPERA

☐ Sin Instrucción ☐ Primaria ☐ Técnica
☐ Secundaria ☐ Universitaria

Último Año Aprobado _____

ANTECEDENTES FAMILIARES: En caso positivo detallar parentesco, indicando el número correspondiente.

1. Diabetes	☐ Sí	☐ No	
2. Tbc. Pulmonar	☐ Sí	☐ No	
3. Anomalías Congénitas	☐ Sí	☐ No	
4. Otros (Describir)	☐ Sí	☐ No	

ANTECEDENTES PERSONALES: Enfermedades anteriores al actual embarazo, en caso positivo detallar indicando el Nº correspondiente.

1. Cardiopatías	☐ Sí	☐ No	
2. Hipertensión Crónica	☐ Sí	☐ No	
3. Diabetes	☐ Sí	☐ No	
4. Infecciones Urinaria	☐ Sí	☐ No	
5. Tbc. Pulmonar	☐ Sí	☐ No	
6. Intervención Quirúrgica	☐ Sí	☐ No	
7. Patologías Psiquiátricas	☐ Sí	☐ No	
8. Lúes	☐ Sí	☐ No	
9. Rasgos Falcémicos	☐ Sí	☐ No	
10. Anemia (Otra) Describir	☐ Sí	☐ No	
11. Toxoplasmosis	☐ Sí	☐ No	
12. Otros (Describir)	☐ Sí	☐ No	

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Antes de anotar una observación, indicar el Nº de orden correspondiente.

Nº DE ORDEN	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO											PATOLOGÍA DURANTE EMBARAZO		H I J O			
	FECHA		ABORTO		PARTO VAGINAL			Cesárea	Meses de Gest.	HOSPITAL				PESO AL NACER (kg.)	VIVO	MUERTO	
	Mes	Año	Esp.	Prov.	Esp.	Forc.	Otra			Si	No	Si	No			Prenatal	Post-Natal Edad
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			
														Kg.			

OBSERVACIONES:

HCP 13

Anexo 34

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRUEBA SEROLOGICA DE VIH

COD.4-02-0846-20

Instalación de Salud:	Hospitalizado ☐ Ambulatorio ☐ Sala _____	Asintomático ☐
Región de Salud:	Cama_____	Sintomático ☐

Nombre Completo			Edad	Sexo: M ☐ F ☐
Cédula ó Pasaporte	Seguro Social	No. Historia Clínica	Tel. Casa	Tel. Trabajo
Residencia Permanente (localidad):		Corregimiento	Distrito	Provincia

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Embarazo ☐	Investigaciones Judiciales ☐	Voluntario ☐	HSH ☐	HF ☐
Donantes ☐	y Médico Legales	Pre-Operatorio ☐	HT ☐	ITS ☐
Control de Salud ☐	Exposición Ocupacional ☐	CT de ITS ☐	DG ☐	TB ☐
Matrimonio ☐	Exposición Perinatal ☐	CT de VIH ☐	TCS ☐	Tr.San. ☐
Otros: _____		Abuso Sexual ☐		

Recibí orientación acerca del VIH Sí ☐ No ☐

Acepto se me realice la prueba de VIH: Sí ☐ No ☐

_____
Firma del paciente o su representante legal Cédula

Se ha realizado esta prueba antes?
Sí ☐ Fecha: _____
No ☐

Resultado de la prueba: Positivo ☐ Negativo ☐ Indeterminado ☐

Solicitado por:_____ Fecha de solicitud: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO LOCAL Y/O REGIONAL

Fecha de toma de muestra	Fecha de recibo de muestra	Fecha de envío de muestra al LCRSP	Nº de Muestra
PRUEBA RÁPIDA			
PRUEBA DE ELISA	1. Abs.	Cut off.	
	2. Abs.	Cut off.	
Observación			
Examen no realizado por:			

Firma y Sello del Tecnólogo _____ Fecha de Informe:_____

****

INSTRUCTIVO DE MOTIVO DE SOLICITUD
(Desprender el instructivo antes de entregar el formulario al paciente)

- En esta casilla se colocará el motivo por el cual se solicita la prueba, se describe el significado de las siglas:

1. CT de ITS: se refiere a toda persona contacto de un individuo con una Infección de Transmisión Sexual
2. CT de VIH: se refiere a toda persona contacto de un individuo portador del VIH
3. HSH-P: se refiere a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres cuyo factor de riesgo sea el cambio frecuente de parejas sexuales o relaciones sexuales con varias parejas a la vez
4. HT-P: se refiere a toda persona heterosexual cuyo factor de riesgo sea el cambio frecuente de parejas sexuales o relaciones sexuales con varias parejas a la vez
5. TCS: se refiere a la Trabajadora (or) Comercial del Sexo
6. DG: se refiere a las personas usuarias de drogas ilícitas
7. Tr.San.: se refiere a toda persona que ha sido transfundida o poli transfundida
8. HF: se refiere a las personas hemofílicas
9. ITS: se refiere a individuos con infecciones de transmisión sexual
10. TB: se refiere a individuos con diagnóstico de tuberculosis

NOTA: Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley No.3 General sobre las ITS/VIH/SIDA del 5 de enero de 2000, a toda persona que se le solicite la prueba se le deberá dar orientación acerca del VIH, y si acepta realizársela debe firmar en el formulario de solicitud, para dejar constancia de su consentimiento.

Anexo 35

REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

Planificación Familiar

Nombre del Centro de Salud _____

Ficha Nº: _____

Nombre de la Mujer: _____

Para uso del Paciente

Método Usado
FECHAS PARA CITAS DE CONTROL

_____

MES	1er año	2do año	3er año
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

Expedido por: _____
Firma personal de salud responsable

Fecha de expedición: _____

Anexo 36

FLUJOGRAMAS PARA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL EN UNA RED DE CONE

Leyenda de Flujogramas para Organización de Servicios

PROCESO

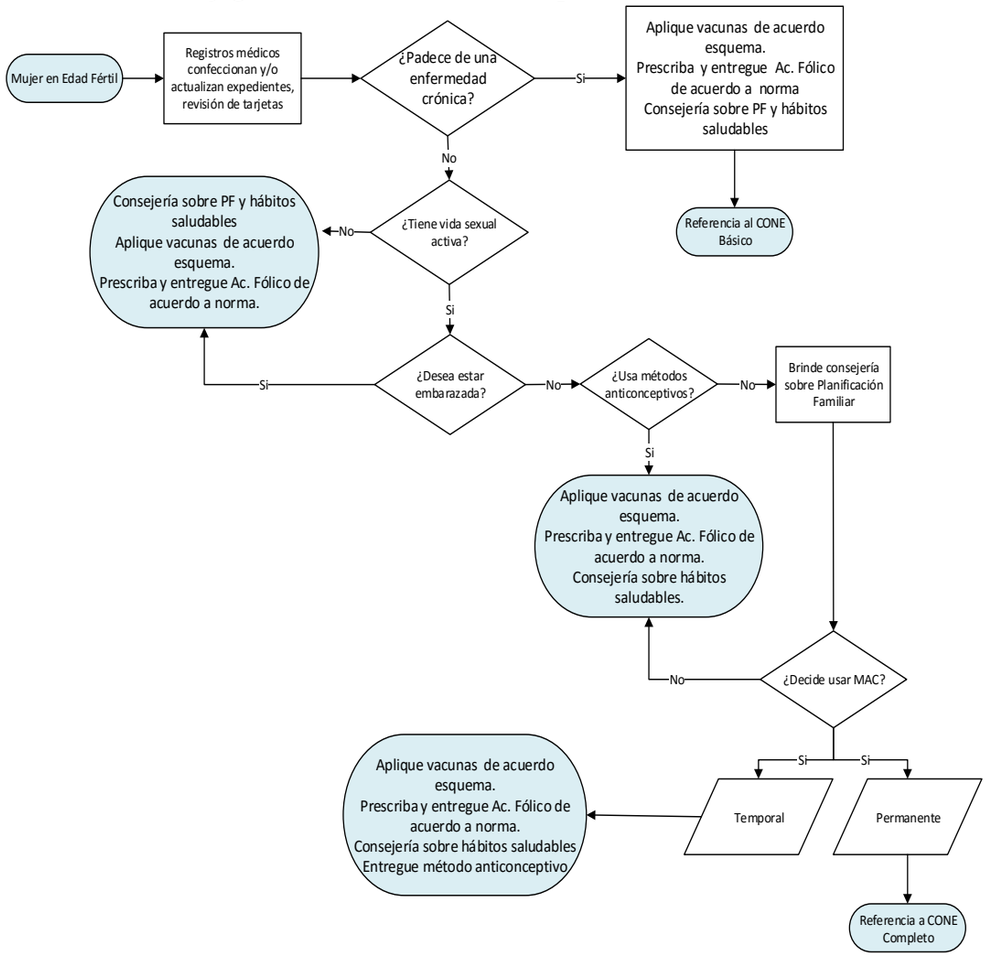
INFORMACIÓN ADICIONAL

DOCUMENTO

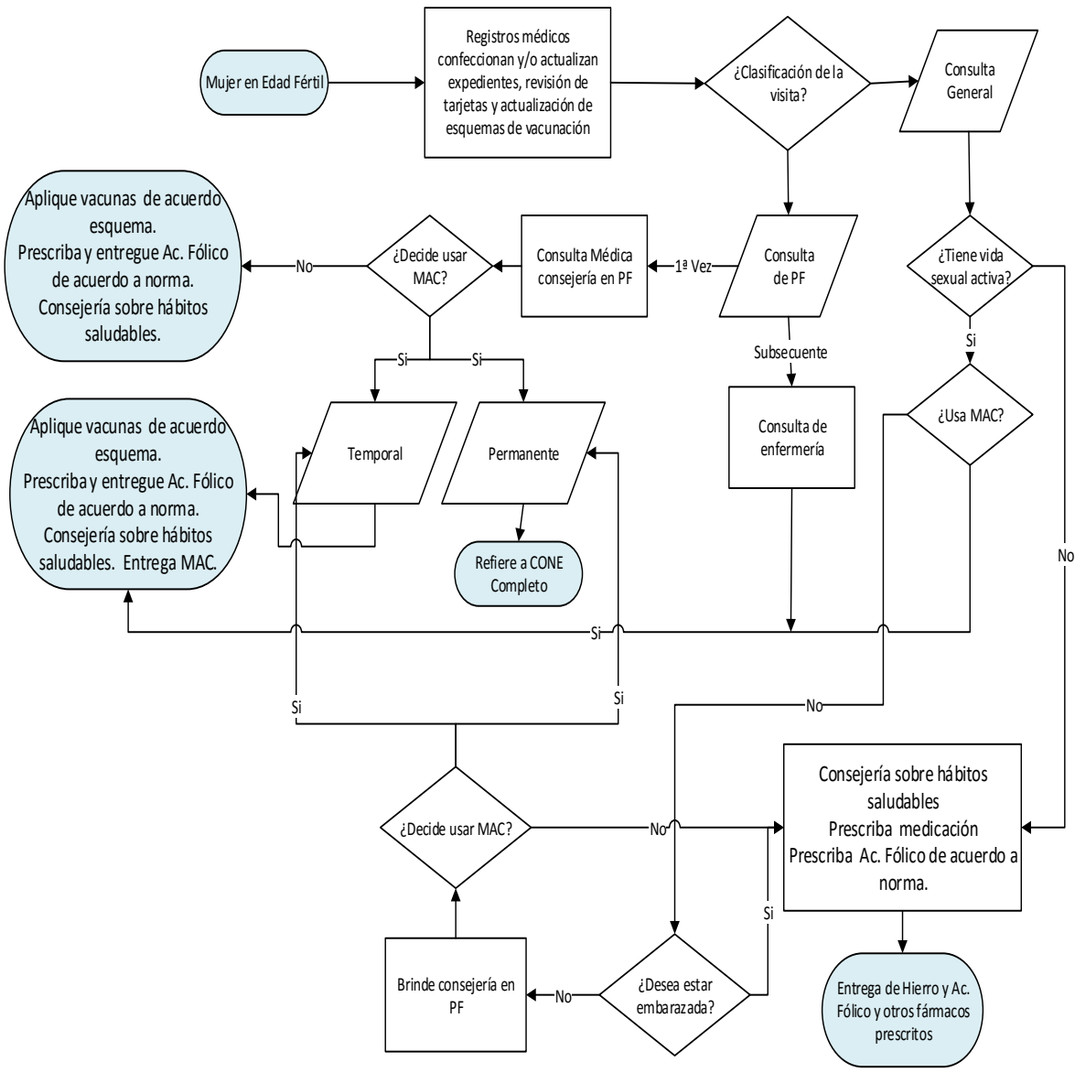
DECISIÓN

PRINCIPIO/FIN

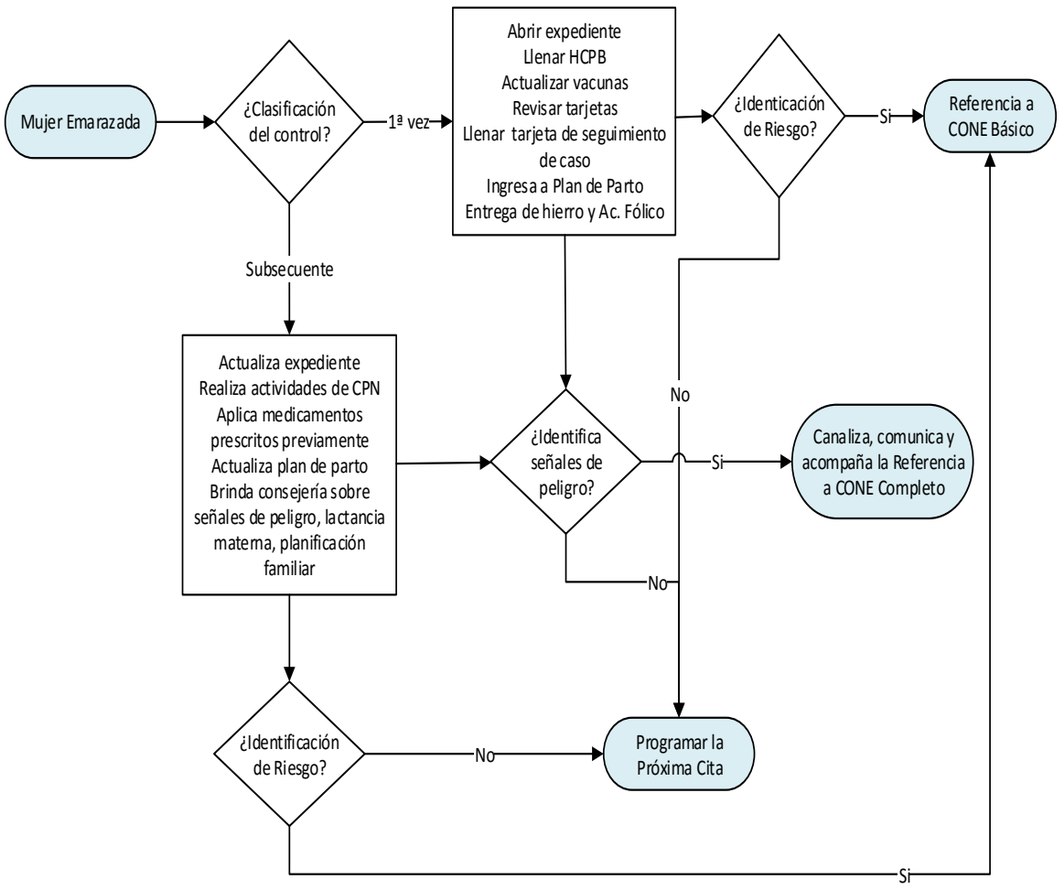
Flujograma 1. Atención Preconcepcional en CONE Ambulatorio



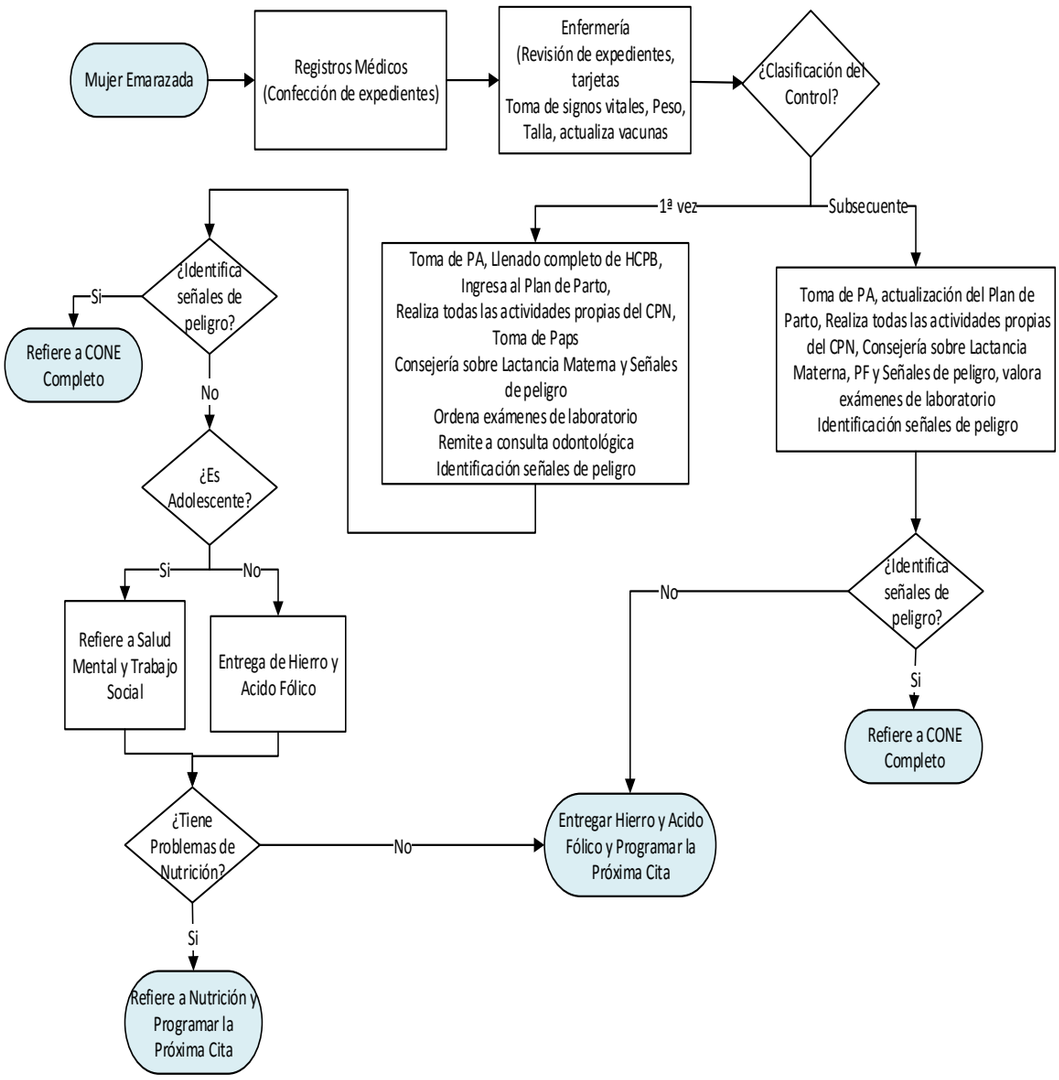
Flujograma 2. Atención Preconcepcional en CONE Básico



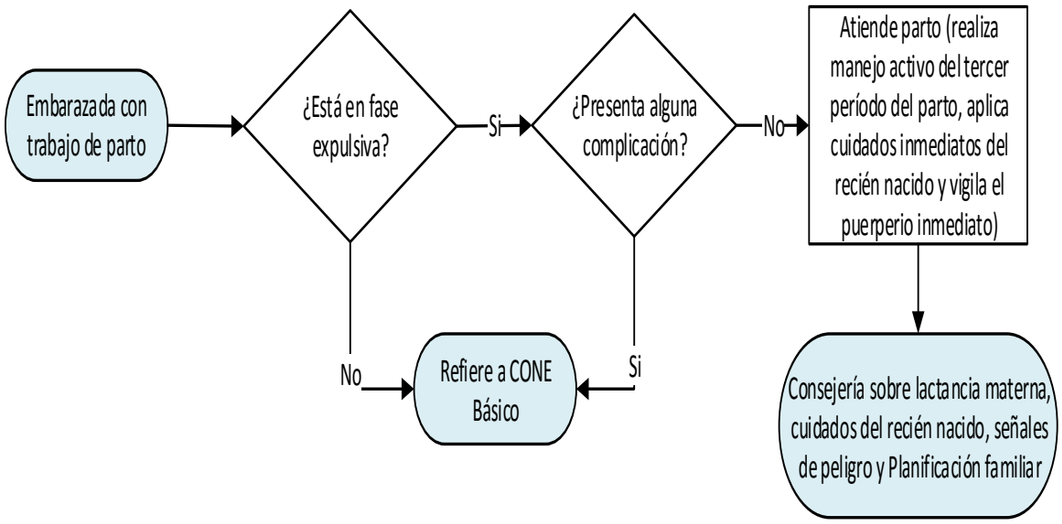
Flujograma 3. Controles Prenatales en CONE Ambulatorio



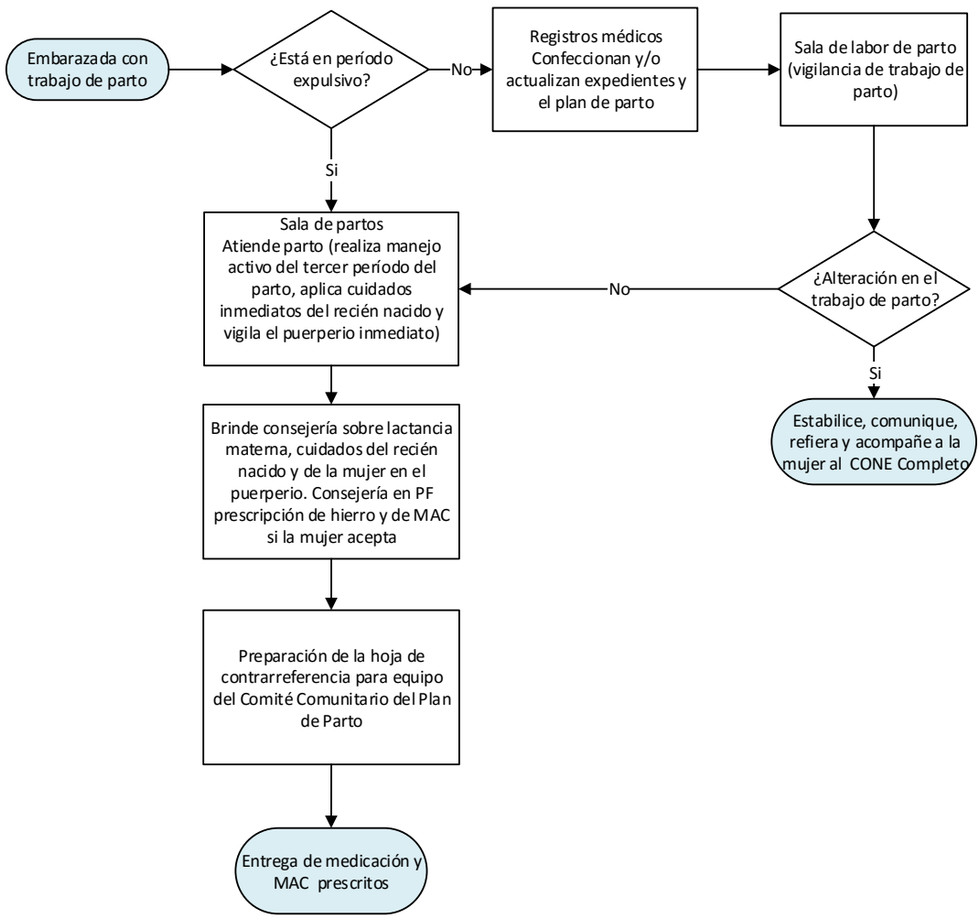
Flujograma 4. Controles Prenatales en CONE Básico



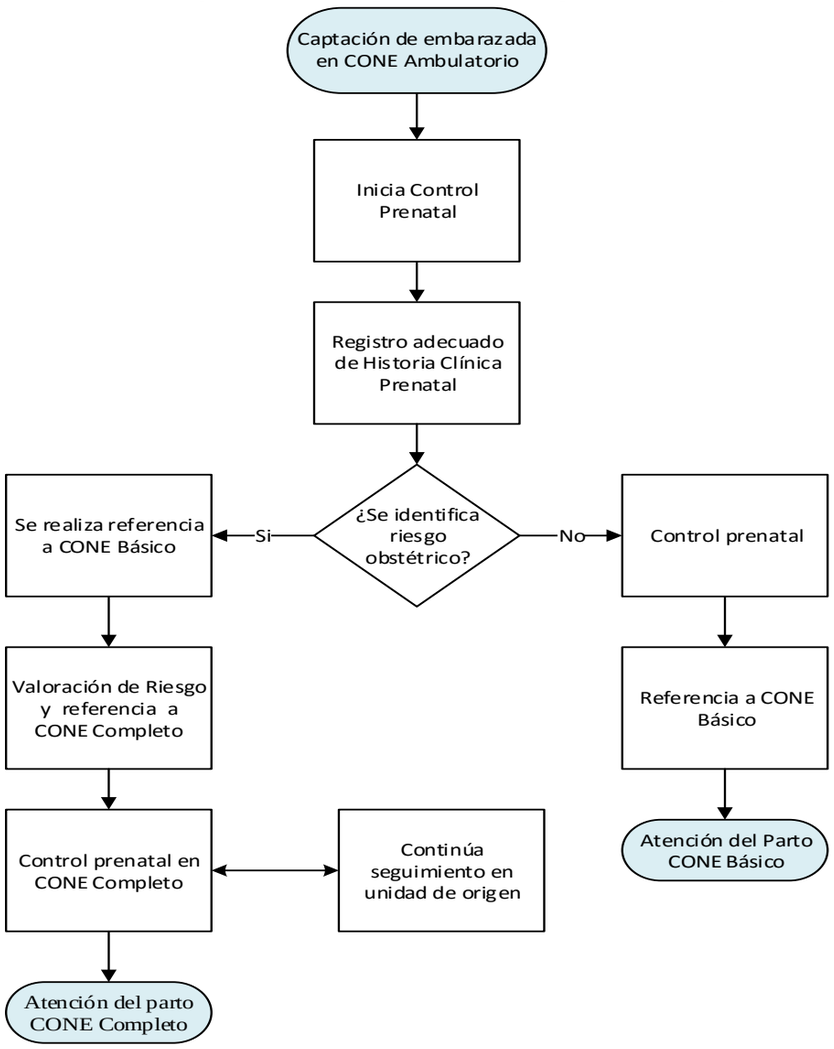
Flujograma 5. Trabajo de Parto en CONE Ambulatorio



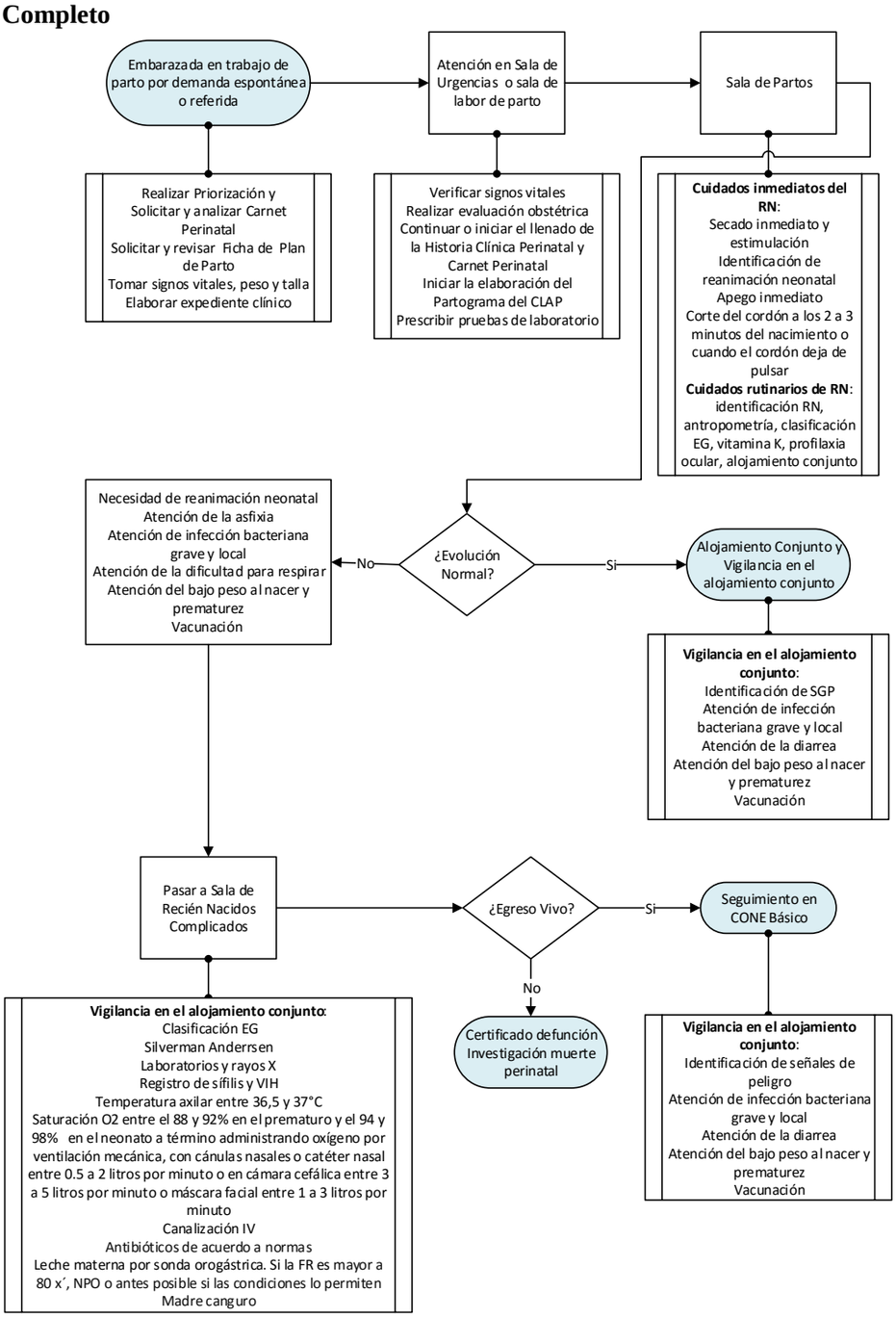
Flujograma 6. Parto en CONE Básico



Flujograma 7. Detección y Referencia Oportuna de Riesgo Obstétrico y Neonatal



Flujograma 8. Atención del RN en el Parto en las Unidades de Salud CONE Básico y Completo



Anexo 37.

A. Atención Preconcepcional

La **Atención preconcepcional** se define como el conjunto de intervenciones que se realizan a la mujer antes del embarazo para identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible, y para reducir daños o evitarlos en futuros embarazos.

Planificación Familiar
La orientación / consejería en planificación familiar se ofrece a ***todas las mujeres en edad fértil*** en todas las consultas, incluyendo aquéllas con mujeres adolescentes u otras no consideradas de urgencia o morbilidad grave. Esto incluye la oferta de servicios de orientación / consejería en las consultas pediátricas.

La orientación/consejería se ofrece utilizando los lineamientos de las Normas Técnico Administrativas de Atención Integral a la Mujer La Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de Planificación Familiar de la OMS y/o el Modelo de Orientación/Consejería en Planificación Familiar Intercultural. En el caso de los servicios de orientación/consejería para adolescentes, la base son las Guías de Integración y Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN). Los proveedores de salud deben ofrecer a la mujer una amplia gama de métodos entre los que poder decidir, a partir de una discusión directa con el proveedor.

Consulta inicial de Atención Preconcepcional
El propósito del asesoramiento en esta etapa, es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. La consulta preconcepcional consiste en una entrevista programada previa al embarazo entre una mujer (o una mujer y su pareja) y el equipo de salud, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. A continuación, en la Tabla 1, se detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres y/o sus parejas en el periodo preconcepcional:

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	**Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.**	**Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales**
Brindado por personal de: **Nivel comunitario:** Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT **Nivel institucional :** Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	**Brindado por personal de:** Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	**Brindado por personal de:** Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e institucional **Promoción Orientación/ Consejería sobre:** Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios	**Promoción/Orientación/ Consejería sobre:** Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) Prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios Elaboración del plan de parto	**Funciones de CONE básico** Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración) Realización de esterilización quirúrgica voluntaria después de un evento obstétrico y/o de intervalo Atención de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) descompensadas. Manejo de ITS complicadas
Solo Nivel Institucional **Prevención** Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	**Prevención** Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	**Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.**	**Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales**
Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles Referencia a consulta odontológica Detección, atención inicial/estabilización de complicaciones y referencia oportuna. Identificación de MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y referencia. Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración - DIU) Atención odontológica a MEF (incluye adolescentes) Detención, tratamiento inicial/estabilización y referencia de las complicaciones Atención a MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) controladas. Realiza pruebas para VIH Identificación y manejo de ITS no complicadas Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	
La atención durante el post-parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

B. Atención Prenatal

La **Atención Prenatal** es el segundo pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en detectar tempranamente el embarazo para valorar el estado de salud de la mujer y su producto y, en consecuencia, poder indicar medidas nutricionales y suplementarias adecuadas, definir el inicio o la compleción del esquema de inmunización, apoyar a la mujer y su familia con un plan educativo y controlar las posibles condiciones de riesgo o patologías que puedan presentarse en el transcurso del embarazo.

A continuación, la Tabla 2 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderá a las mujeres durante el embarazo

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Brindado por personal de:	**Brindado por personal de:**	**Brindado por**

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo

C O N E Ambulatorio **(comunitario e institucional)**	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
Nivel comunitario: Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT **Nivel institucional** : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	**personal de:** Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional **Promoción** Orientación sobre signos y síntomas de peligro Elaboración del Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	**Promoción** Orientación sobre signos y síntomas de peligro Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	**Funciones de CONE básico** Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre Identifica y maneja las complicaciones del embarazo.
Solo Nivel Institucional **Prevención** Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Evaluación nutricional, referencia si es necesario según norma Identificación de señales de peligro y/o complicaciones y referencia oportuna Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Referencia a consulta odontológica Referencia a CONE básico para exámenes de laboratorio de rutina para CPN	**Prevención** Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Identificación de señales de peligro. Estabilización, tratamiento inicial y referencia de las complicaciones Aplicación de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL/RPR Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales**.** Evaluación nutricional Atención odontológica Detección del VIH en mujeres de alto riesgo y de otras ITS.	
La atención durante la gestación será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo - MINSA, CSS (2014)		

C. Atención durante el parto

La atención a la mujer durante el parto es el tercer pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en garantizar que el personal que atiende el parto tenga las competencias (conocimientos y habilidades) y los insumos necesarios para llevarlo a cabo en forma limpia y segura, tanto para la madre, como para el bebé.

La Tabla 3 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el parto.

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto

C O N E Ambulatorio **(comunitario e institucional)**	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
Brindado por personal de: **Nivel comunitario:** Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT **Nivel institucional** : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	**Brindado por personal de:** Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	**Brindado por personal de:** Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional **Promoción** Signos de peligro durante el trabajo de parto, parto y post-parto inmediato Activación del Plan de Parto y traslado Importancia de la Atención Institucional del parto ***Prevención*** ***CCPPT:*** Activa plan de traslado de gestantes a albergue materno o instalación de CONE Básico para atención institucional del parto o de complicaciones durante el trabajo de parto y parto. Garantiza apoyo a la mujer y su familia Diagnóstico y referencia de gestantes en trabajo de parto a instalaciones con CONE básico o completo Atención del parto inminente o domiciliar y otro por inaccesibilidad, identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y referencia.	Vigilancia del Trabajo de parto, uso del Partograma Identificación de signos de peligro durante el trabajo de parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Atención del parto normal de acuerdo a normas Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de signos de peligro durante el parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Aplicación de antibióticos, oxitócicos (MATEP) y anticonvulsivantes parenterales según norma	Funciones de **CONE Básico** Identifica y maneja las complicaciones del trabajo de parto, parto, post parto inmediato Atención de la gestante referida con signos de peligro o complicaciones Manejo de los riesgos y complicaciones maternas identificadas de acuerdo a normas Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre
Solo Nivel Institucional Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de factores de riesgo y signos y síntomas de peligro durante el trabajo de parto y parto Manejo inicial/estabilización y referencia oportuna a instalación de CONE básico o completo según corresponda		
La atención durante el parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

D. Atención durante el Post parto

La importancia de la atención en el post parto inmediato y mediato radica en asegurar la calidad de vida futura de la madre y del neonato. Para ello, el personal que les atiende durante el puerperio debe tener las competencias técnicas, los insumos y los instrumentos necesarios.

La Tabla 4 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el postparto.

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto

C O N E Ambulatorio **(comunitario e institucional)**	**C O N E Básico**	**C O N E Completo**
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
Brindado por personal de: **Nivel comunitario:** Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT **Nivel institucional** : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	**Brindado por personal de:** Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	**Brindado por personal de:** Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional **Promoción** Signos y síntomas de peligros en el post parto Cuidados de la puérpera y del recién nacido Orientación sobre lactancia materna y planificación familiar Activación del plan de parto y traslado Importancia de asistir al control puerperal **Prevención** Vigilancia del post parto inmediato y mediato de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad Identificación de signos y síntomas de peligro o complicación y referencia ***CCPPT:*** Activa el plan de traslado. Garantiza apoyo a la mujer y su familia	Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y manejo inicial/estabilización y referencia Aplicación de antibióticos (sepsis), oxitócicos (HPP) y anticonvulsivantes (HIE) Consejería en cuidados de la puérpera, recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación familiar Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de métodos anticonceptivos disponibles	**Funciones de CONE Básico** Diagnóstico y manejo de complicaciones post parto Oferta de Anticoncepción Post Evento Obstétrico definitivo (Esterilización quirúrgica voluntaria, si la mujer la eligió) Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre
Solo nivel Institucional Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones y manejo inicial/estabilización y referencia Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de métodos anticonceptivos disponibles		
La atención durante el post parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención-Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

Tabla 5: Cartera de servicios y ambientes para el Recién Nacido

<table>
<tr><th colspan="2">C O N E Ambulatorio</th><th>C O N E Básico</th><th>C O N E Completo</th></tr>
<tr><td colspan="2">Atiende RN normales, estabiliza y refiere por riesgos, signos de peligro y complicaciones
Refiere al RN normal, con signos de peligro y/o complicado de parto domiciliar y del parto inminente</td><td>Atiende partos normales, identifica, estabiliza y refiere complicaciones

Brindado por equipos de:
Centros de Salud con camas MINSA CAPSI, Hospital Rural
Hospital Distrital</td><td>Atiende RN referidos con complicaciones
Resuelve Complicaciones
Dispone de Servicio de Transfusiones y
Sala de operaciones

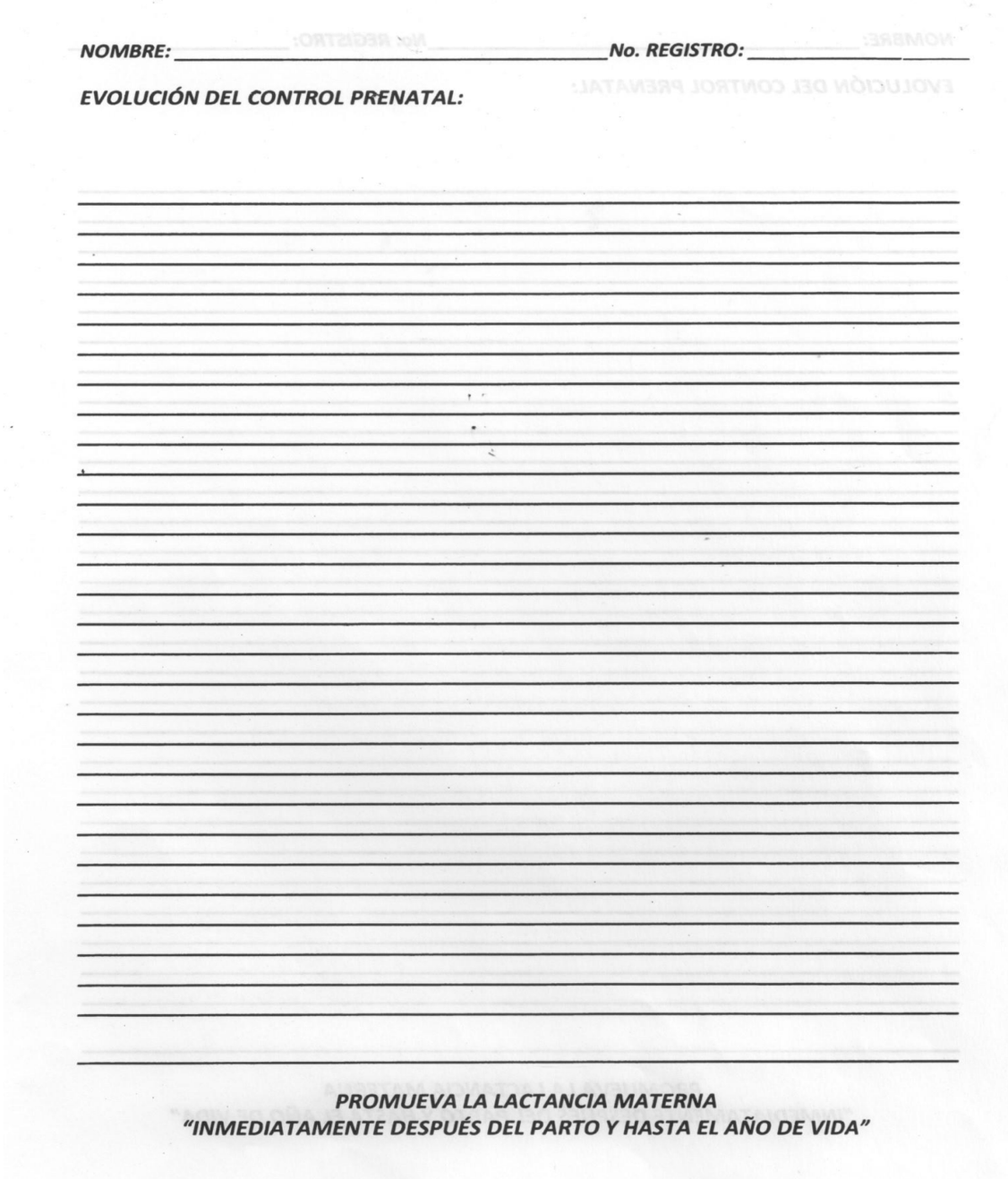
Brindado por equipos de:
Hospitales Regionales
Hospitales Generales
Hospitales Nacionales (III nivel)</td></tr>
<tr><td>En la Comunidad (Giras Itinerantes y CCPPT)</td><td>En ES (Puestos, Sub-centros y Centros de Salud)</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="4">Normal</td></tr>
<tr><td colspan="2">Cuidados inmediatos del RN de partos atendidos en período expulsivo (partos Inminentes) y Referencia Inmediata a CONE Básico.
Apego inmediato
Inmunización y cita a control
Consejería en lactancia materna y cuidados del RN

CCPPT:
Referencia a ES
Consejería en lactancia
materna y cuidados del RN</td><td>Cuidados inmediatos del RN de partos normales atendidos.
Apego inmediato
Inmunización y cita a control
Consejería en lactancia materna y cuidados del RN</td><td>Cuidados inmediatos del RN de partos normales y complicados atendidos.
Tamizaje Neonatal
Inmunización y cita a control
Consejería en lactancia materna y cuidados del RN</td></tr>
<tr><td colspan="4">Con Riesgo</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identificación de riesgos o Signos de Peligro: madre VIH +, RN con anomalías, etc.
Referencia oportuna a otro nivel.

CCPPT:
Acompañar y/o Referir a siguiente nivel de establecimiento de salud</td><td>Identificación de riesgos o Signos de Peligro: madre VIH +, RN con anomalías, etc.
Referencia oportuna a otro nivel.
Atención inmediata de Recién nacido pretérmino y traslado inmediato adecuadamente. (de acuerdo a normas)</td><td>Atención de los RN, con factores de riesgo o Signos de Peligro que fueron referidos.

Manejo adecuado de los riesgos identificados (de acuerdo a normas)</td></tr>
<tr><td colspan="4">Con Complicaciones</td></tr>
<tr><td colspan="2">Identificación de riesgos o Signos de Peligro: madre VIH +, RN con anomalías, asfixia u otras complicaciones
Referencia oportuna a otro nivel.
CCPPT:
Activa al equipo de traslado
Garantiza apoyo a la mujer y su familia</td><td>Identificación, estabilización y referencia a otro nivel, de RN nacidos Complicados: con asfixia, Síndrome de Destres Respiratorio (SDR), Síndrome de Membrana Hialina, Sepsis u otra complicación neonatal</td><td>Manejo adecuado de las complicaciones neonatales referidas: Asfixia Neonatal, SDR, Síndrome de Membrana Hialina, Sepsis, etc. (de acuerdo a normas)</td></tr>
</table>

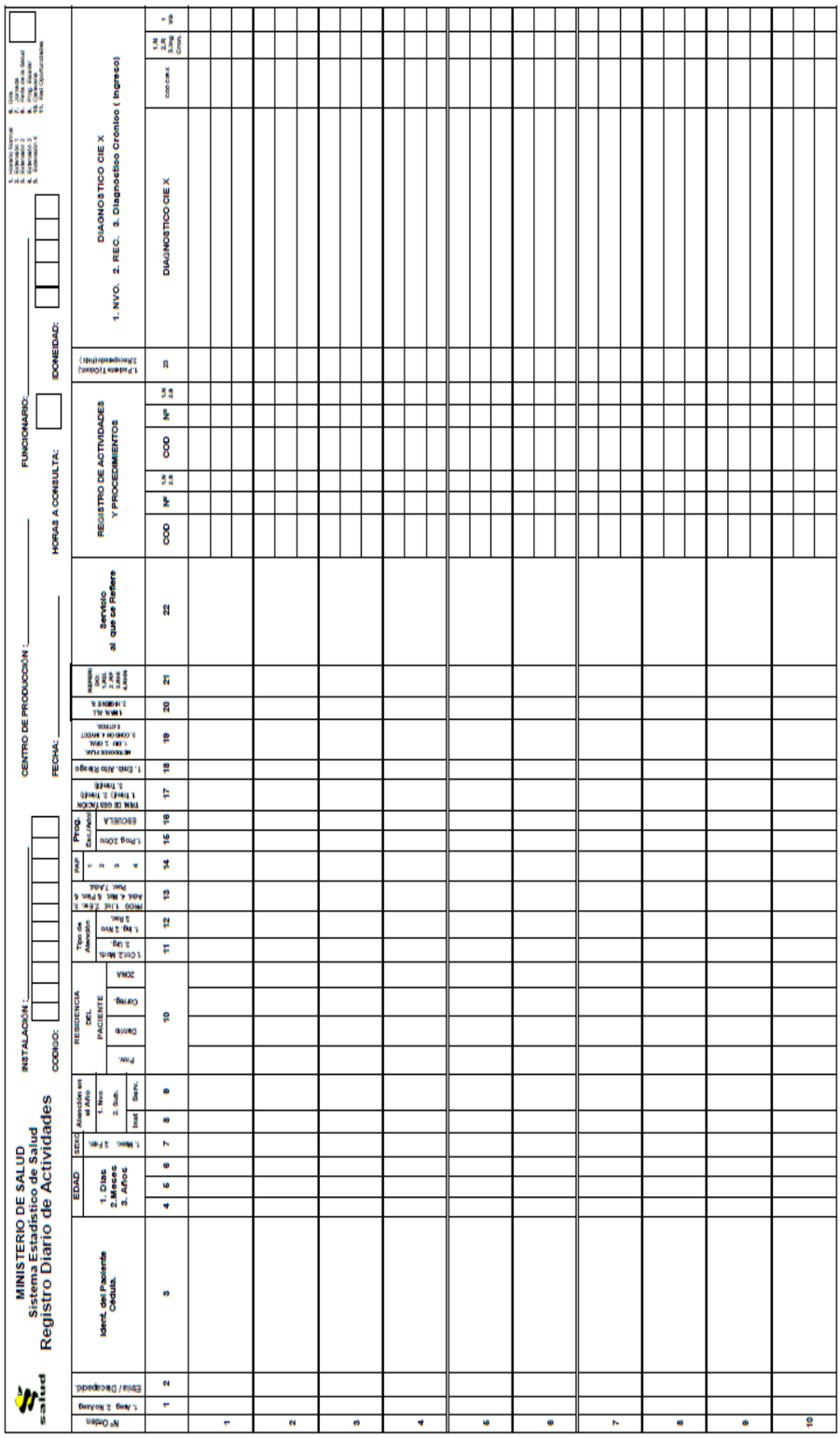
Anexo 38


NOMBRE:_____No. REGISTRO:_____

EVOLUCIÓN DEL CONTROL PRENATAL:

PROMUEVA LA LACTANCIA MATERNA
"INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO Y HASTA EL AÑO DE VIDA"

Anexo 39


MINISTERIO DE SALUD
Sistema Estadístico de Salud
Registro Diario de Actividades
INSTALACIÓN :
CODIGO:
CENTRO DE PRODUCCIÓN :
FECHA:
FUNCIONARIO:
HORAS A CONSULTA:
IDONEIDAD:
DIAGNOSTICO CIE X
1. NVO. 2. REC. 3. Diagnóstico Crónico (Ingreso)
REGISTRO DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS
Servicio al que es Referre
Ident. del Paciente Cedula:
EDAD
1. Dias 2.Meses 3. Años
SEXO
Atención en el Año
RESIDENCIA DEL PACIENTE
Prov.
Distrito
Correg.
ZONA
Tipo de Atencion
PROG. TUB. ZOON. Y Pac. A.M.I. S.Pob. Y Pac. Trab.
PROG. Prog. Salud
ESCUELA
TIPO DE DIAGNOSTICO 1.Trab 2. Trab
1.Emb. Alto Riesgo
MORBILIDAD 1.DM 2. DIA 3.ENFER. CRONIC.
1.MAL AL 2.HIERE A
VIOLENCIA 1.DOM 2.INTRA FAMI 3.VIOL SEXUAL
1.Trabaja 2.Estudia 3.Ocupación
DIAGNOSTICO CIE X
1.Nvo. 2.Rec. 3.Dg Cronico
1. Nvo 2. Rec. 3. Dg Cronico
4. Dg. Egreso
5. Dias Incapacidad
6. Defunción
7. Causa de Muerte
8. Dias Incapacidad
9. Dias Hospitalizado
10. Dias Observación
1. Ninguno
2. Primaria
3. Secundaria
4. Universitaria
5. Tecnico
6. Analfabeta
7. Otro
1. Soltero
2. Casado
3. Viudo
4. Divorciado
5. Union Libre
1. Asalariado
2. Independiente
3. Empleador
4. Ama de Casa
5. Estudiante
6. Jubilado
7. Otro
1. Urbano
2. Rural
1. Indigena
2. Afrodescendiente
3. Mestizo
4. Otro
1. Seguro Social
2. Seguro Privado
3. Mixto
4. Otro
1. Si
2. No
1. Si
2. No
1. Si
2. No

Nº Orden	1. Ases 2. No Ases	Etnia/Grupo	Ident. del Paciente Cédula.	EDAD 1. Días 2.Meses 3. Años	SEXO	Atención en el Año	RESIDENCIA DEL PACIENTE	Tipo de Atención	PAP	Prod.	REGISTRO DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	Servicio al que se Refiere	DIAGNOSTICO CIE X 1. NVO. 2. REC. 3. Diagnóstico Crónico (Ingreso)	1 Fiebre Tifoidea 2.Hipertensión
	1	2	3	4 5 6	7	8 9	10	11 12 13	14 15 16	17 18	19 20 21	22	23	
15														
16														
17														
18														
19														
20														
21														
22														

ETNIA: 1.No Indígena 2.Kuna 3.Emberá 4.Wounaan 5.Ngobe 6.Bugle 7.Naso o Teribe 8.Bokota 9.Sri Sri

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y EDUCACION

COD. TEC. EDUCATIVA	TECNICA EDUCATIVA	COD. ACT.	ACTIVIDAD	TIPO PROM.	TEMA	TIEMPO DE EJECUCION	PROGRAMA	Partícip. H	Partícip. M	LUGAR DE EJECUCION	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS: ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	Tiempo Utilizado

CODIGOS TECNICAS EDUCATIVAS:
01 Charla
02 Taller
03 Seminario Taller
04 Curso
05 Reunión
06 Entrevista
07 Sesión de Consejería
08 Sesión de Reflexión
09 Terapia Familiar
10 Exposición dialogada
11 Radio Revista
12 Radio Novela
13 Dramatización.

TIPO DE PROMOCION:
1 Estilo de vida saludable
2 Salud ambiental laboral y comunitario
3 Otros

CODIGOS Y ACTIVIDADES:
021 Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas (CAP).
022 Elaboración de materiales educativos.
023 Producción de materiales educativos.
024 Organización y educación comunitaria
025 Capacitación a recursos humanos en salud
026 Promoción y Autocuidado de la salud a nivel presencial
027 Promoción y Autocuidado de la salud a nivel de medios masivos
028 Capacitación
029 Actualización
030 Formación
031 Evaluación de las actividades de prom.y educ. en salud
111 Actividades del 026 al 030 recibidas (Equipo de Salud)

FORM. SIES 1

Anexo 40. Imágenes de Tecnologías



CINTA OBSTETRICA

Salud Materna.
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada/Estándares.
Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.
Presentación: Cinta métrica para medir la altura uterina durante el embarazo. Es una tecnología de apoyo al control prenatal para facilitar al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo. Contenido: Permite controlar el crecimiento fetal y recordar los patrones para la vigilancia de la salud materno fetal y el seguimiento de la restricción del crecimiento fetal durante el embarazo. Consta de dos lados: anverso (color blanco) y reverso (color amarillo)
Anverso: Cinta métrica de 50 cm con divisiones de medio de medio cm. Contiene técnica de medida de la altura uterina, los valores normales de altura uterina al término y los patrones de presión arterial sistólica y diastólica normal durante la gestación.
Reverso: Contiene patrones de altura uterina, ganancia de peso materno, peso fetal estimado, contracciones uterinas por hora, según edad gestacional.
Disponible en: español e inglés. Portugués en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Cinta en material sintético, inextensible y lavable.



GESTOGRAMA DE BOLSILLO

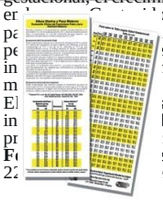
Salud Materna
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada/Estándares
Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.
Presentación: Es una tecnología de apoyo al control prenatal para facilitar al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo. Consta de dos discos de 12 cm de diámetro, uno móvil (anverso) y otro fijo (reverso) sobre el que gira el disco móvil.
Contenido: Al calendario obstétrico se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten calcular la amenorrea, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, estimar la edad del embarazo, la edad del recién nacido y verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial, la contractilidad uterina, entre otros parámetros. Disco móvil: Este disco gira sobre un calendario. Haciendo coincidir la flecha roja con el primer día de la última menstruación, su ubica la fecha correspondiente a la consulta, obteniéndose la amenorrea en semanas cumplidas. Los valores a comparar se encuentran a la izquierda de la semana encontrada: percentiles 90 y 10 de altura uterina, percentiles 90 y 25 de la ganancia de peso materno, percentiles 95 y 5 del perímetro abdominal fetal. Este disco permite detectar casos con restricción del crecimiento fetal (medidas menores que los valores más bajos que los percentiles correspondientes) o macrosomía cuando son mayores, alteraciones de la duración del embarazo, o contractilidad mayor que la correspondiente a la edad gestacional.
Reverso: Si se desconoce la fecha de última menstruación, esta cara del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embrio-fetales. A partir de la semana 20 se presentan los valores de percentiles 10 y 90 del peso fetal y el percentil 50 de la talla correspondiente a cada semana. Se acompaña de un instructivo para su uso.
Disponible en: español e inglés. Portugués en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Formato de bolsillo en cartón plastificado.



TARJETAPLASTIFICADA

Con valores normales de Altura Uterina, Ganancia de Peso Materno y del Peso Materno para la Talla durante el embarazo Salud Materna

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. TecnologíaApropiada/Estándares
Año de publicación: 1993. Actualizado en 2006.
Presentación: Plantilla plastificada de 22 cm por 9 cm dirigida a facilitar al personal de centros de salud, hospitales y hogares maternos, la evaluación del peso materno para cada edad gestacional, el crecimiento fetal y la nutrición materna durante el er[illegible]: A partir de la semana 13 se presentan, pa[illegible]cionan [illegible] a los pe[illegible] la altura uterina, los percentiles 25 y 90 de in[illegible] materno y los percentiles 10 y 90 de peso m[illegible]
El [illegible]su uso se encuentra impreso en el in[illegible]ble en: español, Portugués e inglés en pr[illegible]ia: Personal de Salud.
F[illegible]s: Plantilla en cartón plastificado de 22[illegible]so en el anverso y reverso.



TARJETAPLASTIFICADA
Con valores normales de Altura Uterina, Ganancia de Peso Materno y del Peso Materno para la Talla durante el embarazo
Salud Materna
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. TecnologíaApropiada/Estándares
Año de publicación: 1993. Actualizado en 2006.
Presentación: Plantilla plastificada de 22 cm por 9 cm dirigida a facilitar al personal de centros de salud, hospitales y hogares maternos, la evaluación del peso materno para cada edad gestacional, el crecimiento fetal y la nutrición materna durante el embarazo. Contenido: A partir de la semana 13 se presentan, en el instrumento, los percentiles 25 y 90 de la altura uterina, los percentiles 10 y 90 de peso materno para la talla.
El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento. Disponible en: Español. Portugués e Inglés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Plantilla en cartón plastificado de 22 cm por 9 cm impreso en el anverso y reverso.



TARJETAPLASTIFICADA

"SALUDSEXUAL YREPRODUCTIVA"

Salud Reproductiva/Salud de la Mujer
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada.
Año de publicación: 1994. Actualizado en 2006.
Presentación: Plantilla plastificada de 10 cm por 23 cm dirigida a apoyar al equipo de salud de hospitales y centros de salud en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva.
Contenido: Contiene información dirigida a el personal de salud sobre el diagnóstico precoz del cáncer mamario y cervicouterino y el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. También incluye información sobre anticoncepción para facilitar la orientación sobre la oferta de métodos de planificación familiar.
El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento. Disponible en: español. Portugués, inglés y Francés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Plantilla en cartón plastificado de 12.5 cm por 23.5 cm impreso en el anverso y reverso.



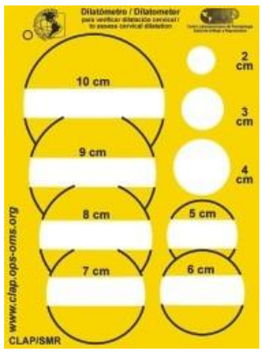
ESTETOSCOPIO FETAL ILUSTRADO

Salud Materna
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada/Estándares.
Año de publicación: 1992. Actualizado en 2006.
Presentación: Es una tecnología de apoyo para facilitar al personal de centros de salud y de salas de parto la correcta vigilancia de la salud fetal durante el embarazo y parto.
Contenido: Al estetoscopio fetal se le agregaron ilustraciones sobre la técnica de auscultación y registros de patrones normales y de desaceleración de la frecuencia cardiaca fetal a partir de la semana 20 de gestación asociada a las contracciones uterinas en el embarazo y parto, su interpretación y recomendaciones. El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento. Material de apoyo "Pancarta para el
Control clínico de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardiaca fetal durante el embarazo y el parto"
Disponible en: español, portugués e inglés.
Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Estetoscopio fetal de material plástico, ilustrado, lavable, de alta resistencia y alta conductividad acústica.



CONTROL CLINICO DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA Y DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

Salud Materna. Instrumentos para la atención y capacitación en Servicios. Tecnología Apropiada/estándares.
Año de publicación: 2006
Presentación: Tarjeta plastificada de 12.5 cm por 22.5 cm, dirigida al personal de centros de salud y de salas de parto para facilitar el control clínico de la salud fetal a través de la frecuencia cardiaca fetal y de la contractilidad uterina en el embarazo y el parto.
Contenido: Recuerda valores máximos de patrones de la contractilidad uterina detectadas por la palpación según la edad gestacional durante el embarazo, características de la contractilidad uterina durante el trabajo de parto y la frecuencia cardiaca fetal en el embarazo y entre contracciones durante el parto.
Disponible en: español y portugués. Inglés en preparación Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Formato de bolsillo de 12.5 cm por 22.5 cm en cartón plastificado impreso a colores en el anverso y reverso. Pancarta mural en tamaño de 50 cm por 50 cm.



DILATOMETRO - PLANTILLA DE POLIESTIRENE

Salud Materna.
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada.
Año de publicación: 1994
Presentación: Plantilla de 20 por 25 cm con orificios de 2 a 10 cm de diámetro con incrementos de un cm.
Contenido: Permite verificar el grado de dilatación cervical estimada por el tacto realizado por vía vaginal, así como capacitar en la estimación de la dilatación cervical.
Disponible en: español, portugués e inglés.
Audiencia: Personal de salud. Formación de personal de salud. Formatos disponibles: Plantilla de poliestirene; lavable.



CINTA NEONATAL. Componente Neonatal.
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada/Estándares.

Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.
Presentación: Cinta métrica para medir la longitud, el perímetro craneano y la circunferencia media del brazo del recién nacido al momento del nacimiento.
Contenido: Permite estimar la edad gestacional del recién nacido a través de la medida del perímetro craneano, el bajo peso al nacer a través de la medida de la circunferencia media del brazo y valorar el estado nutricional. Consta de dos lados: anverso (en color blanco) y reverso (en color rosado).
Anverso: Tiene impresa una escala de 55 centímetros con divisiones de medio centímetro. A los 9,5 centímetros tiene un trazado más grueso que alerta la estimación del bajo peso al nacer a través de la medida de la circunferencia media del brazo. En el extremo derecho presenta la técnica de medida del perímetro craneano, de la longitud y del perímetro medio del brazo.
Reverso: Contiene los valores normales máximos (P90) y mínimos (P10) de peso para la edad gestacional y los valores medianos (P50), máximos (P95) y mínimos (P5) de edad gestacional estimada en función de la medida del perímetro craneano.
Disponible en: español e inglés. Portugués en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
Formatos disponibles: Cinta en material sintético, inextensible, lavable.

TARJETAPLASTIFICADA



Con valores de ganancia de peso mínima normal esperada en niños de ambos sexos (entre 1800 g y 12 kg de peso).

Salud Infantil
Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiada/Estándares. Año de publicación: 1994.

Presentación: Plantilla plastificada de 23 cm por 6 cm conteniendo tabla de ganancia de peso correspondiente al límite inferior del patrón de incremento de peso previo confeccionado por el CLAP. Contenido: Permite estimar la ganancia de peso mínimo normal esperada en cada control según el peso en el control previo, simplificando la interpretación del incremento del peso del niño desde su último control. Aplicable en niños de ambos sexos en intervalos de 10 días hasta los 60 días de transcurrido el control previo. El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento.

Disponible en: español. Portugués e inglés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.

Formato disponible: Plantilla en cartón plastificado de 23 cm por 9 cm impreso en el anverso y reverso.



SISTEMA INFORMATICO PERINATAL (SIP)

Salud Materna/Salud Reproductiva/Salud de la Mujer/Componente Neonatal.
Instrumento para la atención y capacitación para los servicios/Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica.

Año de publicación: 2003

Presentación: Manual de uso del SIP (Publicación Científica del CLAP 1524.02, 95 páginas), Historia Clínica Perinatal, Carné Perinatal, formularios de hospitalización materna y neonatal y programas para el ingreso y el procesamiento de datos).

Contenido: El SIP aporta una hoja de ruta que orienta la atención durante la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido y permite registrar datos clínicos de consenso universal para el procesamiento computarizado de datos y la utilización local de la información.

Disponible en: Español, Portugués, Inglés y Francés Audiencia: Servicios de salud materno perinatal.

Formatos disponibles: Según la descripción de la presentación en materiales originales, o accesible a través del sitio de consulta en Internet.

Anexo 41

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
COMISIÓN NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA INFANTIL (PTMI)
TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN LA MUJER EMBARAZADA

ESTADÍO	TRATAMIENTO	ALTERNATIVO / ALERGIA A LA PENICILINA	RESPUESTA AL TRATAMIENTO
MUJER EMBARAZADA	Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas (O sea, 1.2 millones en cada glúteo, c/sem por tres semanas.) Preferiblemente 30 o más días antes del parto.	La Mujer Embarazada que sea alérgica a la "Penicilina", debe ser referida a la Clínica de INFECTOLOGÍA para que inicie la desensibilización y se le pueda administrar penicilina. De no poder, podría utilizarse Eritromicina, 500mg c/6horas durante 15 días que puede no ser suficiente para la madre, requiriendo tratamiento con Doxiciclina 200mg/día durante 15 días, tras el Parto. El tratamiento con Eritromicina a la embarazada es absolutamente ineficaz para tratar al feto, por lo que se le administrará Penicilina al niño según esquema establecido.	Evaluación cada 1 -- 3 meses. Adecuada: ↓ Ac 4 veces los valores iniciales-- 6meses de Tx. No reactividad-- - 1año de Tx. Titulos bajos persistentes— Tx en sífilis terciaria o latente. ↑Titulos de Ac, 4 veces los valores iniciales—- re-infección o recaída o neurosífilis (repetir tratamiento)

La Penicilina Benzatínica administrada Intramuscular es el antibiótico de elección.
El Tx adecuado en Embarazo debe iniciarse al tener el resultado.
Julio 2015

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
COORDINACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA
COMISIÓN NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA INFANTIL (PTMI)

TRATAMIENTO DE SÍFILIS EN LA MUJER

ESTADÍO	TRATAMIENTO	ALTERNATIVO / ALERGIA A LA PENICILINA	RESPUESTA AL TRATAMIENTO
Sífilis Primaria, Secundaria y Latente Temprana	*Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. dosis única. (O sea, 1.2 millones en cada glúteo.)*	*Eritromicina 500mg v.o. c/6 horas por 15 días. (Sífilis Precoz)*	*Evaluación cada 1 -- 3 meses. Adecuada: ↓ Ac 4 veces los valores iniciales-- 6meses de Tx.* *No reactividad-- - 1año de Tx.* *Títulos bajos persistentes— Tx en sífilis terciaria o latente.* *↑Títulos de Ac, 4 veces los valores iniciales— re-infección o recaída o neurosífilis* ***(repetir tratamiento)***
Sífilis Latente Tardía o Latente de duración desconocida	*Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades IM cada semana por 3 semanas (O sea, 1.2 millones en cada glúteo, c/sem por tres semanas.)*	*Eritromicina 500mg v.o. c/6 horas por 30 días.*	
Periodo de Lactancia	*Penicilina Benzatínica 2.4 millones de unidades I.M. en dosis única. (O sea, 1.2 millones en cada glúteo.)*	*Eritromicina 500mg v.o. c/8 horas por 15 días.*	

La Penicilina Benzatínica administrada intramuscular es el antibiótico de elección.
El Tx adecuado debe iniciarse al tener el resultado.
La dosis, presentación y duración dependerá del estadio y manifestaciones clínicas de la enfermedad.
Julio 2015

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD
COMISIÓN NACIONAL PARA LA VIGILANCIA DEL PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA TRANSMISIÓN MATERNA INFANTIL (PTMI)
TRATAMIENTO DE SÍFILIS CONGENITA

I.- Todos los niños con las siguientes características deben recibir tratamiento: • Evidencia clínica de sífilis congénita • Asintomáticos, pero cuya madre no recibió tratamiento adecuado para la sífilis materna • Asintomáticos y cuya madre fue tratada adecuadamente, pero que presenta títulos de RPR o VDRL superiores (4 veces) a los de la madre. • Asintomáticos y cuya madre fue tratada adecuadamente pero no dispone de títulos cuantificados para comparar con la madre.	Penicilina G Cristalina Acuosa: • 50,000 U/Kg /dosis IV cada 12 horas (100,000 U/Kg/día), si tiene 1-7 días de vida y a partir de los 8 días de vida continuar con • 50,000 U/Kg/dosis IV cada 8 horas (150,000 U/Kg/día), hasta completar 10 días. O Penicilina G Procainica: • 50,000 U/Kg en dosis IM cada día durante 10 días.
2. Neurosífilis: • Todo niño con VDRL reactor en el LCR, independiente de las alteraciones en la celularidad y/o en la concentración de proteínas del LCR. • El tratamiento debe mantenerse continuo durante 14 días.	Penicilina G Cristalina Acuosa: • 50,000 U/Kg /dosis IV cada 12 horas (100,000 U/Kg/día), si tiene 1-7 días de vida y a partir de los 8 días de vida continuar con • 50,000 U/Kg/dosis IV cada 8 horas (150,000 U/Kg/día), hasta completar 14 días. Es la misma dosis que la sífilis congénita, solo que el tratamiento se da por 14 días. Penicilina G Cristalina acuosa: • 200,000 a 300,000 U/Kg/día (máximo 24 millones U/día), dividido cada 4-6 horas, por 14 días. Nota: dosis para niños >1 mes.
3. Los niños asintomáticos, con examen físico normal y madres con sífilis tratada el embarazo forma adecuada por lo menos 4 semanas antes del parto y cuyos títulos de RPR O VDRL son similares o inferiores a los de la madre.	Penicilina Benzatínica : • 50,000 unidades/Kg de peso, IM, una sola dosis.
4. Los niños asintomáticos con examen físico normal, madres con sífilis tratada previa a el embarazo de forma adecuada y cuyos títulos de RPR o VDRL son inferiores o similares a los de las madres	No requieren tratamiento.
Importante: • Todo neonato o niño con diagnóstica confirmado de sífilis congénita, realizar prueba de RPR o VDRL, a los 2, 4, 6, 9, y 12 meses, después del tratamiento. • Todo niño con Neurosífilis se le realizara VDRL en LCR cada 6 meses después del tratamiento hasta que se torne negativo. • Si el paciente pierde >1 día de tratamiento, se debe re iniciar el tratamiento completo.	

Julio 2015

Anexo 42
Resultado e interpretación de las pruebas serológicas

Resultado	Interpretación
NT(-) T(-)	Ausencia de infección. Si la exposición es muy reciente se recomienda repetir las pruebas
NT(+) T(+)	Infección activa, en especial con títulos altos (>1/8) de la prueba no treponémica. A títulos bajos puede deberse a una sífilis antigua tratada.
NT(-) T(+)	En general se debe a una sífilis antigua tratada no activa. Excepcionalmente puede ser un falso positivo de la prueba treponémica.
NT(+) T(-)	Se recomienda repetir utilizando otro método de prueba; treponémica. Si continúa siendo negativa se trata de un resultado falsamente positivo de la prueba no treponémica y ausencia de infección.

ANEXO 44

Algoritmo de Tamizaje mediante la Citología Exfoliativa (PAP) en Mujeres mayores de 21 años

