

**MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**NORMAS TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS
Y DE PROCEDIMIENTOS**

PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER

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

Año 2002

MINISTRO DE SALUD

Dr. Fernando Gracia

VICE-MINISTRO DE SALUD

Dr. Alexis Pinzón

DIRECTOR GENERAL DE SALUD

Dr. Esteban Morales Van Kwartell

SUB-DIRECTOR GENERAL DE SALUD DE LA POBLACIÓN

Dr. René Bradshaw Sáenz

INDICE	PÁGINA
Colaboradores	7
I. Presentación	8
II. Propósito	9
A. Objetivos Generales	
B. Objetivos Específicos	
III. Ejecución del Programa	10
A. Unidades Técnico – Administrativas	
1. Nivel Nacional	
2. Nivel Regional	
3. Nivel local	11
B. Regionalización y sectorización de los servicios de Salud	
C. Niveles de atención	
D. Trabajo en equipo	
E. Tecnología apropiada	
F. Proyección comunitaria	
G. Programación, supervisión, evaluación	12
IV. Principios Básicos	
A. Atención Integral	
B. Educación	
C. Investigación	
D. Administración	
E. Concepto de riesgo en Salud	13
Cuadro 1. Características de la Atención según Grado de Riesgo	
V. Población Objetivo	14
VI. Equipo de Atención	
VII. Atención del Embarazo, Parto y Puerperio	
1. Objetivo General	
2. Objetivos Específico	
VIII. Estrategias para reducir las muertes maternas y perinatales	
IX. Control del Embarazo de Bajo Riesgo	16
A. Consideraciones Generales	
B. Actividades del primer control prenatal	17
C. Actividades de los controles subsiguientes	20
X. Alto Riesgo Obstétrico	22
A. Embarazo de Alto Riesgo (ARO)	23
B. Embarazo de Muy Alto Riesgo (MARO)	
C. Indicaciones generales de Atención al Alto Riesgo	24
XI. Estado Nutricional de la Embarazada	
XII. Alimentación diaria recomendada en el embarazo	26
Figura N°1. Gráfica de Incremento de Peso Materno en función de la Edad Gestacional.	27
Figura N°2. Patrones normales de la Altura Uterina en función de la Edad Gestacional.	
Tabla N°1. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según	28

semana gestacional.	
Tabla N°2. Peso para la Talla según Edad Gestacional (P10 y P90)	
XIII. Atención Institucional del Parto	30
A. Admisión en el periodo de labor.	
B. Atención en la Sala de Labor de Parto	31
C. Periodo Expulsivo	34
D. Periodo Placentario o de Alumbramiento	36
E. Revisión por Desgarros y Reparación de la Episiotomía	37
XIV. Evaluación y Atención Inmediata del Recién Nacido	38
A. Evaluación del Recién Nacido	
B. Cuidados inmediatos del Recién Nacido	39
XV. Cuidados del Puerperio Inmediato y Mediato	40
XVI. Diez Pasos para una Lactancia Materna Exitosa	43
XVII. Atención Ambulatoria del Puerperio Normal	44
XVIII. Interrupción del Embarazo por Indicación Médica	44
XIX. Indicación y Práctica de la Operación Cesárea	45
1. Antecedente	
2. Objetivo General	46
3. Objetivos Específicos	
4. Estrategias	
5. Definición de la Operación Cesárea	47
6. Tipos de Cesárea	
7. Técnica	48
8. Causas más frecuentes de Cesarea	
9. Criterios para la Toma de Decisiones	49
A. Desproporción Cefalopélvica	
B. Cesárea Previa	50
C. Sufrimiento Fetal	51
D. Ruptura Prematura de Membranas	
E. Presentación Pélvica	
10. Complicaciones de la Cesárea	
11. Antibiótico Terapia en la Operación Cesárea	
12. Requerimientos Operatorios para la Operación Cesárea	52
XX. Uso del Partograma	53
Figura N°3. Evaluación del descenso mediante la palpación abdominal	54
Figura N°4. Partograma de la OMS Modificado.	55
XXI. Atención Integral a la Mujer	56
A. Atención Ginecológica	
B. Ginecología Infanto-Juvenil	57
C. Ginecología Geriátrica	
D. Detección del Cáncer Cervico-uterino	
E. Detección del Cáncer de Mamas	58
F. Infecciones de Transmisión Sexual	59
G. Atención de la Pareja Infértil	60
XXII. Planificación Familiar	

A. Objetivo General	60
B. Objetivos Específicos	61
C. Estrategias del Programa de Planificación Familiar	
D. Componente Administrativo	63
E. Selección, Prescripción y Aplicación de Métodos Anticonceptivos	68
F. Programas Comunitarios de Planificación Familiar	69
G. Métodos Anticonceptivos	70
1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina	
2. Hormonales orales que sólo contienen progestina	72
3. Anticoncepción de Emergencia	74
4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina	76
5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina	79
6. Método hormonal subdérmico	81
7. Dispositivos Intrauterinos	83
8. Oclusión Tubárica Bilateral	87
9. Vasectomía	89
10. Condón o Preservativo	91
11. Espermicidas	92
12. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica	93
13. Método de Lactancia Amenorrea (MELA)	96
Bibliografía	98
Anexos	100
Formulario de Programación – Evaluación del Programa	101
Instructivo del Formulario de Programación – Evaluación	102
Formulario N°1. Historia Clínica Perinatal Ambulatoria	109-110
Formulario N°2. Carnet Perinatal	111-112
Formulario N°4. Historia Clínica Perinatal Intrahospitalaria	113-114
Guía para el uso correcto, flujo y monitoreo de la HCPB a nivel ambulatorio y hospitalario.	115
Tarjera de Seguimiento de Caso	118
Instructivo para el uso de la Tarjeta de Seguimiento de Caso en el Programa de Salud Integral de la Mujer	119
Tarjeta de Registro y Seguimiento de la Partera	120
Instructivo para el uso de la Tarjeta de Seguimiento de la Partera	121
Hoja de Referencia de la Partera	122
Hoja de Atención del Parto de la Partera	123-124
Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal	125
I. Antecedente	126
II. Objetivos de la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna y Perinatal	128
A. Propósito	
B. Objetivo General	

C. Objetivos Específicos	
D. Elementos esenciales del Sistema de Vigilancia	
E. Subsistemas y Procesos en la Vigilancia Epidemiológica de la Muerte Materna y Perinatal.	129
F. Definiciones	
G. Procesos Básicos	130
H. Flujo de la Información	131
I. Dinámica de Comunicación del Sistema	
1. Investigación de Muertes Maternas	
2. Investigación de Muertes Perinatales	133
J. Indicadores del Sistema de Vigilancia	134
1. Indicadores de Seguimiento	
2. Indicadores de Evaluación	
III. Miembros y Funciones de las Comisiones según Niveles.	
A. Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal	
A ₁ . Funciones de la Comisión Nacional	135
B. Comité Regional de Mortalidad Materna y Perinatal	
B ₁ . Funciones del Comité Regional	
B ₂ . Funciones Específicas de los Miembros del Comité Regional	136
C. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalaria	
C ₁ . Funciones del Comité Hospitalario	137
C ₂ . Nivel Hospitalario Funciones Específicas	
D. Nivel Local	138
D ₁ . Funciones del Nivel Local	139
Anexo N°1. Formulario de Auditoría de Muerte Materna	140-144
Anexo N°2. Formulario de Autopsia Verbal	145-148
Anexo N°3. Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal	149-153
Certificado de Defunción	154

COLABORADORES

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

En una segunda etapa en el nivel central se realizó un proceso extenso de revisión de bibliografía con énfasis en la consulta de lineamientos técnicos de Organismos Internacionales de relevancia en el campo de la salud reproductiva, así como de Normas técnicas y Manuales de otros países con la intención de comparar los contenidos y considerar la integración en el documento de aquellos elementos que se consideraron útiles y valiosos para actualizar las normas desde el punto de vista científico, enriquecerla como manual de procedimientos e incluso para mejorar aspectos gerenciales del programa.

La revisión final previa a su publicación se realizó a través de un taller nacional que tuvo lugar en el mes de abril del año 2002. A continuación se listan los nombres de todos los colaboradores en la revisión y actualización de este documento.

Dr. Jaime Caballero	Dr. Alfredo Juncá
Dr. Carlos Fernández	Dra. Sara Campana
Dr. Nestor Garibaldo	Dra. Marta Puga
Lic. Cornelia López	Dr. Jorge Polanco
Dr. José Rodrigo Gutierrez	Dr. Juan Ramón de Roux
Dr. Jacinto González	Dr. Raúl Bravo
Dra. Nery González de Campos	Dra. Eyra Ruíz
Dra. Cristobalina Campos	Dra. Ruth de León
Dr. Omar Weber	Lic. Siria de Robinson
Lic. Gladys de Gómez	Lic. Toribia Venado
Dr. Luis Omar Caballero	Lic. Hermelinda Rodriguez
Lic. Vielka de Batista	Lic. Margarita Griffith
Dr. José Luis Segovia	Dra. Migdalia de Frías
Dr. Jussef Samara	Dra. Aris de Mendieta
Dr. Samuel Delgado	Dr. Eric Díaz
Lra. Liliana Barrios	Lic. Adela de Ayarza
Lic. Nidia Garrido	Dr. Francisco La Gruta
Dr. José Gómez	Lic. Odalis Sinisterra
Lic. Gloria de Littman	Lic. Amarelis Quintero
Lic. Rosa Cerceño	Dra. Amoy Chong Ho
Lic. Alfredo González	Dra. Magalli M. de Zevallos

I. PRESENTACIÓN

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

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

A su primera parte se le han agregado aspectos detallados de los procedimientos en la atención del parto, nuevas directrices para prevenir las episiotomías innecesarias, lineamientos para garantizar el uso sistemático del partograma y lineamientos técnicos para la indicación y práctica de la cesárea con la implementación de la estrategia de la segunda opinión, como medida para controlar las tendencias al abuso de la operación cesárea en las unidades de atención obstétrica. Se han introducido al documento directrices normativas dirigidas a mejorar la calidez y humanización en la atención de la embarazada a fin de que lograr la mayor satisfacción posible dentro de las posibilidades de nuestras instituciones.

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

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

Las Guías para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal se han integrado al Documento de Normas del Programa de Salud Integral de la Mujer por decisión de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal por considerarlo conveniente y coyuntural. Su inclusión facilitará su divulgación y fortalecerá las acciones de vigilancia y análisis epidemiológico que conlleve a la prevención y reducción de la morbi-mortalidad materno-perinatal

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

II. PROPÓSITO

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

A. OBJETIVOS GENERALES

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

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Disminuir las tasa de morbi-mortalidad materna y perinatal
2. Brindar atención integral, temprana, periódica, completa y oportuna, con amplia cobertura a las embarazadas.
3. Ofrecer atención especial a las embarazadas de alto y muy alto riesgo obstétrico y perinatal.
4. Promover el buen estado nutricional de la embarazada.
5. Reducir la incidencia de recién nacidos de bajo peso.
6. Identificar y controlar los factores de riesgo que condicionan la salud bucal.
7. Mejorar la calidad del diagnóstico prenatal de las patologías fetales
8. Promover la detección precoz y orientación a individuos con riesgo de transmitir enfermedades hereditarias.
9. Eliminar el Tétanos Neonatal, la Sífilis Congénita y el Síndrome de Rubeola Congénita.
10. Extender la cobertura de atención del parto institucional y mejorar la calidad de la atención del parto y del recién nacido.
11. Fortalecer la vigilancia de la práctica de la operación cesárea a nivel institucional.
12. Mejorar la calidad de la atención del puerperio inmediato y ampliar las coberturas del puerperio tardío.
13. Asegurar el apego inmediato del recién nacido al pecho materno y promover el alojamiento conjunto.
14. Promover las acciones de capacitación y educación dirigidas a mantener e incrementar la lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses.

15. Realizar la vigilancia epidemiológica de la mortalidad materna y perinatal
16. Mejorar el sistema de información perinatal
17. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer ginecológico
18. Extender las coberturas e intensificar la promoción, prevención y diagnóstico de las lesiones preinvasoras del cáncer del cuello uterino
19. Disminuir la morbi-mortalidad por cáncer de mamas
20. Proporcionar a la población los conocimientos y los medios para regular la fecundidad
21. Disminuir la incidencia de embarazos no deseados y del aborto
22. Promover el estudio y tratamiento de la pareja infértil
23. Asegurar la vigilancia, tratamiento y control de las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH/SIDA de acuerdo a las normas específicas.
24. Promover la educación en sexualidad humana y salud reproductiva a toda la población, haciendo énfasis en los adolescentes y reforzando el autocuidado de la salud
25. Disminuir la morbilidad asociada a la Menopausia y el Climaterio
26. Supervisar, monitorear y evaluar periódicamente las acciones del programa en todos los niveles y el cumplimiento de las normas de atención.
27. Asegurar el desarrollo programado de actividades de educación continua al recurso humano responsable de la atención de la mujer, las embarazadas y los recién nacidos.
28. Diseñar y ejecutar investigaciones en los diversos campos de la salud reproductiva y sexual, incluyendo aspectos nutricionales, de género, violencia intrafamiliar y otros.

III. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

A. UNIDADES TÉCNICO – ADMINISTRATIVAS

1. Nivel Nacional

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

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

2. Nivel Regional

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

El equipo coordinador, en conjunto con las unidades de desarrollo humano 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, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-centros y Puestos de Salud), con participación de todo su equipo de salud, tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa en todos sus componentes. El Director Médico asegurará la adecuada y óptima utilización de los médicos especialistas y médicos generales, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, nutricionistas y otros miembros del equipo de salud.

B. REGIONALIZACIÓN Y SECTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

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

C. NIVELES DE ATENCIÓN

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

D. TRABAJO EN EQUIPO

El equipo de salud está integrado por médicos generales y especialistas, enfermeras generales y especializadas, auxiliares de enfermería, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, técnicos de laboratorio, técnicos y auxiliares de registros médicos, inspectores de saneamiento ambiental, secretarías, personal de aseo y otros funcionarios administrativos y técnicos de acuerdo a los recursos existentes en cada instalación de salud.

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

E. TECNOLOGÍA APROPIADA

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

F. PROYECCIÓN COMUNITARIA

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

G. PROGRAMACIÓN, SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN

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

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

IV. PRINCIPIOS BÁSICOS

A. Atención Integral

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

B. Educación

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

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

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

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

C. Investigación

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

D. Administración

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

E. Concepto de Riesgo en Salud

Es la probabilidad de que individuos, grupos o comunidades padezcan enfermedades o daños de origen biológico, psicológico o social, o que la interacción de los factores de riesgo aumente la probabilidad de una evolución desfavorable del embarazo, parto o puerperio, así como de la morbi-mortalidad perinatal y del crecimiento y desarrollo post-natal. Este concepto aplica por igual a la morbi-mortalidad ginecológica.

La aplicación de este enfoque de riesgo en la atención favorecerá la identificación oportuna de acciones de prevención primaria y primordial dirigidas a poblaciones o grupos vulnerables.

CUADRO 1. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN SEGÚN GRADO DE RIESGO

Nivel de Riesgo	Nivel de Atención	Tipo de Institución	Tipo de Personal	Tecnología
Bajo Riesgo (B.R.)	Primario	Puesto de Salud Sub-Centro de Salud Centro de Salud ULAP Policlínica	Ayudante de Salud Auxiliar de enfermería Enfermera General Enfermera Obstetra Médico General Gineco- Obstetra Odontólogo Nutricionista Trabajador Social	Métodos clínicos y de Laboratorio
Alto Riesgo (A.R.)	Secundario	Centros de Salud con especialistas Clínicas de Alto Riesgo Hospitales Regionales	Enfermera Obstetra Gineco- Obstetra Otros Especialistas	Métodos clínicos y de Laboratorio Mayor complejidad tecnológica Ultrasonido, Monitor fetal Colposcopio Mamógrafo
Muy Alto Riesgo (M.A.R.) (No abordable por el nivel anterior)	Terciario	Hospitales Nacionales Otros Centros Especializados ej. Instituto Oncológico Nacional	Enfermera Obstetra Enfermera Pediátrica Gineco-Obstetra Pediátras, Neonatólogos Oncólogos Otros especialistas	Métodos clínicos, Electroquímicos y otros de mayor complejidad Equipo de alta tecnología

V. POBLACIÓN OBJETIVO

1. Embarazadas
2. Recién nacidos desde su nacimiento hasta el momento de su egreso.
3. Puérperas. La atención puerperal abarca hasta los 42 días de finalizada la gestación.
4. Madres que lactan
5. Mujeres no embarazadas de cualquier edad que requieran atención ginecológica
6. Personas de ambos sexos con necesidades de atención para la regulación de la fecundidad
7. Individuos y parejas con problemas de infertilidad

VI. EQUIPO DE ATENCIÓN

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

VII. ATENCIÓN DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO

1. OBJETIVO GENERAL

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

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

VIII. ESTRATEGIAS PARA REDUCIR LAS MUERTES MATERNAS Y PERINATALES

1. Cumplir y hacer cumplir las Normas establecidas y reforzar la capacitación del equipo de salud en aspectos de salud materno-perinatal.
2. Extender las coberturas y la captación temprana de la embarazada, así como la calidad de la atención del embarazo, parto y puerperio.
3. Asegurar la identificación del alto riesgo obstétrico y perinatal y su referencia oportuna a un nivel de mayor complejidad.
4. Establecer consultas o clínicas de embarazo de alto riesgo obstétrico y perinatal en los Hospitales Regionales y Nacionales, Policlínicas y Centros de Salud seleccionados, que cuenten con el necesario recurso especializado y tecnológico.
5. Reforzar la calidad de la monitorización materna y fetal con métodos clínicos y tecnológicos.

6. Promover la creación y disponibilidad de Unidades de Cuidados Intensivos especializadas para el cuidado de las complicaciones del embarazo y del parto.
7. Reforzar la educación y orientación de la embarazada enfatizando los cuidados del embarazo, la lactancia materna exclusiva, la importancia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar y procurar la incorporación de la pareja en la educación.
8. Desarrollar programas de captación, capacitación y seguimiento de parteras tradicionales para asegurar, en áreas de difícil acceso, un parto limpio y adecuada atención del recién nacido; la identificación y derivación oportuna de los embarazos y partos de alto riesgo.
9. Mantener un Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna a través de los Comités de Muerte Materna Nacional, Regionales/Locales e Institucionales, para la investigación y análisis de la casuística en cumplimiento del Resuelto N° 49 de 7 de Mayo de 1998 que define la Muerte Materna como un evento de registro e investigación obligatoria.
10. Descartar oportunamente la restricción en el crecimiento fetal a través de la vigilancia del aumento de la altura uterina y de la ganancia de peso materno según la edad gestacional.
11. Descartar el embarazo en toda mujer en edad fértil, antes de ordenar un examen radiográfico
12. Inmunizar a la población femenina en edad fértil no embarazadas contra la Rubeola, así como a toda puérpera no inmunizada. Inmunizar a la población femenina en edad fértil y a las embarazadas contra el Tétanos según las Normas del PAI.
13. Diagnosticar precozmente y tratar la Sífilis en el embarazo de acuerdo a las Normas de Infecciones de Transmisión Sexual.
14. No utilizar medicamentos teratogénicos en las gestantes.
15. Prevención de malformaciones congénitas mediante la suplementación con ácido fólico a mujeres en edad fértil y a embarazadas desde el primer trimestre.
16. Orientar, asesorar y referir a embarazadas mayores de 35 años, con énfasis en aquellas con antecedentes, a servicios especializados para estudios genéticos
17. Educar a la población y en especial a las parejas sobre las enfermedades hereditarias, con énfasis en la Anemia Falciforme.
18. Aplicar medidas que disminuyan la morbi-mortalidad asociada a la prematuridad:
 - a. Diagnóstico precoz y manejo oportuno y adecuado de la Amenaza de Parto Prematuro. (Ver Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Vol. I).
 - b. Evaluación de la embarazada con antecedente de Cesárea a las 36 semanas de gestación, a fin de evitar la prematuridad iatrogénica.
19. De contar con el recurso, es recomendable realizar al menos una evaluación ultrasonográfica a toda gestante en control, incluyendo las de bajo riesgo.
20. Realizar sistemáticamente la evaluación pelvométrica de la embarazada durante el control prenatal para disminuir el riesgo de traumas y muerte por Desproporción Cefalopélvica.
21. Cumplir las normas de vigilancia de la labor, la atención del parto y del recién nacido para evitar la hipoxia y traumas perinatales.
22. Aplicar las medidas de asepsia en la atención del parto.
23. El personal más calificado disponible ejecutará las instrumentaciones y las maniobras obstétricas.
24. Iniciar el contacto piel a piel entre la madre y el recién nacido inmediatamente después del nacimiento; la lactancia materna deberá iniciarse durante la primera media hora postparto y deberá promoverse y mantenerse de forma exclusiva hasta los 6 meses de edad.
25. Mantener en la sala de partos equipo adecuado para la reanimación del recién nacido deprimido y de la madre.

26. Capacitar y mantener actualizado a todo el personal médico y paramédico involucrado en la atención del parto, en la técnica de Reanimación Cardiopulmonar del recién nacido deprimido.
27. Referir oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad todo caso de riesgo perinatal que lo requiera.
28. Realizar investigaciones epidemiológicas de la mortalidad perinatal.

IX. CONTROL DEL EMBARAZO DE BAJO RIESGO

A. CONSIDERACIONES GENERALES

1. Se debe procurar captar al 100% de las embarazadas; un 80% de éstas deberán captarse durante el primer trimestre del embarazo o al menos antes de las 20 semanas de gestación.
2. El personal médico, de enfermería, Educador para la Salud, Nutricionista, Trabajador Social, Inspectores de salud, los agentes comunitarios como Promotores de Salud, Parteras Comunitarias, Líderes comunitarios, en toda oportunidad de contacto con la comunidad promocionarán la atención prenatal y la lactancia materna, informando sobre sus ventajas y haciendo énfasis en su papel en la prevención de la muerte materna y perinatal.
3. Toda mujer que consulte por embarazo o por sospecha de embarazo, deberá ser atendida en el momento que solicite la atención por el personal médico o de enfermería u otro proveedor disponible capacitado. No debe posponerse injustificadamente la captación e ingreso para una próxima consulta.
4. La captación e ingreso al programa será realizada por el personal capacitado disponible de acuerdo al tipo de instalación: médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras, auxiliares de enfermería, ayudantes de salud.
5. Se registrará como primera consulta prenatal aquella en donde se confirme el embarazo ya sea por examen clínico o de laboratorio.
6. No debe utilizarse estrógeno-progesterona para el diagnóstico del embarazo, ni debe ordenarse de rutina una prueba de embarazo.
7. El control prenatal será llevado de preferencia, por el personal más capacitado disponible en la institución, tomando en cuenta además la demanda de consultas y el grado de riesgo de las pacientes. No obstante, todo el personal de salud capacitado, médico o de enfermería, puede atender el control del embarazo de bajo riesgo, en cualquier trimestre del embarazo.
8. En áreas de difícil acceso, el ayudante de salud y el o la partera capacitada podrán atender el control prenatal de bajo riesgo.
9. El personal de salud deberá estar orientado sobre la labor que realizan los ayudantes de salud y los o las parteras de su área, reconocer la Hoja de Referencia de la Partera y la Hoja de Registro de Parto de la Partera; darle prioridad a estos casos y coordinar el registro de esta información.
10. La evaluación clínica de la gestante a su ingreso y la evolución de su embarazo determinarán la clasificación de la embarazada de bajo riesgo, de alto riesgo o de muy alto riesgo materno o perinatal.
11. La Historia Clínica Perinatal Base Ambulatoria, la Tarjeta de Control Prenatal, la Hoja de Registro de la Altura Uterina y de Ganancia de Peso Materno son de uso obligatorio para el seguimiento de la embarazada y todo el personal es responsable de su llenado y flujo correcto durante todas las fases de la atención materna y perinatal.

12. La embarazada de alto y muy alto riesgo debe ser evaluada, al menos una vez, por un ginecólogo obstetra y de ser necesario, debe ser referida a un nivel de atención superior.
13. Se deberá cumplir con el esquema de controles del embarazo según la edad gestacional en la cual se capta a la paciente. Debe enfatizarse a la paciente la importancia de la asistencia regular a control prenatal.
14. Deberá llevarse el tarjetario de seguimiento de casos de todas las embarazadas y se localizará vía telefónica u otra o se realizará visita domiciliar a toda embarazada que no acuda a 2 o más citas de control prenatal.
15. Las embarazadas deben ser aconsejadas rutinariamente a observar síntomas o signos inusuales y a reportarse a la clínica inmediatamente aun si no tienen cita programada. Estos síntomas incluyen:
 - a. Sangrado vaginal en cualquier etapa del embarazo
 - b. Contracciones uterinas no fisiológicas antes de término
 - c. Pérdida de líquido amniótico en paciente que no está en labor
 - d. Aumento rápido de peso (2 libras o más por semana)
 - e. Dolor de cabeza frontal o sobre los ojos
 - f. Trastornos de la visión (visión doble, borrosa, manchas)
 - g. Edema (particularmente en las manos y la cara)
 - h. Dolor epigástrico, especialmente asociado a vómitos en el tercer trimestre.
 - i. Disminución o ausencia de movimientos fetales, sobre todo en embarazo a término.
16. Toda embarazada que acuda a su primer control después de las 28 semanas, se le completará su evaluación clínica y de laboratorio en un periodo no mayor de 8 días y los controles subsiguientes se harán de acuerdo al riesgo definido.
17. Pasadas las 41 semanas de gestación, si no ha ocurrido el parto, la embarazada deberá ser referida por el médico tratante, por medio de referencia, al hospital o a un centro especializado (clínica de alto riesgo) para su evaluación. Si la paciente regresa a su médico tratante deberá enviarse la correspondiente contra-referencia.
18. Los controles de la embarazada se distribuirán entre médicos y enfermeras de la siguiente manera:

N° de Controles	Edad Gestacional	*Recurso de preferencia
Primer control	Menos de 12 semanas	Médico o Enfermera
Segundo control	16 semanas	Médico
Tercer control	22 semanas	Enfermera
Cuarto control	28 semanas	Médico
Quinto control	32 semanas	Enfermera
Sexto control	35 – 37 semanas	Médico o Enfermera
Séptimo control	38 – 40 semanas	Médico

***Esta distribución del recurso es flexible, de acuerdo a las posibilidades de la instalación de salud.**

17. El costo de los exámenes generales solicitados a la embarazada no asegurada no deberá constituirse en una barrera para la atención. La accesibilidad a los mismos deberá asegurarse a través de paquetes a costo mínimo o deberá ser gratuita de acuerdo al grado de postergación del área o accesibilidad económica de la paciente.

B. ACTIVIDADES DEL PRIMER CONTROL PRENATAL

1. Se abrirá el expediente de la embarazada con:

- a. Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) Ambulatoria.
 - b. Tarjeta de Control Prenatal (HCPB)
 - c. El personal de Registros Médicos y Estadísticos llenará el encabezado y datos generales cuidando de anotar el Código de la Instalación de Salud y la Cédula de la Paciente tanto en la Hoja para la consulta como en la Tarjeta de Control Prenatal
 - d. Hoja de Curva de Ganancia de Peso y Altura Uterina
 - e. Una hoja en blanco para pegar los resultados de Laboratorios
2. El Médico o la Enfermera, o quien provea la atención, llenará exhaustiva y correctamente los datos de la misma, tanto en la HCPB Ambulatoria como en la Tarjeta de Control Prenatal y entregará la última a la paciente, ofreciéndole la orientación sobre su uso y cuidado.
 3. Se abrirá una Tarjeta de Seguimiento de Caso y el personal que brinde la atención 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.
 4. La embarazada debe ser ingresada al Programa la primera vez que acude a la instalación de salud a fin de asegurar la captación temprana.
 5. Todo personal involucrado en la atención materna debe estar orientado sobre el uso de la Historia Clínica Perinatal Base y el Sistema Informático Perinatal y deberá mantenerse capacitación continua al respecto.
 6. El auxiliar de enfermería o asistente de clínica tomará la Presión Arterial, pesará y medirá a la paciente.
 7. Se aplicará Toxoide Tetánico (T.T) o Toxoide Diftérico (T.D.) de acuerdo a las Normas del PAI al momento de la captación de la embarazada. Se anotará en la HCPB ambulatoria, la Tarjeta de Control Prenatal y en la Tarjeta de Seguimiento de Caso, el mes de gestación en que se aplica en el cuadro correspondiente a la Primera o a la Segundo Dosis o Refuerzo según el caso. Si la embarazada tiene vacuna previa comprobada se marca el cuadro correspondiente.
 - La dosis a administrar será de 0.5 cc i.m. Dos dosis con intervalo de 6 a 8 semanas y un primer refuerzo al año después de la 2ª dosis
 - A la mujer embarazada con esquema completo de vacunación, se le aplicará el 2º Refuerzo, si tiene 5 años o más de haber recibido el primero.
 8. El funcionario que da la atención cumplirá con:
 - a. La anamnesis completa, anotando todos los elementos señalados en la HCPB y la Tarjeta de Control Prenatal, sobre los antecedentes y el embarazo actual. No deberá dejar información en blanco a menos que no cuente con el dato.
 - b. La anamnesis completa incluye:
 - Datos generales
 - Antecedentes familiares y patológicos
 - Antecedentes personales y patológicos
 - Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluye citología vaginal)
 - Estado de inmunización con TT y Vacuna anti-Rubeola
 - Estado general
 - Hábitos alimenticios
 - Síntomas relacionados con el embarazo
 - Fecha de la última menstruación
 - Inicio de movimientos fetales
 - Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas, etc.)

- c. Todos los datos de interés no contemplados en la HCPB se anotarán en el reverso de la hoja.
- d. Cumplirá con las actividades señaladas hasta el primer control de la gestante, indicando el riesgo obstétrico.
- e. Examen clínico general que incluya:
 - Peso, Talla, Temperatura, Pulso.
 - Presión arterial con la embarazada sentada o en decúbito lateral
 - Conjuntivas
 - Cavidad oral
 - Palpación de tiroides
 - Auscultación cardíaca y pulmonar
 - Examen de mamas
 - Tamaño del útero
 - Situación y posición del feto
 - Movimientos fetales
 - Auscultación de la frecuencia cardíaca fetal (\geq 20 semanas)
 - Examen ginecológico completo
 - Toma de citología cervicovaginal (si corresponde).
 - Examen de extremidades
- f. Los hallazgos patológicos se anotan en el reverso de la HCPB ambulatoria y los diagnósticos patológicos se anotan en la sección de patologías maternas de la HCPB.
- g. En el examen de mamas, además de descartar patología debe evaluarse el tipo de pezones (corto, plano, umbilical). Anotar datos relevantes en el reverso de la hoja.
- h. Educación continua a la madre durante todos los controles, resaltando la superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento, desde el punto de vista nutricional, anti-infeccioso, psicoafectivo y económico.
- i. Orientar sobre la importancia de iniciar la lactancia materna dentro de la primera media hora postparto y mantenerla exclusiva hasta los 4 a 6 meses de edad y prolongarla hasta los 18 meses o más ofreciendo alimentación complementaria al lactante.
- j. Destacar los beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre.
- k. Orientar sobre las ventajas del Alojamiento Conjunto.
- l. Durante el examen ginecológico deberá evaluarse la pelvis materna.
- m. Toma de Papanicolaou, si corresponde y evaluación clínica del cérvix uterino por quien admite a la paciente.
- n. Se anotará el resultado del Papanicolaou al momento de recibirlo en fecha posterior.
- o. En la columna del primer control se anotará la fecha de la consulta, las semanas de amenorrea, el peso en kilogramos, la presión arterial, la altura uterina en cm, la presentación del producto, la Frecuencia Cardíaca Fetal y la presencia de movimientos fetales si corresponde.
- p. Se graficará la ganancia de peso materno en cada consulta y se referirá a la Nutricionista o a la educadora para el hogar o en su defecto a la enfermera, las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso.
- q. Se graficará el aumento de la Altura Uterina según la semana de gestación en cada consulta.
- r. Se ordenarán los siguientes exámenes de Laboratorio:
 - Hemograma completo

- Tipaje y Rh
 - Glicemia en ayunas
 - Serología Luética
 - Urinálisis completo
 - Solubilidad de Hemoglobina
 - Prueba de Rubeola, Prueba de Toxoplasmosis, Prueba de Hepatitis B, Citomegalovirus
 - Prueba de VIH. Dar orientación antes y después de la prueba a toda embarazada sobre la importancia de la misma para la prevención de la transmisión vertical.
 - Otros exámenes de laboratorio de acuerdo a anamnesis e impresión clínica, p. ej.:
 - Espudo por BAAR a toda embarazada sintomática respiratoria.
- s. A toda embarazada en control prenatal captada antes de las 20 semanas de gestación se le prescribirá un suplemento vitamínico diario que contenga 60 mg de sulfato ferroso y 250 mcg de ácido fólico, hasta el final del embarazo.
 - t. A toda embarazada en control prenatal captada después de las 20 semanas de gestación se le prescribirá un suplemento vitamínico diario que contenga 120 mg de sulfato ferroso y 500 mcg de ácido fólico, hasta el final del embarazo.
 - u. Toda embarazada con niveles de hemoglobina ≤ 7 g se le administrará 120 mg de sulfato ferroso y 500 mcg de ácido fólico diarios hasta que mantenga Hb de 11g o más.
 - v. Es conveniente educar a la gestante que ingiera los suplementos de hierro antes de acostarse, preferiblemente con jugo de tomate o de naranja.
 - w. Toda embarazada que clasifique como de Muy Alto Riesgo Obstétrico deberá ser referida para la atención por un especialista o a una Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
 - x. Se invitará a la embarazada a acudir con su pareja al menos a una consulta prenatal, de acuerdo a las posibilidades.
 - y. Realizar educación a la embarazada tendiente a la eliminación del hábito de fumar, ingestión de bebidas alcohólicas y consumo de drogas; hábitos alimentarios; reposo adecuado durante el embarazo.
9. El personal que ofrece la atención debe saludar cortésmente y abordar por su nombre a la paciente, además de identificarse ante la paciente.
 10. Durante la consulta médica gineco-obstétrica se debe contar con la presencia de un asistente clínico o auxiliar de enfermería.
 11. Debe utilizarse un lenguaje que sea fácil de entender y explicar a la paciente cualquier procedimiento que se le vaya a realizar.
 12. Explicar a la paciente como tomar los medicamentos recetados y los posibles efectos de los mismos.
 13. Exhorte a la paciente a exponer sus dudas o preocupaciones.

C. ACTIVIDADES DE LOS CONTROLES SUBSIGUIENTES:

1. Verificación y seguimiento del llenado completo de la HCPB ambulatorio, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso en cada consulta.
2. Se le interrogará sobre:
 - Estado general
 - Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos.
 - Posibles hemorragias, flujo vaginal
 - Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinnitus, fosfenos, acufenos)

- Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros)
 - Movimientos fetales
3. Presión arterial con la embarazada sentada o en decúbito lateral.
 4. Examinar lechos unguineales y conjuntivas por signos de anemia.
 5. Medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional. Evaluación del estado fetal:
 - a) Crecimiento fetal: Medir la altura uterina y graficarla en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas, requiere de reinterrogar sobre la FUM y estudio ecográfico fetal preferiblemente antes de las 20 semanas de gestación.
 - b) Evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal
 - c) Presentación y posición del feto
 6. Evaluación de los resultados de los exámenes de laboratorio.
 7. Evaluación de la orina en cada control para detectar proteinuria y glucosuria.
 8. Urinálisis completo, como mínimo cada trimestre, para determinar bacteriuria asintomática.
 9. A las 28 semanas ordenar:
 - Hemoglobina / Hematocrito
 - Serología Luética
 - Prueba de O'Sullivan (50 g de glucosa oral)
 - Independientemente de la ingesta de alimentos, administrar 50 g de glucosa v.o.; una hora después, con la embarazada sentada y sin fumar durante ese periodo, se le extrae la muestra de sangre. Es positiva si el valor de Glicemia es \geq 140 mg/dl.
 10. Evaluación del estado físico materno y anotar en la HCPB.
 11. En cada consulta se evaluará el riesgo materno y fetal y de ser necesario se referirá a los Servicios Especializados o Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
 12. En caso de sospecha de exposición al virus de la Rubeola en la embarazada durante el primer trimestre, el diagnóstico puede confirmarse a través de una de las siguientes maneras:
 - Ordenar el día de la consulta la prueba de Inhibición de la Hemoaglutinación IgG y una prueba de control a los 15 días.
 - Ordenar la IgM en el intervalo de una a seis semanas después del cuadro exantemático.
 - Independientemente del laboratorio que realizó las pruebas, dentro del marco de la vigilancia epidemiológica de la enfermedad, debe enviarse una muestra al laboratorio del Instituto Gorgas
 - Si se confirma el diagnóstico deberá referirse a Consulta de Alto Riesgo
 - **Interpretación de Resultados:**
Se considera seropositiva por IgG, si después de una prueba negativa, se encuentra una positiva, o si con una prueba positiva previa, se encuentra un aumento de los títulos de 4 veces mayor que el inicial.
Toda prueba de IgM positiva es comprobatoria de una Rubeola reciente.
 - En caso de comprobación serológica de Rubeola en el primer trimestre de gestación, se orientará a la embarazada y a su pareja las implicaciones para el producto y si la embarazada solicita la interrupción del embarazo, ésta se tramitará por conducto de las Autoridades Institucionales o Regionales a la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico con sede en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población del MINSA.
 - Realizado el procedimiento, el producto deberá ser enviado a Patología para realizar estudios por malformaciones congénitas, cultivos virales o pruebas serológicas.

- **Recordar:**
 - a) No se aplicará Gammaglobulina a la embarazada.
 - b) No se aplicará vacuna Anti-Rubeola a la embarazada bajo ninguna circunstancia.
 - c) Según la información científica actual, la aplicación accidental de la vacuna anti-Rubeola a la embarazada durante el primer trimestre del embarazo, no es indicación de interrupción del embarazo.
13. Toda embarazada debe ser referida a consulta de Odontología
 - a) En su primera consulta se realizarán actividades de prevención:
 - Examen clínico odontológico
 - Tinción de placa bacteriana
 - Técnica de cepillado
 - Charla sobre cuidados de salud bucal
 - b) El Odontólogo anotará en el HCPB el resultado del examen realizado señalando si es normal o anormal.
 - c) Las actividades curativas deben ser programadas según prioridad y procurar que coincidan con las citas subsiguientes de control prenatal.
 14. Se dará educación sobre los siguientes temas:
 - a. Cuidados durante el embarazo y signos de peligro.
 - b. Preparación para el parto
 - c. Importancia y ventajas de la Lactancia materna exclusiva
 - d. Cuidados del puerperio
 - e. Importancia y ventajas del parto institucional
 - f. Cuidados del recién nacido
 - g. Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido
 - h. Importancia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar.
 - i. Se hará énfasis en la responsabilidad materna y paterna
 - j. Importancia de la eliminación del hábito de fumar, la ingestión de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, peligros de la automedicación.
 15. Se recomendará a la embarazada que aumente los periodos de reposo durante el día y que evite realizar trabajos o ejercicios agotadores.
 16. Se orientará a toda asegurada activa para que tramite la licencia por maternidad, tal como lo establece el Código del Trabajo.
 17. Se promoverá la preparación psico-profiláctica del parto y la participación de la gestante con su pareja.
 18. El personal médico y de enfermería será capacitado en la técnica del parto psicoprofiláctico.
 19. Se fomentará el acompañamiento por el cónyuge a las citas de control prenatal.
 20. El personal que brinda la atención indicará a la paciente la fecha de su próxima cita.

X. ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

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

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

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

1. Desnutrición materna moderada y severa; obesidad materna
2. Edad entre 15 y 18 años; edad de 35 y más años
3. Gran paridad (4 o más partos previos)
4. Intervalo intergenésico menor de 2 años
5. Antecedente de parto prematuro y/o producto de bajo peso
6. Anemia nutricional (Hb 8 – 10.9 g)
7. Cesárea anterior, independientemente de la indicación.
8. Miomectomía previa
9. Madre Rh negativa no sensibilizada
10. Peso inferior a 45 Kg en cualquier momento del embarazo
11. Sin control prenatal o inicio de control prenatal en el tercer trimestre
12. Amenaza de aborto
13. Sífilis no tratada
14. Asma
15. Infecciones de vías urinarias
16. Enfermedades convulsivas
17. Pobreza extrema, Maltrato doméstico, Embarazo no deseado
18. Displasia o Ca in Situ del cuello uterino

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

1. Embarazo en menor de 15 años
2. Anemia menor de 8 g y/o Hematocrito menor de 28%
3. Desnutrición en un grado inferior al 95% de Peso / Talla según la gráfica.
4. Primigesta con talla menor de 1.40 cm
5. Trastornos hipertensivos del embarazo
6. Embarazo mayor de 41 semanas
7. Embarazo múltiple
8. Antecedentes de partos prematuros repetidos
9. Aborto habitual
10. Antecedente de defunción fetal tardía
11. Antecedente de enfermedad genética o malformaciones congénitas del producto en embarazos anteriores
12. Hidramnios u Oligoamnios
13. Restricción del Crecimiento Intrauterino (R.C.I.U.)
14. Sangrado durante el segundo o tercer trimestre del embarazo
15. Ruptura prematura de membranas
16. Infección vaginal por Streptococco del Grupo B.
17. Embarazada con HIV-SIDA
18. Cardiopatías
19. Nefropatías
20. Diabetes Mellitus u otras patologías endócrinas
21. Hemoglobinopatías
22. Cáncer del cuello uterino invasor
23. Cáncer de mama u otro.
24. Tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, farmacodependencia durante el embarazo

25. Tuberculosis pulmonar activa
26. Herpes genital activo en el tercer trimestre, sobre todo en el momento del parto.
27. Enfermedades autoinmunes
28. Retraso mental
29. Condilomatosis genital obstruccion
30. Malformaciones congénitas genitales maternas

C. INDICACIONES GENERALES DE ATENCIÓN AL ALTO RIESGO

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

XI. ESTADO NUTRICIONAL DE LA EMBARAZADA

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

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

- Mujeres < 150 – 155 cm: preferir el rango inferior del incremento de peso
 - Adolescentes embarazadas: preferir el rango superior de incremento de peso
 - Embarazadas de bajo peso captadas en el II o III trimestre: usar rango superior del incremento de peso semanal.
3. Pesar a la embarazada descalza, con un mínimo de ropa. Si es necesario mantener parte de la ropa es necesario restar el peso de esas prendas del peso obtenido, para lo cual se debe elaborar una pequeña tabla con el peso promedio de las prendas más frecuentes.
 4. La balanza debe ser calibrada diariamente, observando que en cero el fiel esté en equilibrio. La persona debe situar sus pies en el centro de la plataforma. Registrar el peso en kilogramos.
 5. Determinar la talla en el primer control prenatal con la paciente descalza sobre un piso plano y horizontal. Los talones, las nalgas, los hombros y la cabeza erguida cómodamente deben estar en contacto con el plano posterior. El tope superior se determina haciendo contacto con el vértice de la cabeza. La talla se registra en centímetros.
 6. La Tabla N° 2 presenta los valores del peso para la talla según la edad gestacional. Sirve para determinar si el peso alcanzado por una gestante es adecuado o no para una edad gestacional. Cuando el peso materno es inferior al percentil 10 debe explorarse y descartar bajo peso fetal. Si el peso es mayor al percentil 90 debe darse consejo nutricional.
 7. Muchas gestantes desconocen su peso habitual previo al embarazo. En este caso debe utilizarse el P10 de la tabla de peso materno para la talla según la edad gestacional. En estos casos también se puede controlar el aumento de peso por los incrementos semanales, aceptando como normal un aumento promedio de 400g semanales en el segundo trimestre y de 300g semanales en el tercer trimestre.
 8. Si la gestante conoce su peso habitual pregravídico se controlará su incremento de peso con la gráfica de la figura N° 1. Una vez fijada la semana de gestación, se resta el peso actual del pregravídico, obteniéndose el incremento de peso para esa edad gestacional. Dicho valor es trasladado a la gráfica antes citada.
 9. La tabla N° 1 presenta desde la semana 13 los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la Altura Uterina y los percentiles 25 y 90 del incremento de peso materno. Debe sospecharse restricción en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores a los que corresponden al P25 o los de la AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCI, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad diagnóstica alcanza el 75%.
 10. Los casos con sospecha clínica de RCI, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar falsos positivos.
 11. Clínicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal: La sensibilidad de este método es de alrededor del 90%. Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico.
 12. Debe sospecharse desnutrición materna cuando el incremento de peso es menor que el P25 o el peso para la talla es menor que el P10 de sus respectivos patrones. Si algún valor es mayor que el P90 de su patrón respectivo debe sospecharse exceso de ingesta o retención hídrica.
 13. Se considerará de alto riesgo obstétrico a toda embarazada que al inicio de la gestación tenga un peso para la talla según la edad gestacional por debajo del P10 o superior al P90.

14. Se referirá al PAC a toda gestante que a su ingreso tenga un peso para la talla inferior al P10 o que en los controles subsecuentes tenga un incremento de peso inferior al P25. Para su seguimiento refiérase a las Normas del PAC.
15. Se indicará aporte de hierro gratuito, ácido fólico y vitaminas a toda embarazada desde la captación.
16. Se referirá al Programa de Alimentación Complementaria a toda embarazada de bajo peso y/o anémica que acuda a control prenatal en donde esté disponible el programa.
17. La embarazada obesa no será sometida a dieta de reducción durante la gestación.
 - Se ofrecerá educación nutricional dirigida a modificar los hábitos alimentarios.
 - Se referirá durante el puerperio a la nutricionista para manejo, control y mantenimiento de un peso adecuado.
18. El servicio de Nutrición valorará la dieta y su composición nutricional en las embarazadas hospitalizadas.
19. En caso de muerte materna se registrará el estado nutricional en el Certificado de Defunción, independientemente de la causa de la muerte.
20. Las Nutricionistas y/o Dietistas se incorporarán a las tareas educativas sobre Nutrición y Dieta-terapia, tanto en la capacitación al equipo de salud como a la población.
21. Se promoverán las investigaciones relacionadas con la alimentación y nutrición de las embarazadas.
22. Se promoverá el establecimiento de Servicios de Nutrición en todos los Hospitales y otras instalaciones de Salud.

XII. ALIMENTACIÓN DIARIA RECOMENDADA EN EL EMBARAZO

Esta alimentación llena los requerimientos nutricionales diarios con excepción del calcio.

ALIMENTOS	EMBARAZADA	MADRE QUE LACTA
Leche líquida íntegra	2 vasos de 8 oz.	3 vasos
Carne	3 oz.	3 oz
Huevos	1 cada semana *	1 cada semana
Arroz	2 tz.	2 tz.
Frijoles	1 tz.	1 tz.
Verduras y plátano	1 ¼ tz.	2 ¼ tz.
Vegetales	½ tz.	½ tz.
Fruta	1 porción	1 porción
Pan	3 rebanadas	5 rebanadas
Aceite	7 cdtas.	7 cdtas
Azúcar	15 cdtas.	12 cdtas
Café	10 g.	10 g

* Puede aumentar de acuerdo a requerimientos de proteína

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

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

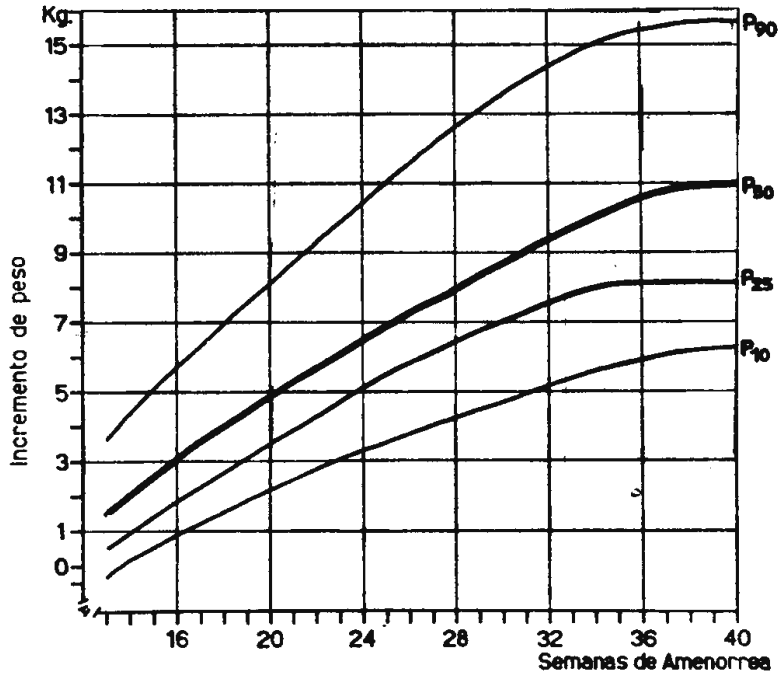


Figura N° 2. Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.

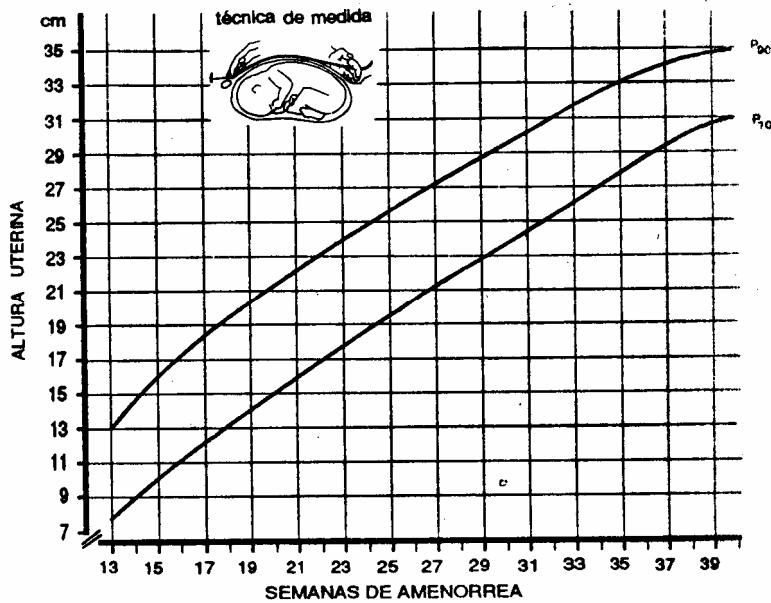


Tabla N°1. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana gestacional.

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

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

Tabla N°2. Peso para la talla según edad gestacional (P10 y P90).

Sem.	Perc.	Talla en cm									
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	48.4	51.3	53.0	54.6
	90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8

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

Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano. CLAP – OPS/OMS

XIII. ATENCIÓN INSTITUCIONAL DEL PARTO

A. ADMISIÓN EN EL PERIODO DE LABOR

1. Se brindará atención a toda gestante que acuda al hospital, dando prioridad a aquellas de alto riesgo y/o con patología evidente.
2. Las embarazadas de bajo riesgo podrán ser atendidas en anexos materno-infantiles. De ser necesario, se atenderán también en Centros, Sub-centros y Puestos de Salud.
3. El parto de bajo riesgo puede ser atendido por Médico General, Médico Interno, Enfermeras, Auxiliares de Enfermería, u otro personal capacitado como Ayudantes de Salud.
4. Las Parteras tradicionales capacitadas deberán procurar referir oportunamente a los hospitales al mayor número de embarazadas en labor que puedan ser trasladadas, especialmente aquellas que presentan factores de riesgo.
5. Se solicitará la Tarjeta de Control Prenatal, para evaluar los datos anotados en ella, clasificar el grado de riesgo de la paciente.
6. Hospitalizar sin demora a las gestantes en labor.
 - La embarazada se encuentra en franca labor de parto cuando presenta:
 - Tres o más contracciones uterinas de aproximadamente 35 – 45 segundos de duración en 10 minutos y en forma persistente.
 - Dilatación cervical de 3 cm o más en caso de multíparas y de 4 cm o más en caso de primigestas.
 - Modificaciones cervicales con 50% - 75% de borramiento.
 - En caso de duda, se recomienda hacer una nueva evaluación en la próxima hora.
7. Admitir en observación a embarazadas a término con labor incipiente que proceden de lugares distantes o de áreas de difícil acceso, si la paciente no tiene donde quedarse o si no se cuenta con un albergue materno accesible.
8. Al admitir a la paciente en franca labor, es obligatorio transcribir a la HCPB intrahospitalaria los datos generales, la información del primero y último control que tuvo la paciente y realizar el llenado de los datos referentes al examen físico y obstétrico, así como al parto o aborto.
9. Si la paciente no posee una Tarjeta de Control Prenatal se llenará una HCPB ambulatoria y se le entregará postparto como referencia.
10. Se evaluará y registrarán los siguientes datos:
 - Fecha y hora de la primera evaluación
 - Presión arterial, Frecuencia cardíaca materna, Frecuencia respiratoria, Temperatura
 - Frecuencia cardíaca fetal
 - Altura uterina
 - Contractilidad uterina
 - Presentación fetal, variedad y altura de la presentación (Estaciones de De Lee)
 - Borramiento y Dilatación del cérvix
 - Estado de las membranas. En caso de membranas rotas anotar la hora aproximada de la ruptura.
 - Evaluación de la pelvis y del canal de parto.
11. Se ofrecerá un trato amable y todo el apoyo y la orientación que la paciente requiere para disminuir la ansiedad y lograr el máximo de cooperación de la embarazada durante el trabajo de parto.

12. La presencia de la pareja u otro familiar inmediato durante la labor de parto o el parto se permitirá siempre y cuando la instalación cuente con las facilidades que garanticen la privacidad de otras pacientes y que el acompañante cumpla con requisitos que garanticen el cumplimiento de normas de bioseguridad y de prevención de infecciones nosocomiales.
13. Si la embarazada no posee una Tarjeta de control Prenatal o no se controló el embarazo, se solicitará los siguientes exámenes:
 - Hemoglobina y Hematocrito
 - Glicemia en ayunas
 - Tipaje y Rh
 - VDRL
 - Urinálisis
 - HIV
14. Se ordenará Hemoglobina y Hematocrito a toda embarazada en labor cuyo último control de Hemoglobina sea menor de 10 gramos o Hematocrito menor de 30%.
15. Si la paciente presenta ruptura prolongada de membranas y/o fiebre, se ordenará administrar antibióticos: Ampicilina 2 g c/6 horas i.v. (Ver Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol I. Capítulo 8).

B. ATENCIÓN EN LA SALA DE LABOR DE PARTO

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

cuando la Dilatación sea mayor de 6 cm. De ningún modo colocar enema en pacientes con productos de menos de 34 semanas.

11. La embarazada en labor, con la presentación encajada, podrá deambular libremente, sentarse o adoptar la posición que le resulte más cómoda, siempre y cuando su condición y/o la del producto así lo permitan.
12. La embarazada en labor activa, con producto cuya presentación no esté encajada, permanecerá en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.
13. Se procurará que la paciente mantenga la vejiga vacía, estimulando la diuresis espontánea por medios físicos, aún en los casos de retención vesical.
14. De ser necesaria la cateterización, ésta será realizada por el personal médico o de enfermería, siguiendo la técnica aséptica.
15. Permita a la embarazada ingerir líquidos azucarados en pequeñas cantidades, hasta que alcance los 5 cm de dilatación cervical.
16. Se administrará D/A al 5% por vía endovenosa a la embarazada con más de 10 horas de ayuno.
17. La evaluación de la contractilidad se hará a intervalos no mayores de 30 minutos, por medio de palpación en la zona depresible del útero, en el lado opuesto del dorso fetal. Se evaluará:
 - a) Frecuencia: Número de contracciones que se producen en 10 minutos.
 - b) Duración: Se mide en segundos, desde el momento en que el útero comienza a contraerse hasta que se relaja.
 - c) Regularidad: Se refiere a la igualdad o no de los intervalos entre cada contracción, o sea el tiempo que transcurre entre dos contracciones consecutivas.
 - d) Intensidad: Aumento de presión intrauterina causada por la contracción, la cual puede ser:
 - Débil: El útero puede deprimirse en la mayor parte de la contracción.
 - Moderada: El útero puede deprimirse en aproximadamente la mitad de la duración de la contracción.
 - Intensa: El útero se palpa firme y no puede deprimirse durante la mayor parte de la duración de la contracción.
 - e) Tono: Entre contracción y contracción el útero debe ser depresible y debe poder palpase las partes fetales.
18. La frecuencia cardíaca fetal se controlará en intervalos no mayores de 30 minutos, antes, durante y después de la contracción uterina en tres contracciones consecutivas. Debe tenerse presente los siguientes aspectos:
 - a) La FCF es normal entre 120 y 160 latidos/minuto en el periodo de dilatación y no menos de 100 durante el periodo expulsivo.
 - b) A medida que el trabajo progresa la vigilancia de la FCF deberá ser más estrecha, cada 30 minutos.
 - c) Para detectar alteraciones de la FCF, se comienza a contar la misma desde el acmé de la contracción (punto más intenso), hasta 30 segundos terminada la misma.
 - d) De contar la instalación con el recurso, puede utilizarse el monitor fetal externo para la vigilancia de la contractilidad y la FCF.
 - e) Se denomina Desaceleración a la caída transitoria de la FCF.
 - Desaceleración temprana (Dip I): la desaceleración coincide con la contracción uterina y hay una recuperación rápida de la FCF basal.

- Desaceleración tardía (Dip II): la desaceleración se presenta posterior a la contracción uterina, con una amplitud mayor de 15 latidos y una recuperación lenta de la FCF basal.
 - Desaceleraciones variables: Se presentan antes, durante o después de la contracción y se asocian con frecuencia a distocias de cordón.
- f) Toda caída transitoria de la FCF cuya amplitud sea mayor de 15 latidos por minuto será considerada como un descenso anormal y deberá ser evaluada por el personal más capacitado, preferiblemente con ayuda de un doppler o un monitor fetal según disponibilidad. Ante la presencia de Desaceleraciones tardías o variables, consulte las Normas de Alto Riesgo, Capítulo 6. Sufrimiento fetal agudo.
19. Conjuntamente con la evaluación periódica de la contractilidad y la FCF, evalúe los signos vitales de la embarazada cada dos horas.
20. Se respetará la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto con producto encajado a menos que haya detención de la labor o sospecha de sufrimiento fetal.
21. Inmediatamente después de la ruptura de membranas, sea ésta espontánea o artificial, se auscultará la FCF, independientemente del tiempo transcurrido desde la última evaluación y se realizará examen vaginal para descartar un posible prolapso de cordón.
22. Para realizar la amniorrexis o amniotomía:
- a) Limpieza estricta de los genitales
 - b) Utilización de guantes y pinzas estériles
 - c) Ruptura de las membranas en el intervalo entre dos contracciones.
 - d) 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 entre los dedos examinadores, hasta que la punta de la pinza esté en contacto con las bolsas. Se abre la pinza y se presan las membranas para rasgarlas. Una vez rotas se retira la pinza, más no así los dedos, controlando la salida brusca del líquido amniótico.
 - e) Evaluar las características del líquido amniótico:
 - Cantidad: abundante o escaso
 - Olor: normal o fétido
 - Color y consistencia: claro, meconial, sanguinolento, fluido o espeso.
 - Presencia de vernix caseoso (orienta sobre la madurez fetal).
 - f) Importante recordar el control de la FCF inmediatamente realizada la amniotomía.
23. Contraindicaciones para la amniotomía:
- a. Presentaciones distócicas: pélvica, de cara y situación transversa
 - b. Parto prematuro
 - c. Procúbito de cordón (palpación del cordón a través de las membranas).
 - d. Cabeza fetal no encajada
24. La evaluación del progreso de la labor de parto de determinará por:
- a) Examen vaginal realizado con guantes estériles cada dos horas, previo lavado de genitales. De acuerdo al progreso de una labor de parto normal, se estiman necesarias un promedio de 4 exámenes vaginales.
 - b) Evaluación de la contractilidad uterina antes, durante y después de al menos tres contracciones cada 30 minutos.
 - c) Auscultación de la FCF cada 30 minutos después de una contracción
25. En cada tacto vaginal se evaluará:
- a) Grado de borramiento del cuello uterino.

- b) Dilatación cervical.
 - c) Estado de las membranas.
 - d) Características del líquido amniótico, si están rotas las membranas.
 - e) Presentación y variedad de la presentación.
 - f) Descenso de la presentación, sinclitismo y cabalgamiento de las suturas.
 - g) Relación feto-pélvica
26. Para evaluar el descenso de la presentación se utilizarán las Estaciones de De Lee, descritas en el siguiente cuadro:

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

27. Se le explicará a la parturienta la forma de aprovechar los movimientos respiratorios y se vigilará que respire adecuadamente durante la relajación y durante la contracción uterina.
28. No se administrarán analgésicos, sedantes u oxitócicos en una labor normal.
29. Cualquier gestante en labor que durante el trabajo de parto se aleje de los criterios de progreso normal, se manejará según las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo.

C. PERIODO EXPULSIVO

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

1. Se procurará la presencia física del médico o personal más calificado en el 100% de los partos y participación del pediatra si existe el recurso, desde el inicio del periodo expulsivo.
2. La temperatura de la Sala de Partos debe mantenerse entre 26° y 28° centígrados para evitar el enfriamiento del recién nacido.
3. La camilla de parto estará con un respaldo no menor de 45°
4. Las nulíparas o multíparas serán trasladadas a la camilla de parto con dilatación completa en camilla o silla de ruedas.
5. La paciente primigesta con dilatación completa, con buen monitoreo, con presentación en 0 o menos durante dos horas pasa a cesárea.
6. A nivel institucional la posición generalmente adoptada para la atención del parto es la ginecológica. Algunas instalaciones disponen de sillas de parto que facilitan una posición vertical. En todo caso, se respetará la decisión de la paciente de adoptar la posición vertical u otra si así lo desea.
7. Oriente a la parturienta para que puje en cada contracción durante el expulsivo.
 - a) Iniciará los pujos cuando tenga dilatación completa.
 - b) Pujará por periodos no mayores de 15 segundos durante las contracciones uterinas.
 - c) Se le recordará la forma de respirar y de relajarse cuando pase cada contracción.
8. Se preparará la mesa con el instrumental para la asistencia del parto y atención inmediata del recién nacido. El instrumental para la atención del parto será preparado igual para las nulíparas o multíparas. Se prepararán aparte paquetes con el instrumental para una eventual episiotomía, de ser ésta necesaria.

9. El paquete de parto debe contener 2 pinzas Kocher, 2 tijeras romas, 2 cintas de hiladillo y 2 pares de guantes.
10. El equipo de episiotomía consiste en 1 Forceps de esponja, 1 portaguja, 1 tijera de sutura, 1 pinza de disección con dientes, 1 espéculo vaginal tipo Sims grande, 1 espéculo vaginal tipo Hamilton Bailey, 1 pinza sin dientes.
11. El personal que va a asistir el parto cumplirá previamente con el lavado quirúrgico de antebrazos y manos; utilizará bata, guantes de Látex estériles, gorro, mascarilla (preferiblemente con viscera), lentes plásticos y botas.
12. Previo al parto, se realizará la higiene de la cara interna de ambos muslos, el pubis, labios mayores, labios menores, introito, periné y el ano, con antiséptico quirúrgico.
13. Sólo ante una vejiga muy distendida o globo vesical, con dificultad para la eliminación espontánea, se realizará el cateterismo.
14. Se vestirá a la parturienta con campos estériles.
15. El asistente vigilará los signos vitales de la paciente, la actividad uterina y la FCF cada 10 minutos.
16. El personal que atiende el parto y el personal asistente brindarán apoyo emocional a la parturienta y la motivarán con respeto a colaborar en la fase de expulsivo.
17. Ante la presencia de alteraciones de la FCF o materna se llamará al personal más calificado para evaluar la situación materno-fetal.
18. Se evitará la manipulación excesiva del periné.
19. En el momento en que la la cabeza fetal distiende la vulva y el periné durante la contracción, lo suficiente para abrir el introito en un diámetro de 5 cm o más, puede utilizarse la maniobra de Ritgen, con la mano enguantada y protegida por un paño estéril, ejerciendo suave presión hacia delante sobre el mentón fetal a través del periné justo en frente del coxis, a la vez que con la mano contraria se ejerce presión sobre el occipucio.
20. La decisión sobre la realización de una episiotomía debe ser individualizada de acuerdo al caso y no practicada de rutina. Su frecuencia no debe sobrepasar el 30% de los partos.
21. Deberá practicarse:
 - a) Cuando la elasticidad del periné o del orificio vulvar constituyan un obstáculo para la expulsión del producto.
 - b) Cuando en un parto espontáneo el producto es muy grande o el periné muy corto.
 - c) Cuando se va a realizar una aplicación de forceps.
 - d) La vaginotomía está indicada en primigestas o multíparas, cuando se aprecien poco elásticas las paredes vaginales.
22. La episiotomía debe realizarse en el momento en que la presentación corona en el piso perineal, durante una contracción.
23. Como anestésico local se utiliza Xilocaína al 0.5%, aproximadamente 5cc.
24. La técnica de la episiotomía debe ser medio-lateral.
 - Se incide a partir de la horquilla hacia abajo y afuera, en dirección al isquión y puede ser derecha o izquierda, con una longitud suficiente.
 - La vaginotomía, de estar indicada, se realiza con tijera, interesando en la línea media la mucosa de la pared vaginal posterior, a partir de la episiotomía y en una extensión suficiente.
 - Al momento del parto debe hacerse en todos los casos la protección cuidadosa del periné.
25. No se realizarán maniobras que ocasionan la salida abrupta del producto.

26. Completa la paciente, el periodo expulsivo normal debe durar alrededor de 15 minutos. Si una nulípara no ha parido en un periodo de 45 minutos y una multípara en 30 minutos, se deberá notificar inmediatamente al médico jerárquicamente superior para decidir conducta.
27. Durante la expulsión de la cabeza pídale a la mujer que jadee o que de sólo pequeños pujos acompañando las contracciones a medida que expulsa la cabeza del bebé. Para controlar la expulsión de la cabeza coloque los dedos de una mano contra la cabeza del bebé manteniéndola flexionada.
28. Presione con delicadeza el perineo a medida que la cabeza del bebé es expulsada. Una vez que se ha expulsado pida a la madre que deje de pujar.
29. Aspire la boca y la nariz del bebé.
30. Palpe con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar si encuentra una circular del cordón umbilical. Si es así y el cordón se encuentra flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si está ajustado alrededor del cuello píncelo dos veces y córtelo antes de desenrollarlo del cuello.
31. 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.
32. Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Traccione la cabeza del bebé hacia abajo para extraer el hombro anterior. Luego eleve la cabeza para extraer el hombro posterior.
33. Sostenga el cuerpo del bebé con una mano mientras se desliza hacia fuera. Coloque al bebé al mismo nivel de la madre, séquelo, límpiele los ojos.
34. Evalúe el APGAR al minuto y a los 5 minutos.
35. Pince y corte el cordón umbilical.
36. Asegúrese que el bebé se mantenga tibio Envuelva al bebé en un paño suave y seco, asegúrese que la cabeza esté cubierta para prevenir la pérdida de calor. Propicie la succión del calostro materno y el contacto piel a piel con su madre.
37. La atención del recién nacido deberá ser brindada por un pediatra, si está disponible el recurso.

D. PERIODO PLACENTARIO O DE ALUMBRAMIENTO

El alumbramiento tiene lugar después del nacimiento del niño y consiste en el desprendimiento, descenso y expulsión completa de la placenta. En la actualidad se recomienda el manejo activo del tercer periodo (expulsión activa de la placenta) debido a que ayuda a prevenir la hemorragia postparto. El manejo activo del tercer periodo del trabajo de parto incluye la administración inmediata de oxitocina, la tracción controlada del cordón umbilical y el masaje uterino.

1. Palpe el abdomen materno para descartar la presencia de uno o más bebés antes de proceder a realizar el manejo activo del tercer período para prevenir la hemorragia postparto.
2. Dentro del minuto después del nacimiento del bebé, una vez descartada la posibilidad de otro bebé, administre Oxitocina 10 Unidades i.m.
3. Si no se dispone de Oxitocina administre Ergometrina 0.2 mg i.m. o Prostaglandinas. **No administre Ergometrina a pacientes con presión alta o Pre-eclampsia.**
4. Pince el cordón umbilical cerca del perineo usando una pinza con esponja. Sostenga el cordón pinzado y el extremo de la pinza con una mano. Coloque la otra mano apenas por

encima del pubis de la madre, establezca el útero aplicando contracción mientras ejerce tracción controlada del cordón umbilical. Esto ayuda a prevenir la inversión uterina.

5. Mantenga tensión leve en el cordón umbilical y espere una contracción fuerte del útero. Cuando el útero se redondee o se alargue el cordón, hale del cordón hacia abajo con mucha delicadeza para extraer la placenta. Con la otra mano continúe aplicando contracción sobre el útero.
6. La placenta será recibida con las manos para evitar que caiga por su propio peso y se produzcan desgarramientos y retención de membranas. Al ser expulsada la placenta sosténgala con las dos manos y hágala girar con delicadeza hasta que las membranas queden retorcidas. Hale lentamente para completar la extracción.
7. Examine cuidadosamente la placenta para estar seguro de que está íntegra. La placenta se revisará cuidadosamente para confirmar que estén completos los cotiledones y membranas, revisando primero su cara fetal y luego la materna.
8. Examen de membranas por su cara fetal: Se observará el orificio de rotura tratando de reconstruir la bolsa amniótica y de apreciar la integridad de las membranas en extensión. (corion y amnios). Si las membranas se desgarran examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes esterilizados y utilice una pinza de aro para retirar cualquier trozo de membrana retenido.
9. Examen de la cara materna: Revisar si ésta se observa desgarrada lo cual es un índice de retención parcial de cotiledones. Debe revisarse por la posible existencia de cotiledones aberrantes en placenta succenturiada.
10. La sospecha de retención de restos placentarios dará lugar a la revisión y extracción inmediata de estos restos, por parte del personal capacitado.
11. Terminada la expulsión de la placenta, se asegurará que esté presente el Globo de Seguridad de Pinard, que consiste en verificar que el útero se sienta globoso y de consistencia leñosa.
12. Masajée el fondo del útero a través del abdomen de la madre hasta conseguir que se contraiga. Repita el masaje uterino cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Asegúrese de que el útero no se relaje después de detener el masaje uterino.

E. REVISIÓN POR DESGARROS Y REPARACIÓN DE LA EPISIOTOMÍA

1. Examine a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarro del cuello uterino, la vagina o repare la episiotomía. Es importante que se utilicen suturas absorbibles preferentemente de poliglicol. El catgut cromado es una alternativa aceptable pero no ideal.
2. Se practicará nueva asepsia del periné antes de iniciar la sutura de la episiotomía.
3. La reparación de la episiotomía debe hacerse con aguja atraumática, por planos, previa hemostasia satisfactoria, sin dejar planos de clivaje o espacios muertos. Pueden usarse puntos separados para afrontar músculo y fascias perineales y sutura continua para la mucosa vaginal. Es aconsejable hacer suturas subdérmicas para afrontar la piel.
4. La reparación de la vaginotomía puede practicarse con sutura continua o puntos separados, asegurando iniciar la sutura por detrás del ángulo del corte.
5. Se utilizará sutura de poliglicolico 2-0 o Catgut crómico 00 como material de sutura.
6. La mayoría de los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas.
7. Si el desgarro es mayor examine cuidadosamente la vagina, el perineo y el cuello uterino.
8. Pida a un asistente que masajée el útero y haga presión sobre el fondo uterino. Coloque un dedo enguantado en el ano, levante suavemente e identifique el esfínter. Cámbiese los guantes por otros estériles.

9. Si el esfínter no está lesionado siga adelante con la reparación. Aplique solución antiséptica a la zona alrededor del desgarro.
10. 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 5 – 10 ml de solución de Lidocaína al 0.5%.
 - Los preparados de lidocaína son generalmente al 2% o al 1% y es necesario diluirlas. Para la mayoría de los procedimientos obstétricos la preparación se diluye al 0.5% combinando una parte de lidocaína al 2% en tres partes de solución salina normal o agua destilada estéril o una parte de lidocaína al 1% en una parte del diluyente.
11. 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.
12. Al concluir de infiltrar espere 2 minutos y verifique el efecto.
13. Repare la mucosa vaginal usando una sutura 2-0 continua. Comience la reparación cerca de 1 cm por encima del ápice del desgarro vaginal. Siga la sutura hasta el borde de la abertura vaginal. Aquí aproxime los bordes cortados de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y a través del desgarro perineal y anúdelos.
14. Repare los músculos perineales usando puntos separados con hilo 2-0. Si el desgarro es profundo coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
15. Repare la piel usando puntos separados o subcutáneos con hilo 2-0 comenzando con la abertura vaginal.

XIV. EVALUACIÓN Y ATENCIÓN INMEDIATA DEL RECIÉN NACIDO

A. EVALUACIÓN DEL RECIÉN NACIDO

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

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

5. Calificación según Índice de APGAR:

Bueno: 7 - 10, Regular: 4 - 6, Malo: 0 - 3

B. CUIDADOS INMEDIATOS AL RECIÉN NACIDO

1. Se colocará en leve Trendelenburg en un plano igual a la pelvis materna. No debe ser colgado por los pies ni estimulado físicamente de forma violenta bajo ninguna condición. Sólo se le dará fricción o masajes con los dedos de la mano en las plantas de los pies o en la espalda.
2. El cordón umbilical se pinzará y seccionará en un tiempo aproximado de 2 minutos o cuando el mismo deje de pulsar. No se debe exprimir u ordeñar.
3. 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.
4. Se ligará a una distancia de 2.5 cm a 3 centímetros de la inserción umbilical con 1 –2 cintas de hiladillo seco o un clip estéril.
 - a. El procedimiento se realizará bajo una técnica rigurosamente aséptica.
 - b. Se verificará la presencia de los 3 vasos umbilicales al ligar el cordón.
 - c. Se garantizará que no sangre el muñón umbilical.
 - d. Se limpiará el muñón con alcohol al 70% no desnaturalizado.
5. Se colocará al recién nacido en contacto piel a piel con la madre y se iniciará la lactancia materna en la primera media hora pos-parto.
6. No se utilizará oxígeno de rutina en el recién nacido normal con un APGAR bueno (7 – 10).
7. 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.
8. Mientras se termina de atender a la madre, se colocará al recién nacido sobre el cuerpo de su madre en contacto piel a piel para iniciar el apego y la lactancia. Debe protegerse al recién nacido del enfriamiento, manteniéndolo cubierto con una sabanita seca.
9. Se evaluará la edad gestacional en semanas de acuerdo al método de Capurro en el recién nacido a término y de acuerdo al método de Dubowitz en el recién nacido pretérmino.
10. Se hará examen físico inicial para descartar la presencia de malformaciones congénitas.
11. Se le hará tratamiento profiláctico a los ojos con solución de Nitrato de Plata al 1%, una gota en cada ojo y se limpiará el exceso.
 - La solución que se utiliza en los recién nacidos debe ser cambiada cada 7 días. Se puede utilizar perlas parafinadas de Nitrato de Plata al 1%.
 - Alternativa: Ungüento oftálmico con antibiótico (sulfato de gentamicina, cloramfenicol)
12. El recién nacido será identificado con 2 marquillas: Una se colocará en uno de los miembros superiores y la otra en uno de los miembros inferiores.
 - Las marquillas llevarán la siguiente información:
 - a. Nombre y apellido completo de la madre
 - b. Fecha y hora de nacimiento
 - c. Sexo del recién nacido (En caso de genitales ambiguos, diferir la anotación del sexo hasta que el niño sea evaluado)
 - d. N° de la Historia Clínica de la madre. (Cédula)
13. 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.
14. El aseo del recién nacido no debe implicar la separación del niño de su madre por más de unos cuantos minutos.
15. Aplicar las vacunas y la Vitamina K al recién nacido:
 - BCG 0.1 cc i.d. al recién nacido a término

- BCG 0.05 cc i.d. al recién nacido menor de 2500 g (2.5 Kg)
 - Polio oral 2 gotas v.o.
 - Hepatitis B 0.5 cc i.m. en la cara externa del muslo.
16. Aplicación de Vitamina K
 - Vitamina K 1 mg i.m. al recién nacido a término
 - Vitamina K 0.5 mg i.m. al recién nacido prematuro y al de bajo peso.
 17. Anotar en la HCPB intrahospitalaria los datos del recién nacido y transcribir los mismos a la tarjeta de control prenatal.
 18. El recién nacido por cesárea será colocado en contacto piel a piel con su madre al nacer si su condición y la de la madre lo permiten. Al finalizar la cirugía, el recién nacido irá a la sala de observación neonatal. La relación madre hijo se reanudará en un periodo menor de 6 horas.
 19. De quedar hospitalizado el recién nacido al egreso materno, se le entregará a ésta su tarjeta de control prenatal correctamente llenada con los datos del parto y del recién nacido. La HCPB intrahospitalaria acompañará el expediente del recién nacido y se cerrará al egreso del mismo para luego ser reintegrado al expediente de la madre, para asegurar que se capten todos los datos maternos y neonatales en el sistema informático perinatal.
 20. El equipo para reanimación neonatal mínimo requerido en instalaciones de nivel primario es 1 perilla de aspiración de secreciones y 2 mascarillas infantiles de dos tamaños diferentes.
 21. En los hospitales se deberá contar con 1 bolsa de ventilación, 2 catéter de succión # 12, 2 catéter de succión # 10, 1 Laringoscopio infantil con batería y bombilla de repuesto, 1 tubo endotraqueal # 3.5, Aparato de succión de pedal, Aparato de succión eléctrico.

XV. CUIDADOS DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO

1. La madre y el recién nacido se enviarán juntos a la Sala de Puerperio Inmediato, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio.
2. Para la madre se darán las siguientes órdenes:
 - a. Trasladar a la Sala de Puerperio Inmediato por 2 – 4 horas.
 - b. Nada por vía oral durante las 2 primeras horas. Después se le ofrecerá líquidos orales.
 - c. Mantener en reposo relativo.
 - d. Vigilar los signos vitales (T°, Pulso, Respiración y P.A.) cada 30 minutos y avisar por alteraciones.
 - e. Vigilar el sangrado vaginal, consistencia con la altura uterina cada 30 minutos. Conocer y aplicar medidas para estimular la retracción uterina.
 - f. Vigilar que orine espontáneamente. Debe orinar al menos 180 cc durante las primeras 6 horas.
 - g. Administrar analgésicos a demanda. (Evitar salicilatos).
 - h. Alojamiento conjunto del neonato y lactancia materna exclusiva (si no hay contraindicación).
3. Se verificará el llenado correcto y completo de la HCPB hasta la sección recién nacido y puerperio.
4. Transcurridas las primeras 2 horas del puerperio sin complicaciones, la paciente y su recién nacido serán trasladados a la Sala de Puerperio Mediato con las siguientes órdenes:
 - a. Dieta corriente
 - b. Reposo relativo
 - c. Vigilar el estado general y emocional

- d. Vigilar signos vitales cada 2 horas
 - e. Vigilar por sangrado vaginal cada 2 horas.
 - f. Analgésicos a demanda (evitar salicilatos)
 - g. Revisión del periné
 - h. Curación del periné dos veces al día (a las pacientes a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros. Vigilar por hematomas, dehiscencias, edema.)
 - i. Vigilar diuresis.
5. La púérpera cuyo parto ocurrió fuera de la sala de partos será enviada junto con el recién nacido directamente a la sala de puerperio mediato. Si el parto fue atendido por un ayudante de salud o una partera empírica la púérpera debe ser atendida de inmediato y se debe asegurar el llenado de HCPB para su introducción al sistema informático.
 6. Se verificarán las órdenes médicas y el cumplimiento de las mismas.
 7. No se dará de forma rutinaria derivados de la Ergonovina.
 8. No administrar medicamentos que inhiben la producción de leche materna.
 9. Evaluación de los pezones y vigilar por ingurgitación mamaria y mastitis.
 10. Se vigilarán los miembros inferiores para detectar precozmente problemas relacionados con tromboflebitis.
 11. Se estimulará la deambulacion precoz de la púérpera.
 12. La educación de la púérpera es responsabilidad de todo el equipo de salud independientemente de su disciplina. Los temas educativos serán desarrollados en forma corta y sencilla, individualmente o en grupos y debe procurarse incluir a la pareja.
 13. El recién nacido se colocará junto a su madre y se le hará saber a ella, que al igual que todo el personal de la sala, es responsable del bienestar y seguridad del niño.
 14. Se verificará conjuntamente con la madre los datos de identificación del recién nacido.
 15. Se practicará y recomendará la lactancia materna exclusiva. 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 tasetas, vasitos o con cucharitas.
 16. Se apoyará a la madre en sus esfuerzos por amamantar a su hijo. El personal de salud reforzará la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar, se le instruirá sobre la postura correcta y modo de dar de mamar y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo, por razón médica que la justifique.
 17. Toda madre que no pueda amamantar será orientada sobre la extracción manual de la leche materna o sobre el uso del extractor mecánico.
 18. Se le hará énfasis a la madre y su pareja o su familia en que:
 - a. Sólo la succión frecuente del niño al pecho asegurará una buena cantidad de leche y evitará la congestión mamaria, mastitis y falta de leche.
 - b. Para favorecer la producción de leche, la madre debe ingerir líquidos abundantes y una dieta balanceada y tener un ambiente tranquilo.
 - c. La madre debe dar el pecho al niño cada vez que éste lo pida, sin horarios fijos, tanto de día como de noche.
 - d. No requiere lavarse los pezones cada vez que amamanta; el baño diario es suficiente.
 19. Advertir sobre la observación de signos y síntomas de alarma en el puerperio tardío que requieran de la búsqueda de atención inmediata. Esto incluye:
 - Sangrado persistente abundante o fétido
 - Fiebre

- Mamas congestionadas, dolorosas, enrojecidas
20. Reforzar aspectos generales sobre higiene de la puérpera; reinicio de las relaciones sexuales; alimentación y orientación sobre el restablecimiento de la fertilidad.
 21. 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 da la atención 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.
 22. Orientar a la madre sobre la asistencia al control de puerperio en la instalación del nivel local correspondiente entre los 7 y 15 días pos-parto; insistir en que debe llevar y presentar su tarjeta de control prenatal a su médico y al médico que atienda al niño.
 23. A toda puérpera no vacunada previamente se le administrará la primera dosis de Toxoide Tetánico Diftérico tipo adulto antes de su egreso y se completará posteriormente el esquema en el nivel local. En la HCPB se anotará la dosis aplicada como puesta en el 9° mes.
 24. Se administrará una Megadosis de Vitamina A (200,000 UI) a toda puérpera.
 25. A toda puérpera no vacunada previamente contra la Rubeola se le aplicará la misma antes de su egreso y se anotará en la HCPB.
 26. El resultado del VIH, la aplicación de MR y la aplicación de la Vitamina A se grabarán en la primera, segunda y tercera variables libres del sistema informático perinatal..
 27. Se orientará sobre la precaución de evitar otro embarazo durante los tres primeros meses de aplicada la vacuna anti-rubeola, no obstante la aplicación accidental de la misma durante el embarazo no constituye indicación de interrupción del mismo.
 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
 29. Los datos sobre las inmunizaciones en embarazadas y puérperas se consolidan en el informe para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
 30. De ser necesaria alguna de estas vacunas, debe ser aplicada aún los fines de semana o días feriados.
 31. De estar indicada, la vacunación de la puérpera se realizará independientemente del resultado del embarazo (pos aborto, óbito fetal o nacimiento vivo).
 32. Debe asegurarse la revisión de los resultados de laboratorios ordenados durante la hospitalización antes del egreso de la paciente,
 33. Toda puérpera sin control prenatal y/o sin VDRL previo se le realizará serología luética y deberá conocerse el resultado antes de ser dada de alta.
 34. Si la madre tiene serología positiva debe administrarse tratamiento contra la Sífilis a la madre y profiláctico al recién nacido.
 35. Toda puérpera post-parto y post-aborto que sea RH negativo recibirá tratamiento profiláctico de la isoinmunización con Globulina anti D. (Ver Capítulo N° 17. Isoinmunización Materno Fetal. Normas de embarazo de alto riesgo. Vol I)
 36. 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.
 37. Se instruirá a la puérpera que desea planificar su familia a que no utilice métodos hormonales que contengan estrógenos durante la lactancia.

38. Puérperas post-aborto deben ser orientadas sobre la recuperación a corto plazo de su fecundidad y la necesidad de iniciar un método anticonceptivo cuanto antes. De ser posible debe ofrecerse la instalación de un método inmediatamente.
39. Toda paciente con historia de aborto habitual debe ser referida a la consulta especializada.
40. Toda puérpera post-aborto debe ser referida a la consulta de Ginecología con cita en un plazo no mayor de dos semanas.
41. Se llenará la HCPB intrahospitalaria a toda puérpera post-aborto.
42. La enfermera, auxiliar de enfermería u otro personal capacitado, aplicará la primera dosis de Vacuna antipolio, de BCG y Hepatitis B al recién nacido; confeccionará de inmediato la tarjeta correspondiente y orientará a la madre para que cumpla con las próximas citas de vacunación en el nivel local.
43. 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% no desnaturalizado.
44. El personal de enfermería hará las anotaciones de todas las acciones y observaciones realizadas en este periodo en el formulario de enfermería.
45. 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), además de comunicar a la madre el estado del neonato.
46. 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.
47. El Pediatra enseñará a la madre o a los padres a observar y reconocer la conducta y características de un recién nacido normal, enfatizando en los siguientes aspectos:
 - a. Actividad, movimiento respiratorio, llanto y sueño.
 - b. Características de las heces, orina y flujo vaginal en las niñas.
48. Si el niño tiene que ser hospitalizado por enfermedad, se establecerán los mecanismos para que la madre pueda mantener la producción de leche y darle ésta a su hijo.
49. Se procurará brindar apoyo psicosocial en situaciones especiales.

XVI. DIEZ PASOS PARA LA LACTANCIA MATERNA EXITOSA

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

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud, de la forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.

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

XVII. ATENCIÓN AMBULATORIA DEL PUERPERIO NORMAL

1. La puérpera normal recibirá sólo un control en la consulta de puerperio el cual será programada dentro de los 7 a los 15 días siguientes al parto, coincidiendo preferiblemente con el control del recién nacido. La asistencia con la pareja es recomendable.
2. La puérpera presentará como referencia la tarjeta de control prenatal con todos los datos transcritos de su atención intrahospitalaria, así como los datos del recién nacido sano.
3. La revisión de la tarjeta de seguimiento de caso de aquellas puérperas que se controlaron el embarazo, permitirá identificar por la fecha probable de parto, a toda puérpera que no haya asistido a la consulta para la fecha aproximada en que se le esperaba. En este caso deberá procurarse en el nivel local localizar a la paciente por cualquier medio de comunicación y de ser necesario realizar una visita domiciliaria.
4. Durante la consulta de puerperio deben realizarse las siguientes acciones:
 - a. Revisar y transcribir los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal (Referencia) a la HCPB ambulatoria del expediente de la embarazada.
 - b. Evaluación clínica completa
 - c. Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la evaluación.
 - d. Reforzamiento sobre : Higiene personal en especial los genitales y mamas; la alimentación y nutrición y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
 - e. Se la dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar.
 - f. Indicar hematínicos y vitaminas según requerimientos y las Normas de Suplementación de Hierro:
 - Puérpera con Hb 7g y más: 60 mg de sulfato ferroso y 250 mcg de ácido fólico por 8 meses
 - Puérpera con Hb < 7g: 120 – 180 mg de sulfato ferroso y 500 mcg de ácido fólico por 4 meses y reevaluar.
 - g. Toda puérpera con patologías previas o asociadas al embarazo, o aquella que presente algún tipo de complicación del puerperio debe ser referida para atención especializada.
 - h. Se llevará registro estadístico de las patologías del puerperio.

XVIII. INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO POR INDICACIÓN MÉDICA

1. Los casos de solicitud de interrupción del embarazo por indicación legal referidos por los juzgados, serán admitidos para su intervención en los hospitales estatales respectivos.
2. En los casos de indicación médica, se facilitarán los trámites para la solicitud de interrupción del embarazo a través de la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico

cuya coordinación se ubica en la Sección de Salud Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población de la Sub-Dirección General de Salud.

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

XIX. INDICACIÓN Y PRÁCTICA DE LA OPERACIÓN CESÁREA.

1. ANTECEDENTE

En nuestro país en los últimos años, el número de operaciones cesárea ha tenido una tendencia creciente dentro de algunas instituciones del sector público y particularmente del sector privado, con índices registrados de 28%, 36% y hasta mayores del 40%, por lo que se ha considerado necesario establecer estrategias puntuales que contribuyan a disminuir la frecuencia de la operación cuando no está debidamente indicada e implementar un sistema de vigilancia y seguimiento de la operación cesárea con cobertura nacional.

2. OBJETIVO GENERAL

Establecer criterios precisos 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.

3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Concientizar al personal médico y paramédico sobre los beneficios y riesgos del uso de la operación cesárea.
- b. Fortalecer la vigilancia de la práctica de la operación cesárea a nivel institucional a través de diversas acciones antes de decidir su realización, la aplicación de protocolos de atención obstétrica y la educación continua del equipo de salud.
- c. Contribuir a disminuir la práctica de la operación cesárea no justificada, manteniendo el número de cesáreas por debajo del 20% del total de nacimientos atendidos en unidades médicas, según la complejidad de la Unidad Ejecutora.

4. ESTRATEGIAS

- A. Vigilancia del indicador hospitalario del número de cesáreas en relación al número de nacimientos
 - a. Revisión y análisis permanente del indicador hospitalario de cesáreas en relación a las metas establecidas.
 - b. Incorporar a los Comités de Mortalidad Materna y Perinatal en el análisis periódico, retrospectivo, de la toma de decisión para la indicación de cesárea con la participación del personal médico involucrado.
 - c. Establecer procedimientos hospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias.
 - d. Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y realimentación al personal de la unidad.
- B. Capacitación permanente del equipo de salud sobre las indicaciones de la cesárea
 - a. Integrar el lineamiento técnico para la indicación y práctica de la cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
 - b. Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los internos y residentes de gineco-obstetricia.
 - c. Asegurar la disponibilidad y accesibilidad del personal a las Normas y lineamientos técnicos.
 - d. Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna.
- C. Establecimiento de estrategias en las unidades de salud.
 - a. Incorporar la estrategia de la segunda opinión en la toma de decisiones para la realización de la cesárea.
 - b. Utilizar correcta y sistemáticamente el partograma.
 - c. Promover el uso adecuado de la Historia Clínica Perinatal Base.
 - d. Identificar a través de una marca o sello los expedientes clínicos y tarjetas de control prenatal de las embarazadas de alto riesgo y de muy alto riesgo.
- D. Investigación

- a. Realizar investigaciones clínicas, sociales y operativas que identifiquen los factores asociados al incremento de la cesárea en las diferentes instituciones y las estrategias implementadas para su disminución.
 - b. Difundir los resultados de estudios de investigación para incrementar la calidad de la práctica obstétrica.
- E. Información, Educación, Comunicación en salud perinatal
- a. Realizar sesiones educativas dirigidas a embarazadas y al público en general 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.
 - b. Informar sobre los beneficios del uso de la cesárea cuando está correctamente indicada y sobre los riesgos anestésicos y quirúrgicos cuando se practica innecesariamente.
 - c. Establecer en la unidad hospitalaria un área de comunicación educativa y social en salud reproductiva.
- F. Estrategia del Sistema Nacional de Salud
- Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud deberán implementar estrategias de vigilancia del indicador del número de operaciones cesáreas con relación al número de nacimientos y mantener esquemas de capacitación permanente al personal operativo con énfasis en la prevención de cesáreas sin justificación o indicación médica.
 - En el Nivel Regional las autoridades Regionales y de las Instituciones de salud revisarán y vigilarán la evolución del indicador de cesáreas y apoyarán las acciones del nivel operativo a través de asistencia técnica, capacitación y comunicación.
 - El Nivel Nacional tiene la responsabilidad de dar seguimiento a las estrategias para prevenir el aumento injustificado de los índices de cesárea.

5. DEFINICIÓN DE LA OPERACIÓN CESÁREA

La cesárea es la intervención quirúrgica que tiene por objeto extraer al feto, vivo o muerto, a través de laparotomía e incisión de la pared uterina, después de que el embarazo ha alcanzado la viabilidad.

6. TIPOS DE CESÁREA

- a. Según antecedentes obstétricos de la paciente:
 - Primera
 - Iterativa. Se practica en paciente con antecedente de una o más cesáreas previas.
- b. Según indicaciones:
 - Urgente: Se practica para resolver o prevenir una complicación materna o fetal en etapa crítica.
 - Electiva: Se programa para ser realizada en un fecha determinada por alguna indicación médica y se lleva a cabo antes de que inicie el trabajo de parto.
- c. Según técnica quirúrgica:
 - Transperitoneal:
 - Corporal o clásica

- Segmento corporea (Tipo Beck)
- Segmento-arciforme (Tipo Kerr)
- Extraperitoneal.

7. TÉCNICA

- Corporal o clásica: La incisión se realiza en el cuerpo uterino.
 - Sus indicaciones más frecuentes son: Cáncer cervico-uterino invasor, embarazo pretérmino, histerorrafia corporal previa, procesos adherenciales o varicosos importantes en el segmento inferior, placenta previa en cara anterior, cesárea postmortem y cuando después de la cesárea se realizará una histerectomía.
 - Sus desventajas son: apertura y cierre más difícil, mayor hemorragia, adherencias más frecuentes, histerorrafia menos resistente que puede hacerse dehiscente durante un nuevo embarazo.
- Segmento corporal: La incisión se realiza sobre el segmento y parte del cuerpo uterino.
 - Sus principales indicaciones son: embarazo pretérmino, embarazo gemelar, situación fetal transversa con dorso inferior, presentación pélvica, placenta previa en la cara anterior del útero, anillo de retracción e histerorrafias corporales previas.
 - Las desventajas de esta técnica son similares a las observadas con la técnica corporal.
- Segmento arciforme o transversal: Es la técnica quirúrgica más utilizada por sus múltiples ventajas. Se realiza una sección transversal del segmento inferior.
 - Tiene la ventaja de producir menos hemorragia, permitir una fácil apertura y cierre de la pared uterina, formación de cicatriz uterina muy resistente con poca probabilidad de dehiscencia y ruptura en embarazos subsecuentes, así como pocas adherencias postoperatorias.
- Extraperitoneal: Existen variantes prevesicales, supravesicales y parasupravesicales.
 - Con el advenimiento de los antibióticos esta técnica está cada vez más en desuso. Antes se indicaba en los casos de riesgo o presencia de infección ovular, pues evitaba la contaminación de la cavidad abdominal y del peritoneo.
 - La principal complicación de la técnica es la lesión traumática de la vejiga durante la intervención.

8. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE CESÁREA

- Causas maternas:
 - Distocia de partes óseas (Desproporción cefalopélvica)
 - Estrechez pélvica
 - Pelvis asimétrica o deformada
 - Tumores óseos de la pelvis.
 - Distocia de partes blandas
 - Malformaciones congénitas
 - Tumores del cuerpo o segmento uterino, cérvix, vagina o vulva que obstruyen el conducto del parto.

- Cirugía previa del segmento y/o cuerpo uterino, incluyendo operaciones cesáreas previas.
 - Cirugía previa del cérvix, vagina y/o vulva que interfieren con el progreso adecuado del trabajo de parto.
 - Distocia de la contracción
 - Hemorragia (Placenta previa o desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta).
- b. Causas fetales:
- Macrosomía fetal (Desproporción cefalopélvica)
 - Alteración de la situación, presentación o actitud fetal:
 - Situación: oblicua, transversa
 - Presentación pélvica
 - Distocia de variedad de presentación cefálica (cara, mentón, occipito posterior persistente)
 - Prolapso del cordón umbilical.
 - Sufrimiento fetal.
 - Malformaciones fetales incompatibles con el parto.
 - Embarazo prolongado con contraindicación para parto vaginal.
 - Cesárea postmortem con feto vivo.

9. CRITERIOS PARA LA TOMA DE DECISIONES

A. Desproporción cefalopélvica

- a. Ocurre en las siguientes circunstancias:
- Pelvis estrecha, deformada u obstruida y feto normal, con buena actitud.
 - Pelvis normal y feto grande, anómalo (gigantismo, hidrocefalia) o con mala actitud
 - Pelvis y feto normales con relaciones fetopélvicas ajustadas, después de una prueba de parto infructuosa.
- b. A menos que haya una DCP franca corroborada por la clínica o por imagenología, siempre se debe realizar una prueba de trabajo de parto.
- c. Requisitos para la Prueba de trabajo de parto:
- Embarazo a término
 - Presentación cefálica abocada
 - Dilatación de 4 cm o más.
 - Actividad uterina regular espontánea o inducida con oxitócicos.
 - Membranas rotas
 - Buen estado materno y fetal
 - Evacuación de vejiga y recto
 - Al iniciar la prueba debe hacerse una estimación del progreso del trabajo de parto que se espera obtener en un periodo determinado y vigilar cuidadosamente la evolución mediante un partograma.
 - La presencia de meconio fluido no contraindica la prueba
 - La analgesia/anestesia puede estar indicada a criterio del médico tratante
- d. Cuidados durante la prueba de trabajo de parto
- Mantenimiento de una adecuada actividad uterina (3 – 5 contracciones en 10 min.)

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

B. Cesárea previa

Nota: Ver Capítulo XIII. Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol. 2. pg. 73 – 76. Programa de Parto Vaginal en Embarazadas con Cesárea Anterior.

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

- a. Contraindicaciones para la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa:
- Antecedentes de dos o más cesáreas previas segmento arciformes
 - Antecedentes de cesárea previa segmento corporal o de otras cirugías uterinas
 - Antecedente de cesárea previa reciente, menor a seis meses
 - Antecedente de ruptura uterina, infección de la herida quirúrgica o dehiscencia de histerorrafia
 - Pelvis no útil clínicamente.
 - Gemelares o producto macrosómico

Nota: Se valorará cuidadosamente el caso en embarazos pretérmino o postérmino.

- b. Precauciones durante la prueba de trabajo de parto en pacientes con cesárea previa:
- **Estar debidamente preparados para realizar una cesárea de urgencia en un lapso menor de 30 minutos.**
 - Vigilancia estrecha del trabajo de parto y monitoreo de la frecuencia cardíaca fetal por medios clínicos: Fetoscopia o equipo Doppler, o preferentemente con medios electrónicos.
 - Analgesia/anestesia a criterio del médico tratante
 - El uso de oxitocina para la conducción bajo estrecho monitoreo clínico o electrónicos de la labor.
 - Se suspenderá la prueba del trabajo de parto y se llevará a cesárea bajo las siguientes circunstancias:
 - Sospecha de dehiscencia de la histerorrafia
 - Sufrimiento fetal agudo
 - Falta de progresión del trabajo de parto

c. Precauciones durante el periodo expulsivo:

- Se recomienda la aplicación de forceps o extractor de vacío bajo, en caso de contar con personal entrenado.
- Vigilancia estrecha del alumbramiento
- Revisión cuidadosa de la cavidad uterina incluyendo la histerorrafia previa en caso de sangrado persistente.

C. Sufrimiento fetal

Nota: Para la definición, diagnóstico y manejo ver Capítulo 9. Pruebas de Bienestar Fetal Pgs. 42- 44 y Capítulo 10. Sufrimiento Fetal Agudo de las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vol 1. Pgs. 45 – 46

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

D. Ruptura prematura de membranas

Nota: Para la definición, diagnóstico y manejo ver el Capítulo 6. Ruptura Prematura de Membranas de las Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo Vo. 1 Pgs. 31 - 35

E. Presentación pélvica

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

10. COMPLICACIONES DE LA CESÁREA

a. Transoperatorias

- Complicaciones maternas: hemorragia, lesiones de intestino delgado o grueso, vejiga, uréter, embolismo de líquido amniótico, prolongación de la histerorrafia, complicaciones de la anestesia tales como hipoventilación, depresión respiratoria, edema laríngeo, broncoaspiración, broncoconstricción, paro respiratorio, absorción masiva de anestesia, complicaciones cardiovasculares como hipotensión, taquicardia, bradicardia, arritmia, insuficiencia cardíaca, paro cardíaco.
- Complicaciones fetales: traumatismos, broncoaspiración, depresión respiratoria.

b. Postoperatorias:

- Inmediatas: hemorragias, hematoma, ileo paralítico.
- Mediatas: infección puerperal, urinaria, respiratoria, anemia, retención de restos placentarios o membranas, dehiscencia de la histerorrafia, entre otras.
- Tardías: fístulas, procesos adherenciales.

11. ANTIBIOTICO -TERAPIA EN LA OPERACIÓN CESÁREA

Nota: Ver Capítulo 16. Uso de Antibióticos en Pacientes sometidas a Cesárea. Normas de Atención del Embarazo de Alto Riesgo. Vol. I Pg. 58.

12. REQUERIMIENTOS PREOPERATORIOS PARA LA CESÁREA

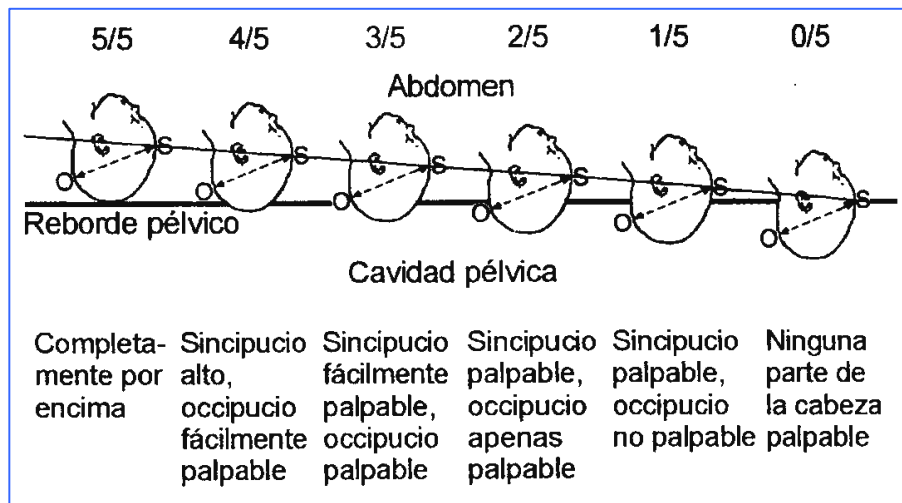
- A. Antes de la operación cesárea deberán cubrirse los siguientes requisitos:
- a. Historia clínica perinatal completa, incluyendo exámenes de laboratorio y gabinete, cruce de sangre.
 - b. Consentimiento informado a la mujer o familiar responsable y firma de autorización para la operación cesárea.
 - c. En caso de que la paciente opte por una esterilización quirúrgica se deberá contar con el consentimiento informado y firmado por la paciente.
 - d. Nota preoperatoria en el expediente clínico en la que se fundamente la indicación de la operación cesárea; se dejará constancia de haber solicitado una segunda opinión, firmada por los ginecoobstetras responsables.
- B. Aplicación de la Estrategia de la Segunda Opinión
- a. La segunda opinión se deberá aplicar en todas las mujeres embarazadas o en trabajo de parto, en quienes se haya decidido realizar una cesárea electiva o de urgencia, excepto en aquellos casos de urgencias obstétricas que no permitan solicitarla por razones de tiempo. Tal es el caso de las siguientes urgencias obstétricas:
 - Hemorragia severa
 - Procidencia del cordón umbilical
 - Ruptura uterina
 - Cualesquiera complicación de la gestación que se considere que el tiempo requerido para contar con una segunda opinión pondría en riesgo a la madre o al producto.
 - b. La estrategia de la segunda opinión se aplicará en las unidades de atención obstétrica en cualesquiera de las siguientes modalidades:
 - De un médico interno, médico general o médico residente de gineco-obstetricia a un médico especialista en gineco-obstetricia
 - Entre dos médicos gineco-obstetras especialistas en el horario regular.
 - En aquellas circunstancias en que el hospital cuente con una plantilla reducida de personal médico, se deberá establecer modalidades propias, cumpliendo con las características antes señaladas.
 - c. Durante los turnos, la decisión final sobre la realización de la cesárea será tomada por el médico de mayor jerarquía y estará basada en la discusión y revisión del caso en apego a los lineamientos técnicos y normatividad oficial vigentes.
 - d. Cuando la cesárea es de tipo electivo, la estrategia de la segunda opinión se aplicará al momento del ingreso de la paciente a la unidad de atención hospitalaria. Si se toma la decisión de realizar la cesárea, con ello finaliza el proceso.
 - e. En caso de que la decisión se reconsidere y se decida no realizar la cesárea y esperar, la paciente regresará a su domicilio o al área de hospitalización de acuerdo a la decisión del médico gineco-obstetra del hospital. El proceso se reiniciará nuevamente al existir una nueva indicación. Si las condiciones clínicas de la paciente se modifican, deberá realizarse un nuevo proceso de segunda opinión.
 - f. Cualesquiera que haya sido la decisión tomada, se deberá dejar constancia por escrito en el expediente clínico, refiriendo las consideraciones de los dos médicos y de ser factible, la firma de ambos.
 - g. En todas las unidades de atención obstétrica deberán estar disponibles y accesibles las Normas y lineamientos técnicos para consulta del personal operativo.

- h. El Nivel Nacional (MINSA y CSS), los Comités Regionales y Hospitalarios de Mortalidad Materna y Perinatal deberán contribuir a vigilar los índices de cesáreas en los niveles que les corresponden.
- i. Las Autoridades de cada Hospital con atención materna 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.
- j. Cada institución de salud, ya sea del sector público o privado, implantará sistemas de registro para la vigilancia de este indicador.

XX. USO DEL PARTOGRAMA

1. Se utilizará el partograma de la OMS modificado que elimina la fase latente. Ver Figura N° 3. El registro gráfico en el partograma empieza en la fase activa cuando el cérvix uterino tiene 4 cm de dilatación.
2. Registre los siguientes datos en el partograma:
 - a. Información sobre la paciente: Nombre completo, grava, para, número de historia clínica, fecha y hora de ingreso y el tiempo transcurrido desde la ruptura de las membranas.
 - b. Frecuencia cardíaca fetal: Registre cada media hora.
 - c. Líquido amniótico: Registre el color en cada exámen vaginal utilizando letras para indicar:
 - I = Membranas intactas
 - C = Membranas rotas, líquido claro
 - M = Meconial
 - S = Sanguinolento
 - d. Moldeamiento: Registre utilizando los números del 1 al 3 para indicar:
 - 1 = Suturas lado a lado
 - 2 = Suturas superpuestas, pero reducibles
 - 3 = Suturas superpuestas y no reducibles.
 - e. Dilatación del cuello uterino: Evalúe en cada examen vaginal. A los 4 cm de dilatación comience el registro en el partograma utilizando una cruz (X) a partir de la cual se marca la línea de alerta.
 - f. Línea de alerta: Se inicia la línea a partir de los 4 cm de dilatación hasta el punto de dilatación total esperada, a razón de 1 cm por hora.
 - g. Línea de acción: Es paralela a la línea de alerta y se traza 4 horas a la derecha de la línea de alerta.
 - h. 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 sincipicio (S) está a nivel de la sínfisis del pubis.

Figura N° 3. Evaluación del descenso mediante la palpación abdominal



- i. Para controlar el descenso puede utilizarse, en vez del método descrito antes, los Planos de De Lee, los cuales se anotan como un círculo (O) en cada exámen vaginal.
- j. Horas: Se refiere al tiempo en horas transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).
- k. Tiempo: Registre el tiempo real.
- l. Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones en 10 minutos y la duración de las mismas en segundos. Utilice la siguiente simbología:

Menos de 20 segundos	
Entre 20 y 40 segundos	
Más de 40 segundos	
- m. Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos i.v. en gotas por minuto, cada 30 minutos.
- n. Medicamentos suministrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.
- o. Pulso: Registre cada 30 minutos y marque con un pequeño círculo. (o)
- p. Presión arterial: Registre cada 4 horas y marque con flechas
- q. Temperatura: Registre cada 2 horas
- r. Proteína, acetona y volumen: Registre cada vez que se produce orina.

Figura N°4. Partograma de la OMS modificado.

Nombre	Grava	Para	N°H.CL.
Fecha de Admisión	Hora de Admisión	Ruptura de Membranas	Horas
Frecuencia cardíaca fetal 200 180 170 160 150 140 130 120 110 100 80 80			
Líquido amniótico Moldeamiento			
Cervix (cm) 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 -1 -2 -3 -4 -5 -6 -7 -8 -9 -10			
Horas Tiempo			
Contracciones por min 5 4 3 2 1			
Oxitocina U/L Gotas/min			
Medicamentos y Líquidos i.v.			
Pulso 180 170 160 150 140 130 120 110 100 90 80 70 60			
PA			
Temp °C			
Proteína Acetona Volumen			

XXI. ATENCIÓN INTEGRAL DE LA MUJER

A. ATENCIÓN GINECOLÓGICA

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

Las Normas establecidas en el presente documento definen acciones esenciales propias de la atención integral de la mujer que deben darse de forma rutinaria en toda consulta, sea ésta por médico general, especialista o personal de enfermería 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, del estado de inmunización, así como necesidades de atención en aspectos del área psico-social.
2. Todo caso de patología ginecológica tales como diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, Infecciones ginecológicas, tumores benignos o malignos, ginecología infante-juvenil, ginecología geriátrica, deberá ser referido al gineco-obstetra y tendrá prioridad sobre los controles de salud.
3. El manejo de las Infecciones de Transmisión Sexual debe ser conocido y aplicado tanto por el especialista como por el médico general y el personal de enfermería.
4. En toda consulta a mujeres en edad fértil, sin importar el motivo de la consulta, debe evaluarse sus necesidades en materia de regulación de la fecundidad y ofrecer servicios de planificación familiar con la debida orientación.
5. Se debe recomendar la suplementación con 60 mg de hierro semanal y 250 mcg de ácido fólico diario a toda mujer en edad fértil con intenciones de embarazarse. Si tiene antecedentes de malformaciones congénitas en embarazos previos, la dosis de ácido fólico debe aumentarse a 500 mcg diarios.
6. Recordar que debe vacunarse contra el Tétanos a toda mujer en edad fértil embarazada o no que por cualquier motivo entre en contacto con los servicios de salud.
 - A toda mujer en edad fértil con esquema completo se le administrará un 2° Refuerzo 10 años después del 1er Refuerzo. La mujer en edad fértil que sólo recibió una dosis de T.T. o T.D. se le aplicarán las dosis subsiguientes de acuerdo al esquema.
 - Debe entregarse una Tarjeta de Vacunación del Adulto a toda mujer en edad fértil vacunada.
 - Debe revisarse el estado vacunal de toda mujer en edad fértil con relación a la vacuna contra la Rubéola.
7. Se ofrecerán consultas especializadas de Ginecología en los Hospitales y otras Unidades ejecutoras, según nivel de complejidad, cuyos servicios deben incluir Unidades de Patología Cervical y Colposcopia.

8. Se llevará registro estadístico de las patologías ginecológicas y se promoverá investigaciones epidemiológicas sobre las mismas.
9. Se efectuarán reuniones clínico patológicas para discutir la morbimortalidad ginecológica.
10. Se promoverá la capacitación del personal de atención en aspectos generales y específicos de la atención ginecológica.

B. GINECOLOGÍA INFANTO-JUVENIL

1. Los casos de ginecología infantil o juvenil que lo requieran 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 sexual y reproductiva de acuerdo a su edad y condición, según las Normas de Salud Integral del Adolescente.

C. GINECOLOGÍA GERIÁTRICA

1. La patología ginecológica de las pacientes perimenopáusicas o climatéricas serán atendidas preferentemente por el gineco-obstetra.
2. Las mujeres en edad perimenopáusica o en el climaterio deben ser evaluadas con respecto a factores de riesgo o predisponentes de osteoporosis y considerar referencia al especialista para evaluar necesidad de terapia de remplazo hormonal u otro tratamiento específico.
3. Se promoverá la educación en salud sobre estilos de vida saludables, alimentación, vida sexual, salud mental y autocuidado de la salud y medidas de prevención del Síndrome Climatérico y la Osteoporosis, a toda mujer premenopáusica o climatérica.

D. DETECCIÓN DE CÁNCER CERVICOUTERINO

1. La toma de Papanicolaou es parte esencial de la rutina de atención de toda mujer en cualquier tipo de consulta, independientemente del motivo de la misma. Es obligación de la persona que provee la atención de verificar si la paciente requiere un examen de Papanicolaou y en este caso tomarlo, para evitar perder una oportunidad de detección.
2. La detección debe realizarse en mujeres de 15 años y más con vida sexual activa. La búsqueda activa deberá priorizar a la población de mujeres de 25 a 59 años de edad, con énfasis en aquellas que no son usuarias de los programas de salud reproductiva.
3. El médico, la enfermera u otro personal capacitado revisará el carnet de papanicolaou de la paciente si lo tiene, de no ser así, le expedirá un carnet con la toma de la citología. En el carnet debe anotarse la fecha de la toma, el número de Papanicolaou, el resultado cuando se obtiene y la fecha de la próxima cita.
4. Se revisará en el expediente de la paciente el formulario de solicitud de citología y en el mismo se anotarán los datos actualizados de la nueva citología.
5. Se tomará la muestra citológica a toda mujer que asista a la consulta y tenga más de un año desde su último papanicoloau.

6. Podrá considerarse el espaciamiento de la toma de papanicolaou a cada tres años, según criterio médico, en casos de pacientes sin factores de riesgo, con cuello clínicamente sano, que presenten resultados negativos consecutivos en los últimos tres años.
7. 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.
8. El funcionario que toma la citología cervicovaginal anotará la actividad en el Registro Diario de Consulta.
9. La lectura de las citologías es responsabilidad de los laboratorios de citodiagnóstico, los cuales son responsables de llevar las estadísticas según resultado y edad de la paciente. Los citotecnólogos llenarán diariamente un registro diario de lectura.
10. Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social llevarán el registro de las actividades de detección a través de la recopilación de las estadísticas de lectura y resultados de Papanicolaou de todos los laboratorios de citología nacionales y regionales de ambas instituciones. Registros Médicos y Estadísticos del Ministerio de Salud solicitará esta información de los laboratorios de citología privados.
11. Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia llevarán el Registro de sus actividades de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento y enviarán sus informes semestrales y anuales a Registro Médicos y Estadísticos Regionales y de allí la información se remitirá al nivel nacional.
12. Toda paciente cuyo resultado de PAP reporte PAP inflamatorio a repetición, infección por el virus del papiloma Humano (IVPH), neoplasia intraepitelial cervical (NIC), lesión intraepitelial de bajo grado o de alto grado (LIE-BG, LIE-AG) y Cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia o en su defecto a un Gineco-obstetra Colposcopista.
13. Toda paciente con una lesión clínica sospechosa o franca de cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia, independientemente del resultado de papanicolaou.
14. 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.
15. La auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor es obligatoria y es responsabilidad de la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia que la misma se realice. Se utilizará el formulario de Auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor y se enviará copia del mismo a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia.
16. Se promoverá la formación especializada de personal médico y técnico dedicado a las actividades del programa: citología, cito-patología, colposcopia y biopsia, técnicas quirúrgicas ambulatorias y hospitalarias.
17. 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 de la citología cervicovaginal y la interpretación de los resultados de la misma.

E. DETECCIÓN DEL CÁNCER DE MAMAS

1. En todo exámen físico realizado a una mujer se realizará el examen de las mamas y la orientación a la paciente sobre el autoexamen de las mamas, así como la orientación a la paciente sobre la conveniencia de realizarse el tamizaje mamográfico según su edad y factores de riesgo.
2. Se referirá a toda paciente a quien se le sospeche o detecte una patología mamaria a consulta especializada.
3. Toda mujer será educada sobre como realizar el auto examen de las mamas, todos los meses después de terminado el periodo menstrual.
4. Se promoverá el tamizaje mamográfico de acuerdo a la edad y los factores de riesgo.
 - a. Mamografía a cualquier edad: si existen signos clínicos sospechosos de cáncer.
 - b. Mamografía de base a partir de los 35 años, si hay factores de riesgo
 - c. Mamografía cada 2 años: Mujeres entre los 40 y 50 años.
 - d. Mamografía cada año: A partir de los 50 años de edad.
5. Registros Médicos y Estadísticos mantendrá actualizados los datos estadísticos de morbimortalidad por cáncer de mamas en las instituciones públicas.
6. El Registro Nacional del Cáncer mantendrá actualizada la información estadística de morbimortalidad 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 y de la ANCEC.
7. Se cumplirá con las indicaciones sobre el manejo del cáncer mamario contenidas en las Normas de tratamiento del Instituto Oncológico Nacional.

F. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

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

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

G. ATENCIÓN DE LA PAREJA INFERTIL

1. 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.
2. 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.
3. Habrá coordinación entre laboratorios, institutos y hospitales docentes para que se realicen las pruebas diagnósticas especializadas.
4. Se coordinará con otras especialidades médicas la investigación y tratamiento de los factores masculinos de la infertilidad.
5. Se estudiará por posible infertilidad todos los casos de parejas que teniendo relaciones sexuales sin protección por un año no hayan logrado un embarazo.
6. En la primera consulta ginecológica se realizarán las siguientes acciones:
 - a. Evaluación clínica de la pareja
 - b. Solicitud de exámenes de laboratorio a la pareja: Hemograma completo, urinálisis, tipaje y RH, glicemia y serología luética, VIH
 - c. Se solicitarán de acuerdo a criterio médico los siguientes exámenes:
 - Espermograma
 - Curva de temperatura basal
 - Ultrasonografía pélvica
 - Histero-salpingografía
 - Laparoscopia
 - Pruebas hormonales
 - Prolactina, FSH, LH del 3° - 5° día del ciclo
 - Progesterona del 21° - 23° día del ciclo
 - En pacientes en amenorrea: Prolactina, FSH, LH, Progesterona juntas
 - Histerosalpingografía del 8° -10° día del ciclo
 - Ultrasonograma pélvico entre el 12° - 15° día del ciclo
7. En la consulta subsiguiente:
 - a. Evaluación de los laboratorios
 - b. Referencia a la clínica especializada del hospital respectivo con el diagnóstico presuntivo acompañado de la copia de los resultados de los exámenes realizados.

XXII. PLANIFICACIÓN FAMILIAR

A. OBJETIVO GENERAL

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

B. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Garantizar la libre elección de las personas en su opción reproductiva.
2. Fomentar 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 técnico administrativos para la atención en los servicios de planificación familiar.
5. Contribuir a la disminución de la inequidad de género en la educación, información y servicios de planificación familiar.
6. Fomentar los derechos reproductivos y derechos humanos de los y las usuarias.
7. Eliminar las barreras médicas innecesarias a la práctica de la planificación familiar.

C. ESTRATEGIAS DEL PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Respeto a los derechos de los y las usuarias de los servicios de planificación familiar.
 - a. Toda persona usuaria tiene derecho a ser atendida con discreción, confidencialidad y con respeto a su privacidad.
 - b. Tiene derecho a obtener del proveedor de forma clara y comprensible, la información sobre su diagnóstico, tratamiento y procedimientos; información sobre la sexualidad y función de los órganos sexuales y reproductivos y sobre las características, beneficios, efectos y posibles complicaciones, posibilidades de falla y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.
 - c. Conocer la identidad de los proveedores de los servicios y de las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.
 - d. Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas y el cumplimiento de estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos.
 - e. Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización, tener derecho a un intérprete cuando no habla el idioma español.
 - f. Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención; recibir explicaciones acerca de su condición, procedimientos técnicos implícitos, riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
 - g. No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario; no ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo.
 - h. Consultar una segunda opinión; participar voluntariamente o rehusar participar en proyectos de investigación.
 - i. Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido información sobre los mismos.
 - j. Respeto a sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura.
 - k. Derecho a reclamo o resarcimiento por daños y perjuicios por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.
2. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos
 - a. Disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
 - b. Tener acceso en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres a servicios de atención que incluyan planificación familiar y salud reproductiva.
 - c. Ser atendidos en salud reproductiva sin ningún tipo de coacción.

- d. Decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y disponer de la información y los medios necesarios para poder hacerlo.
 - e. A que las instituciones de salud velen por que se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
3. Mejoramiento de la calidad de los servicios de planificación familiar
- a. Brindar información veraz, completa y oportuna sobre la variedad y eficacia de los métodos anticonceptivos, disponibilidad de los mismos para garantizar la decisión libre e informada y garantizar la disponibilidad y acceso de los mismos.
 - b. Garantizar la habilidad técnica de los proveedores de servicios de planificación familiar.
 - c. Fomentar relaciones interpersonales proveedor-usuario que favorezcan una oferta de servicios con calidad y respeto a los derechos humanos.
 - d. Organizar los servicios de manera que favorezcan la atención integral y de todos los aspectos asociados a la salud reproductiva.
 - e. Asegurar en los hospitales con atención materna la consejería en anticoncepción post evento obstétrico.
 - f. 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.
4. Aplicación del Enfoque de género
- a. Promover la equidad y la igualdad de los sexos y los derechos de las personas, así como eliminar la violencia intrafamiliar.
 - b. Poner en práctica el enfoque de género por los proveedores de salud para orientar la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva, la prevención de las prácticas sexuales de riesgo, la prevención de la violencia intrafamiliar y el abuso sexual.
 - c. Contribuir a disminuir la morbilidad producto de la inequidad y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre hombres y mujeres dentro de las familias.
 - d. Fomentar la participación y responsabilidad de los varones en salud reproductiva.
 - e. Promover el desarrollo de información y servicios para varones.
5. Disposiciones generales
- a. Los servicios generales que se imparten por personal médico y de enfermería de las instituciones de salud, agentes comunitarios y médicos privados debe comprender las siguientes actividades:
 - Promoción y difusión
 - Información y educación
 - Consejería
 - Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos
 - Identificación y manejo o referencia de casos de infertilidad y esterilidad.
 - b. Se brindará atención y orientación a toda persona que solicite un método de planificación familiar en el momento que lo solicita, incluyendo adolescentes.
 - c. La prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

- d. Además de información, el usuario interesado debe ser orientado y en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.
- e. Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.
- f. Los proveedores de servicios de planificación familiar estarán capacitados sobre las indicaciones, contraindicaciones específicas y efectos secundarios de cada método anticonceptivo incluyendo aspectos anatómicos, fisiológicos y psicosociales.
- g. El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.
- h. Los locales en donde se presten los servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgos para su salud.
- i. Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta norma.
- j. Cada nivel es responsable de hacer la programación anual de planificación familiar y determinar la cantidad de anticonceptivos requeridos para el desarrollo del programa.
- k. Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta norma.
- l. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos o de costo mínimo cuando sean prestados por instituciones del sector público.
- m. A todo adolescente se le educará sobre las ventajas de posponer el inicio de vida sexual, los riesgos del embarazo precoz, sobre sexualidad y reproducción humana y sobre los métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los adolescentes con vida sexual activa. De requerirlos, se les facilitará sin costo, el método anticonceptivo que seleccionen con base a la orientación recibida.
- n. Se promoverán investigaciones sobre la aceptabilidad, eficacia, efectos secundarios y complicaciones de los métodos anticonceptivos utilizados en nuestro medio.

D. COMPONENTE ADMINISTRATIVO

1. Funciones de los niveles administrativos
 - a. Nivel Central: El Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, dependencia de la Sub-Dirección General Salud, a través del Programa de Salud Integral de la Mujer es responsable de normar, supervisar, monitorear y evaluar las actividades del Programa de Planificación Familiar. La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud tiene la responsabilidad de planificar, organizar y asegurar la provisión y calidad de los servicios. Los aspectos de promoción son responsabilidad prioritariamente de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud.
 - b. Nivel Regional: La Dirección Regional de Salud es responsable final de la gerencia, conducción, supervisión y evaluación de las actividades de planificación familiar en el ámbito de su jurisdicción, teniendo en cuenta las normas técnicas que deben ser adecuadas a la realidad local.

Las actividades del programa en este nivel son coordinadas por el encargado del Programa de Salud Integral de la Mujer quien tiene la responsabilidad de la organización, supervisión, monitoreo y la adaptación local del programa, así como la vigilancia del cumplimiento de las actividades en el nivel regional y en los establecimientos de salud.

c. Nivel local: La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del Programa de Planificación Familiar de acuerdo a las normas establecidas y su nivel de complejidad.

- Hospitales: La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del programa de planificación familiar de acuerdo a las normas. La Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia designará al coordinador del programa, conduciendo ambas estas actividades.

Los Hospitales que desarrollen actividades docentes deberán optimizar el uso del campo clínico para la formación de profesionales de salud de acuerdo a la competencia de atención de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.

- Policlínicas, Centros de Salud, Policentros, ULAPS, CAPs: 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.
- Puestos de Salud: La Jefatura del Centro de Salud de referencia es responsable de que las actividades del programa de planificación familiar se realicen de acuerdo a las normas y el nivel de complejidad. Los proveedores de servicios de este nivel tienen la responsabilidad de actuar de acuerdo a su competencia técnica, a las normas del programa y el respeto a los derechos de las personas.

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

Personal de Salud	Tipo de atención en salud reproductiva																
	Consejería y orientación	Métodos Naturales	MELA	Condón	Espermicida	A. Orales combinados	A. Inyect. Combinados	A. O. Sólo Progestágeno	A. Iny. Sólo Progestágeno	D.I.U.	Implantes Progestágeno	Salping	Vasectomía	Detección y DX. CACU	Violencia	Inmunización MEF	Infertilidad
Ginecologo obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Urólogo	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X		X
Médico general	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	X	
Enfermera obstetra	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	
Enfermera capacitada en P.F.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X				X	X	X	
Auxiliar de enfermería	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	
Ayudante de salud	X	X	X	X	X	X	X	X	X					X	X	X	
Promotor comunitario	X	X	X	X	X	X		X							X		

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

3. Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar

- 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:

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

- b. Información, Educación y Comunicación

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

Contenidos de los mensajes:

- Sexualidad y salud reproductiva en el aspecto físico, psicológico y sociocultural.
- Factores de riesgo relacionados a la salud reproductiva en las diferentes etapas de la vida.
- Responsabilidad en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
- Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.
- Prevención del cáncer cervicouterino y de mama.
- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Conducta que deben esperar de los proveedores de servicios.
- Derechos reproductivos.
- Responsabilidad compartida de la pareja en relación a la fecundidad.
- Promoción de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos de máxima eficacia a los adolescentes para evitar embarazos no deseados y prevenir ITS-VIH/SIDA.

- c. 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.

4. Consejería

- a. La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud o promotores de salud comunitarios, que hayan recibido capacitación especial adecuada a su nivel de resolución.
- b. El consejero debe preservar el carácter privado y confidencial de la consejería, imprimir respeto en el trato con el usuario, mostrar interés, tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre anticonceptivos y hacer aclaraciones pertinentes con delicadez y sensibilidad.
- c. La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:
 - Sus características
 - Efectividad anticonceptiva
 - Indicaciones, contraindicaciones y precauciones
 - Forma de administración
 - Lineamientos generales para la prescripción
 - Duración de la protección anticonceptiva
 - Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir
 - Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva
 - Cuando proceda, información sobre el costo.
- d. La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles acompañado de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.
- e. La consejería debe tomar en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados.
- f. El consejero debe constatar que los aceptantes han comprendido la información completa sobre las características, uso y riesgos de los diferentes métodos, así como su responsabilidad por el buen uso de los mismos. En virtud de que no existe un método 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.
- g. La consejería debe dar particular atención a los adolescentes; los usuarios que solicitan métodos permanentes; individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión; en el puerperio postaborto, postparto y postcesárea; cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo.

- h. La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes debe ir precedido por consejería, debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en el expediente.

5. Sistema de Información

- a. Con el objetivo de tomar decisiones para mejorar la calidad de la atención se recolectará información mediante el uso de los formularios establecidos.
 - Formulario de Registro Diario de Actividades del Programa de Planificación Familiar
 - Consolidado Mensual de Planificación Familiar
- b. La información consolidada del mes vencido será enviada desde los establecimientos que brindan servicios de planificación familiar a Registros Médicos y Estadísticos Regionales durante los primeros 7 días del mes. Esta a su vez enviará la información consolidada de la Región al encargado de la coordinación del Programa de Planificación Familiar y a Registros Médicos y Estadísticos del Nivel Central.

6. Sistema Logístico

- a. Tiene como objetivo garantizar la disponibilidad de insumos en las cantidades y condiciones adecuadas para la prestación de los servicios. Este sistema está conformado por una serie de actividades.
 - Selección de los anticonceptivos
 - Proyección y estimación de cantidades a ser adquiridas.
 - Adquisición
 - Recepción, almacenamiento, manejo de inventarios y niveles de existencia, reempaque, procesamiento de pedidos.
 - Distribución y envío a niveles inferiores
 - Mantenimiento de stocks adecuados de insumos de anticonceptivos en los servicios.
- b. La disponibilidad de insumos anticonceptivos temporales se garantiza a través de:
 - Inventario físico de existencias una vez al año o cada seis meses.
 - Análisis de datos de inventarios y de consumo
 - Control de inventarios máximos y mínimos
 - Sistema de información logística que consta de registros e informes de existencia, de consumo y de movimiento.
- c. Directivas 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 de Farmacias 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 de farmacia deberán llevar una hoja de análisis de insumos anticonceptivos.
- Los insumos serán remitidos por el almacén central de farmacias a los regionales utilizando los documentos oficiales.
- Los almacenes regionales de farmacia enviarán mensualmente los insumos a los establecimientos del nivel local utilizando los formatos correspondientes.
- La entrega de insumos anticonceptivos a los usuarios se debe realizar en el consultorio de planificación familiar.

E. SELECCIÓN, PRESCRIPCIÓN Y APLICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS.

1. Los métodos anticonceptivos se clasifican en temporales y permanentes y son los siguientes:
 - a. Temporales
 - Hormonales orales
 - Hormonales inyectables
 - Hormonales subdérmicos
 - Dispositivo intrauterino
 - De barrera y espermicidas
 - Naturales y/o de abstinencia periódica
 - b. Permanentes
 - Oclusión tubárica bilateral
 - Vasectomía
2. Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe efectuar en la primera consulta:
 - a. Interrogatorio. Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo reproductivo.
 - b. Examen físico en función de la capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
 - c. Consejería que garantice la selección informada de un método específico por el usuario.
 - d. Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso correcto.
 - e. De ser factible se iniciará el método en la primera consulta.
 - f. Solicitud de exámenes de laboratorio que se consideren necesarios según la evaluación y el criterio médico. No ordenar exámenes de laboratorio de forma rutinaria.
 - g. Verificar si la paciente tiene pendiente toma de papanicolaou u otra acción preventiva como la vacuna antitetánica o antirubeola. Estas actividades deben ofrecerse pero no deben representar una precondition al ingreso al programa de planificación familiar.
 - h. Referir a otra unidad de salud cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método seleccionado.
 - i. Otorgar cita subsiguiente.
3. Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.

4. Cuando además de la prevención del embarazo, se desee evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, sólo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.
5. Durante las consultas subsiguientes se realizarán las siguientes actividades:
 - a. Evaluación de probables complicaciones por el uso del método y revisión de exámenes ordenados.
 - b. Determinación de cambio de método de ser necesario.
 - c. Cita subsiguiente.

F. PROGRAMAS COMUNITARIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

1. Se promoverán programas comunitarios de planificación familiar con apoyo de los ayudantes de salud y la colaboración de proveedores comunitarios sobre todo en las áreas postergadas.
2. Se capacitará o actualizará a los ayudantes de salud y proveedores comunitarios para dar orientación sobre métodos de planificación, discriminar factores de riesgo, aplicar algunos métodos accesibles y referir a niveles de mayor complejidad según lo requiera el método seleccionado.
3. El proveedor comunitario promoverá la lactancia materna exclusiva (Método MELA) en las púerperas como el método más natural y resaltará su efectividad siempre que se practique estrictamente durante los primeros 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 de microdosis y deberá saber identificar factores de riesgo que los contraindiquen a través del siguiente cuestionario:
 - FUM; signos y síntomas sugestivos de embarazo
 - Problemas presentes o pasados relacionados a trombosis, embolismo, cardiopatías.
 - Edad mayor de 35 años.
 - Hábito de fumar.
 - Antecedente de cáncer de mama
 - Enfermedades activas del hígado; tumores hepáticos, antecedente de ictericia durante el embarazo.
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial
 - Sangrado vaginal anormal durante los últimos 3 meses o post-coito
 - Ingesta de Rifampicina o anticonvulsivantes.
6. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo antes mencionados el proveedor comunitario deberá referir a la usuaria a la consulta de Planificación Familiar en el Centro de Salud.
7. Descartados los factores de riesgo dará la orientación e iniciará el método.
8. En caso de presentarse molestias o síntomas que la usuaria o el proveedor consideren preocupantes, la paciente será referida a la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud sin discontinuar el método.

G. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina.

a. Formulación

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (15 – 50 ug) o mestranol (50 – 100 ug). La dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 ug de etinil estradiol o de 50 ug de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (400 ug – 1 mg), norgestrel (300 – 500 ug), gestodeno (75 ug), norgestimato (250 ug), desogestrel (150 ug) o derivados de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

b. Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de anticonceptivos orales combinados:

- Los que 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.
- Las que contienen dosis variables de estrógeno y de progestina en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.
- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con estrógeno solo, seguido por 6 tabletas o grageas con dosis fijas de estrógeno más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

c. Efectividad anticonceptiva

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

d. Indicaciones

Están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o 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 intergenésico
- En el postaborto inmediato
- En el postparto o postcesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

e. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, 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
- Alteraciones de la coagulación

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada
- Hipertensión arterial
- Diabetes Mellitus
- Migraña focal
- Leiomiomas uterina
- Tener o haber tenido cáncer cervico-uterino

g. Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales orales combinados, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros 5 días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.

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 cuando se presente el sangrado menstrual.

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

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

No es necesario ni recomendable hacer una pausa durante la planificación con anticonceptivos orales, independientemente del tiempo que los haya utilizado.

h. Duración de la protección anticonceptiva

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

i. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar cefalea, náusea, vómitos, mareo, mastalgia, cloasma, manchado intermenstrual.

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

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

- Sospecha de embarazo
- Cefalea intensa
- Alteraciones visuales
- Dolor torácico intenso
- Disnea
- Dolor de miembros inferiores
- Ictericia
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.

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

- En caso de olvido de una tableta o gragea: Tomar al día siguiente dos tabletas o grageas.
- En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: Ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes y adicionar un método de barrera por siete días.
- En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas: El método ya no es efectivo. Se debe utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y continuar la ingestión de tabletas o grageas.
- La diarrea y los vómitos intensos puede interferir con la efectividad del método. En estos casos se recomienda el uso adicional de un método de barrera por siete días y continuar tomando las tabletas o grageas.

k. Seguimiento de la usuaria

- Se efectuará mediante una visita inicial al mes 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 y por difícil acceso.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

2. Hormonales orales que sólo contienen progestina

a. Formulación

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

b. Presentación

Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

c. Efectividad anticonceptiva

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

d. Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el postparto o postcesárea, con o sin lactancia materna y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el postaborto inmediato.

e. Contraindicaciones

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

f. Precauciones

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

g. Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primer y antes del sexto día de la menstruación, se deberá usar un método de barrera como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.
- Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea siempre a la misma hora.
- En el postparto o postcesárea cuando la mujer está lactando, se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

h. Duración de la protección anticonceptiva

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

i. Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

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

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

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

El uso del método se debe suspender si se presenta:

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

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

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

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial al mes y posteriormente una vez al año o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se dotará de tabletas o grageas.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras y por difícil acceso.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

3. Anticoncepción de emergencia

a. Formulación

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

b. Dosis a administrar

- Método de Yuzpe: 1 mg de estrógeno + 0.5 mg de levonorgestrel, por ejemplo:
 - 4 tabletas de dosis baja (p. ej. Lo/Femenal, Microgynon 30, Nordette, Ovral L)
 - 2 tabletas de dosis alta (p.ej. Eugynon 50, Neogynon, Noral, Ovral)
 - La primera dosis se administra en el momento que acuda, dentro de las primeras 72 horas de las relaciones sexuales (coito) no protegidas.

- Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
Nota: De acuerdo al tipo de tabletas administrado, entregar igual cantidad de tabletas adicionales, con la recomendación de que las tome, en caso de que se produzca vómito en las primeras horas de la ingesta de la primera toma. La segunda dosis se mantendrá a las 12 horas como acordado al inicio.
 - Anticonceptivos sólo de Progestina: 0.75 mg de levonorgestrel, por ejemplo:
 - 20 tabletas de 0.0375 mg de levonorgestrel (p. ej. Ovrette)
 - 25 Tablet as de 0.03 mg de levonorgestrel (p. ej. Microlut, Microval, Norgestron)
 - La primera dosis se administra dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
 - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
Nota: De acuerdo al tipo de tabletas administrado, entregar igual cantidad de tabletas adicionales, con la recomendación de que las tome, en caso de que se produzca vómito en las primeras horas de la ingesta de la primera toma. La segunda dosis se mantendrá a las 12 horas como acordado al inicio.
- c. Efectividad anticonceptiva
Bajo condiciones habituales de uso, las píldoras sólo de Progestina brindan protección anticonceptiva en un 85% y las píldoras combinadas son aproximadamente en un 75% eficaces. 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.
- d. 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.
- e. Contraindicaciones
Dado que se toman durante un tiempo breve las contraindicaciones relativas al uso de anticonceptivos orales corrientes no son aplicables.
- f. Precauciones
Los proveedores deben considerar antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migrañas focales agudas y enfermedad grave del hígado. Las directrices de elegibilidad médica de la OMS respecto a estas enfermedades, dicen que las ventajas de usar las píldoras contrarrestan los riesgos teóricos o comprobados
- g. Duración de la protección anticonceptiva
Sólo protegen de las relaciones sexuales que se tuvieron en las últimas 72 horas.
- h. Efectos colaterales.

- 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.

i. Seguimiento de la usuaria

- La menstruación en la mayoría de los casos se presenta en la fecha prevista, pudiendo presentarse unos días antes o después de la fecha esperada.
- En caso de retraso menstrual de una o dos semanas es necesario hacer una prueba de embarazo.
- Debe tener abstinencia de relaciones sexuales o uso de método de barrera (condón) hasta que se presente el sangrado menstrual.
- Debe reforzarse la consejería para que la usuaria adopte un método anticonceptivo adecuado de rutina.

4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógenos y progestinas.

a. Formulación

- Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.
- Además de estrógeno contienen una de las siguientes progestinas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg) o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

b. Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesteron 75 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de solución oleosa.

c. Efectividad anticonceptiva

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

d. Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.

- En el postaborto.
- En el postparto o postcesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

e. Contraindicaciones

- Lactancia materna en los primeros seis meses postparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, 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.
- Alteraciones de la coagulación

f. Precauciones

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

g. Forma de administración

- Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección.
- La primera aplicación debe hacerse en los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- En el postparto o postcesárea cuando la mujer no está lactando, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.
- Después del aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable inmediatamente.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. Debe suministrarse un método alterno en el interin.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

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

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

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

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

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

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

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres o cuatro ampollas. El número que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras y por difícil acceso.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal.

5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.

a. Formulación

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

b. Presentación

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

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

c. Efectividad anticonceptiva.

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

d. Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- En el postparto o postcesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el postaborto.

e. Contraindicaciones.

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

f. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor de 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Tener o haber tenido cáncer del cérvix

g. Forma de Administración

- Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección.
- La primera aplicación debe efectuarse en los primeros siete 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 postparto cuando la mujer está lactando, la aplicación debe iniciarse después de la sexta semana.
- En el postparto, cuando la mujer no va a lactar, puede aplicarse la primera inyección durante los primeros 28 días.
- En el postaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

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

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

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

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

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

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

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a los 3 meses y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará

el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden entregar tres a cuatro ampollitas. El número de ampollitas 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.

6. Método hormonal subdérmico.

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

a. Formulación

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

b. Presentación

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

c. Efectividad anticonceptiva.

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

d. Indicaciones

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

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos está contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el postparto o postcesárea, con o sin lactancia materna.
- En el postaborto inmediato.

e. Contraindicaciones

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

f. Precauciones

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

- Migraña focal.
 - Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años en mujeres con peso mayor de 70 kg.
- g. Forma de administración.
- Las cápsulas 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 postcesárea con lactancia, la inserción debe efectuarse después de la sexta semana de puerperio.
 - La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva.
- h. Técnica de inserción.
- Se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables para aplicar anestesia.
 - La usuaria debe estar acostada boca arriba durante la inserción.
 - Seleccionar el brazo izquierdo si es diestra, el derecho si es zurda.
 - La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con antiséptico.
 - Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm en una zona de piel sana en la cara interna del brazo. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trocar estéril calibre 10, en dirección opuesta al codo. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.
 - No se requiere sutura. Se aplica una pequeña venda.
- i. Técnica de remoción.
- Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes y marcarlas con pluma o bolígrafo.
 - La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con antiséptico.
 - Se aplica anestesia bajo los implantes en su extremo más inferior.
 - Se hace una pequeña incisión por la cual se extraen las cápsulas una a una empezando por las más accesibles.
 - En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.
- j. Duración de la protección anticonceptiva.
Hasta cinco años después de la inserción.
- k. Efectos colaterales.
Algunas mujeres pueden presentar:
- Hematoma en el área de inserción.
 - Infección local.

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

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

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

En caso de embarazo, remover los implantes.

- l. Conducta a seguir en caso de problemas con los implantes.
 - En caso de expulsión de uno o más implantes, deben remplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas.
 - En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben removerse y remplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto.

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

7. Dispositivos intrauterinos

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

- a. Presentación

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

- b. Efectividad anticonceptiva.

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

- c. Indicaciones.

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

 - Antes del primer embarazo.
 - En el intervalo intergenésico
 - En el postparto, trans y postcesárea, con o sin lactancia.
 - En el postaborto.

d. Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Utero con histerometría menor de 6 cm
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria activa.
- Presencia de corioamnionitis.

e. Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia de endometrio.
- Anemia y padecimientos hemorragíparos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedente de Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de ruptura prematura de membranas.
- Antecedente de trabajo de parto prolongado.

f. Tiempo de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: Insertar preferiblemente durante la menstruación, o en cualquier días 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.
- Prealta: al egreso hospitalario después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Postaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas post aborto, post parto y post cesárea.

g. Técnica de inserción en el intervalo intergenésico.

- Informar a la usuaria de cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.
- Exploración pélvica bimanual para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.
- Con la ayuda de un 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, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor de 6 cm no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor de 6 cm se inserta el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia de los sitios de presión, se recortan los hilos guía a 2 cm del cérvix y se retira el espéculo vaginal.

h. Técnica de inserción postplacenta con ayuda de la pinza de anillos (Forester).

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

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

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

i. Técnica manual de inserción post-alumbramiento..

- El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
- Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

j. Técnica de inserción transcesárea con pinza de anillos (Forester).

- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester 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 jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.

- Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.
- k. Técnica de inserción manual transcesárea.
- Se toma el DIU entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
 - La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue hasta el fondo de la cavidad.
 - Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
 - Se retira la mano de la cavidad cuidando de no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.
 - Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.
- l. Técnica de inserción postaborto.
- La inserción del DIU en postaborto 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 de con pinza.
 - Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con la técnica manual o con pinza según fue descrito.
- m. Técnica de inserción en el periodo prealta.
- El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la aplicación post-alumbramiento y post-aborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como para aquellas que hubieran superado la causa de contraindicación o precaución.
- n. Duración de la protección anticonceptiva.
- La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo TCu 380A y TCu 220C es de diez años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente. 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.
- o. Efectos colaterales.
- Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como:
- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.
 - Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual.
- Las usuarias deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.
- Los efectos colaterales deben ser tratados si las molestias persisten más allá de 90 días. Debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

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

p. Seguimiento de la usuaria.

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

8. Oclusión tubárica bilateral

a. Descripción

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

b. Efectividad anticonceptiva.

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

c. Indicaciones.

Mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen o requieran un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Ser mayor de 28 años de edad y tener como mínimo tres hijos.
- Razones médicas que contraindiquen el embarazo. En este caso se excluyen los requisitos anteriores de edad y paridad.
- Las pacientes que no reúnan los requisitos arriba señalados serán sujetas a una evaluación especial por una Comisión Hospitalaria.
- Solicitud aprobada por la Comisión Hospitalaria encargada de autorizar y firmar las esterilizaciones que se efectúen. Esta Comisión estará conformada por el Director del Hospital o quien delegue y dos especialistas Ginecoobstetras.
- Es requisito indispensable que la solicitante esté debidamente informada sobre la irreversibilidad de la técnica y acepte por escrito esta situación.

d. Contraindicaciones.

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

e. Precauciones

- Discrasias sanguíneas
 - Anemia severa.
 - En el postparto, 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, en el postparto, transcesárea y postaborto.
- g. Técnica.
- Según el caso se utilizará anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general. La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
 - La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.
 - El procedimiento de oclusión tubárica puede ser por salpingectomía y ligadura; salpingotomía (fimbriectomía); técnica de Pomeroy, Uchida e Irving; Mecánica (anillos de Yoon o electrofulguración).
 - Como procedimiento de elección se recomienda la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.
- h. Lineamientos generales para la prescripción.
- Consejería amplia previa a su realización.
 - Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria o de su representante legal.
 - Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda anestésico.
 - Debe ser efectuada por personal médico debidamente capacitado.
 - Puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
 - El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- i. Duración de la protección anticonceptiva.
Este método es permanente.
- j. Efectos colaterales.
- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico.
 - Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
 - Administrar analgésico en caso de ser necesario.
 - Puede reiniciar actividad laboral a los ocho días postcirugía, 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 deber ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

k. Seguimiento de la usuaria.

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

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

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones serán anuales.

Siempre que sea posible, en la revisión anual se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

9. Vasectomía

a. Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

b. Efectividad anticonceptiva.

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

c. Indicaciones.

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa que deseen o requieran un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Haber cumplido 28 años y tener un mínimo de tres hijos.
- Razones médicas que contraindiquen la reproducción. En este caso no aplican los requisitos anteriores.
- Los pacientes que no reúnan los requisitos arriba señalados serán sujetos a una evaluación especial por una Comisión Hospitalaria.
- Solicitud aprobada por la Comisión Hospitalaria encargada de autorizar y firmar las esterilizaciones que se efectúen. Esta Comisión estará conformada por el Director del Hospital o quien delegue y dos especialistas del servicio correspondiente.
- Es requisito indispensable que el solicitante esté debidamente informado sobre la irreversibilidad de la técnica y acepte por escrito esta situación.

d. Contraindicaciones.

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.
- Infección en el área operatoria.

e. Precauciones.

- Hidrocele.
 - Varicocele.
 - Filariasis escrotal.
 - Hernia inguino escrotal
 - Enfermedades hemorragíparas.
- f. Técnica tradicional con bisturí.
Es el procedimiento quirúrgico por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.
- g. Técnica de Li sin bisturí.
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 previo a su realización.
 - Autorización escrita del consentimiento informado del usuario o de su representante legal.
 - El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.
 - El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención debidamente acondicionadas.
 - El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- i. Duración de la protección anticonceptiva.
Este método anticonceptivo es permanente.
La vasectomía no es efectiva de forma inmediata. Pueden encontrarse espermatozoides hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativos u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.
- j. Efectos colaterales.
No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
- Equimosis.
 - Infección de la herida quirúrgica.
 - Granuloma.
 - Hematoma.
- k. Conducta a seguir.
- Reposo domiciliario de cuatro horas postcirugía, con aplicación alterna de bolsa de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.
 - Puede reiniciar actividad laboral a los dos días postcirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
 - Se debe suspender las relaciones sexuales por siete días.

- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado por siete días mientras está sentado o de pie.
- Tomar analgésicos y antiinflamatorios de ser necesario.
- Si el usuario detecta algún problema relacionado a la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

1. Seguimiento del usuario.

- La visita inicial se programará durante la primera semana postcirugía. Las siguientes anualmente durante los dos primeros años o antes si el usuario lo considera necesario.
- 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.

10. Condón o preservativo

a. Descripción.

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

El condón o preservativo es una bolsa de plástico (látex), que se aplica al pene en erección para evitar el paso de los espermatozoides. Algunos contienen además un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.

b. Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 – 97%.

c. Indicaciones

Hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

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

d. Contraindicaciones

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

e. Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

f. Forma de uso

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

g. Lineamientos generales para su prescripción.

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

h. Efectos colaterales

Intolerancia al látex o al espermicida.

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

i. Seguimiento del usuario

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

11. Espermicidas

a. Descripción

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

b. Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 – 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

c. Formulaciones

- Cremas: El vehículo es ácido esteárico 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 polisulfúrico.
- Espumas de aerosol: El vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y fre´n. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

d. Indicaciones

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

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

e. Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

f. Forma de administración.

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

g. Lineamientos generales para su prescripción.

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

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos colaterales.

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

En estos casos reforzar la consejería y cambiar de método.

j. Seguimiento de la usuaria.

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

12. Métodos naturales o de abstinencia periódica.

a. Descripción

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

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

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

- Método sintotérmico.
- b. Efectividad
Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan una protección anticonceptiva del 70 – 80%.
- c. Indicaciones
Parejas en edad fértil con vida sexual activa que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen un método de mayor efectividad por cualquier causa.
- d. Contraindicaciones.
- Riesgo reproductivo elevado.
 - Ciclos menstruales irregulares.
 - Inhabilidad de la mujer para reconocer las características del ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal.
 - Personas que no estén en condiciones de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- e. Lineamientos generales para su prescripción.
- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicios y la pareja usuaria.
 - Proporcionar una adecuada información para lograr mayor efectividad del método.
 - La pareja debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos fértiles, determinados de acuerdo a los procedimientos descritos para cada método.
- f. Duración de la protección anticonceptiva.
Se extiende dependiendo de su práctica constante y correcta.
- g. Efectos colaterales.
No se describen efectos colaterales, sin embargo cuando existe falta de colaboración entre la pareja, puede ser motivo de desavenencias y tensión emocional. En estos casos, se debe reforzar la consejería y de ser necesario, recomendar cambio de método.
- h. Seguimiento de la pareja.
De acuerdo a las necesidades de la pareja, para evaluar el conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.
- i. Técnica del Método del Calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.
Consiste en abstenerse de tener relaciones sexuales durante el periodo fértil del ciclo. Si el ciclo menstrual es de cada 28 día la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales durante los días 10° - 20° del ciclo. Si la paciente no tiene ciclos regulares, debe realizar la observación de sus periodos menstruales por al menos tres meses. La pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

j. Técnica del Método de la temperatura.

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

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

- La mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad.
- Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso, seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad.
- El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos dedos se observa filante, es decir que se estira como la clara del huevo. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual, en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.
- Deben registrarse las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible.
- El último día de secreción de moco se llama cúspide. Se marca con una X y sólo se puede confirmar al día siguiente, cuando vuelve al patrón infértil o días secos, que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del 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 cúspide.
 - Los días de menstruación
 - Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

l. 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.

13. Método de Lactancia Amenorrea (MELA)

a. Descripción:

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

b. Efectividad:

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

c. Indicaciones:

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

d. Contraindicaciones:

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

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

e. Lineamientos generales para su prescripción:

- El proveedor debe asegurarse que la usuaria comprenda el concepto de lactancia materna exclusiva, es decir dar el pecho de día y de noche a libre demanda del niño o niña.
- Los medicamentos y vitaminas que el médico ordene al bebe no alteran la exclusividad de la lactancia.
- Debe explicarse a la usuaria, que el sangramiento que ocurre durante los primeros 56 días postparto no se consideran menstruación.
- La protección anticonceptiva puede durar más allá de los seis meses postparto, en mujeres que siguen las prácticas óptimas de la lactancia.

f. Duración de la protección anticonceptiva:

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

g. Efectos colaterales:

Intolerancia a la amenorrea, resequedad vaginal. No se describen otros efectos colaterales, sin embargo cuando existe falta de colaboración entre la pareja, puede ser motivo de desavenencias y tensión emocional.

h. Seguimiento de la pareja:

De acuerdo a las necesidades de la pareja, para evaluar el conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería y de ser necesario, recomendar el cambio a un método más efectivo.

XXI. BIBLIOGRAFÍA

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

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

ANEXOS

**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL
FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN Y EVALUACIÓN
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER**

PROGRAMACIÓN					EVALUACIÓN												
ACTIVIDAD	UNIVERSO	POBLACIÓN META		CON CEN TRACIÓN	ACT. PRO GRA MADAS	CONSULTAS	INGRESO AL PROGRAMA		% CUM META	Trimestre de ingreso al programa							
		N°	%				TOTAL	N°		%	I°		2°		3°		
											N°	%	N°	%	N°	%	
CONTROL PRENATAL																	
ALTO RIESGO																	
BAJO RIESGO																	

ATENCIÓN DEL PARTO/PUERPERIO

PERSONAL CAPACITADO			
INSTITUCIONAL			
PUERPERAS			

N°	%		N° Embarazadas según control recibido al final de la gestación											% Cob.			
	U	M	C	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9				
			N°														
			%														

INMUNIZACIÓN			
TD			
MR			

INMUNIZADAS								1ª DOSIS	
TOTAL		PREVIAS		REFUERZO		2ª DOSIS		N°	%
N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		

PLANIFICACIÓN FAMILIAR			
TOTAL			
NUEVAS			
SUBSECUENTES			
TOMA DE PAPANICOLAOU			
TOTAL			
NUEVAS			
SUBSECUENTES			

P. FAMILIAR		% Cumplimiento		% DIU	
USUARIAS	N°	UNIV.	META	% ACO	
TOTAL				% INYECTABLES	
NUEVAS				% OTROS MÉTODOS	
SUBSEC.				% ADOLESCENTES EMBARAZADAS	
PAPANICOLAOU				N° MUERTES MATERNAS	
TOTAL				N° MUERTES PERINATALES	
NUEVAS				% EMBARAZADAS DE BAJO PESO	
SUBSEC.				% COB. PAP en grupo de 25 – 59 años	

INSTRUCTIVO PARA EL USO DEL FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN – EVALUACIÓN

A. PROGRAMACIÓN

1. Definiciones

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

2. Control Prenatal

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

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

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

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

- a. **Universo:** Se obtiene multiplicando el porcentaje estimado de embarazadas de alto riesgo por el número de embarazadas establecidas como población meta.

Ejemplo: $\frac{20 \times 4,500}{100} = 900$ embarazadas de alto riesgo

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

4. **Prenatales de bajo riesgo:** Son las embarazadas sin riesgos aparentes o patologías.

- a. **Universo:** El universo de bajo riesgo se obtiene restando las embarazadas de alto riesgo esperadas de la población meta.

Ejemplo: $4,500 - 900 = 3,600$ embarazadas de bajo riesgo.

Población meta: Se debe programar la captación del 80% de las embarazadas de bajo riesgo.

Ejemplo: $\frac{3,600 \times 80}{100} = 2,880$

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

- a. **Universo:** Es igual al del control prenatal total.

- b. **Población meta:** La población meta debe ser igual a la de control prenatal.

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

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

a. Universo: El universo es igual al de Control Prenatal.

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

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

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

7. Puérperas: El universo y meta es igual al del Control Prenatal total.

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

8. Inmunización:

a. Toxide Diftérico: El universo y meta son iguales al del Control Prenatal.

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

9. Planificación Familiar:

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

Ejemplo: Mujeres de 15 – 49 (MEF)	37,096
Universo de Control Prenatal	- <u>6,000</u>
	31,096

Asumiendo 15% de MEF esterilizadas

$\frac{37,096 \times 15}{100} = 5,564$	- <u>5,564</u>
	25,532 Universo

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

Ejemplo: 25,532 Universo
 - 4,200 Subsecuentes (Universo de subsecuentes)
 21,332 Universo de usuarias nuevas

c. Universo Usuarías Subsecuentes: Se refiere a las usuarias continuas de un método anticonceptivo. La cantidad de mujeres en el Programa del año anterior (p.ej. 4,200) representa el universo de usuarias subsecuentes.

d. Población Meta: Debe ser el 100% ya que se espera que permanezcan en el programa.

- e. **Población Meta de Planificación Familiar:** Para determinar la meta total de usuarias nuevas utilizamos el número de usuarias nuevas del año anterior y mantenemos o aumentamos la cifra según el recurso:

Ejemplo: Usuarias nuevas del año anterior: 1,250

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

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

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

$$\begin{array}{r} 4,200 \text{ usuarias subsecuentes} \\ + 2,133 \text{ usuarias nuevas} \\ \hline 6,333 \text{ población meta total} \end{array}$$

Esta cifra corresponde una meta del 25 % del universo de mujeres en edad fértil.

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

10. Toma de Papanicolaou

a. **Universo:** El universo corresponde a la población femenina de 15 años y más.

b. **Población meta:** Para calcular el número mínimo de citologías que debe programarse la Región como meta usamos la población femenina de 25 a 59 años, la cual representa el grupo de mayor riesgo. El porcentaje de población meta a cubrir se calcula dividiendo el número de mujeres de 25 – 59 años de responsabilidad de la Región o instalación de salud entre el total de mujeres de 15 años y más y se multiplica por 100.

Ejemplo: Comarca Ngobe Bugle $\frac{18,203 \times 100}{57,403} = 31.7\%$

Nota: La población de 15-59 se utiliza para establecer la meta, sin embargo la toma de PAP se realizará a toda mujer de 15 y más años con vida sexual activa y a las mayores de 59 años por igual.

11. Papanicolaous nuevos

a. **Universo:** Se refiere a las mujeres que se toman el PAP por primera vez o que su última citología fue tomada hace más de dos años. El universo de PAP nuevos se obtiene restando el número de PAP subsecuentes tomados el año anterior, de la población meta calculada.

Ejemplo: Si el año anterior se tomaron 3500 PAP subsecuentes y la meta programada es de 18,203 mujeres:

$$57,403 - 3,500 = 14,703 \text{ universo de PAP nuevos.}$$

b. **Población meta de nuevas:** Según los recursos debe ser establecida entre el 60 y 80% del universo.

Ejemplo: $\frac{14,703 \times 60}{100} = 8,821$ población meta de PAP nuevos

12. Papanicolaous subsecuentes:

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

13. Población Meta de Toma de Papanicolaou

Es la suma de la población meta de usuarias nuevas más el número de subsecuentes. Según el ejemplo: $8,821 + 3,500 = 12,321$

Esta cifra corresponde al 21.5% del total de mujeres de 15 y más y al 68% de mujeres de 25 – 59 años.

Ejemplo: $\frac{12,321 \times 100}{57,403} = 21.5\%$

$\frac{12,321 \times 100}{18,203} = 68\%$

B. EVALUACIÓN

1. Pre-natales

a. **Actividades realizadas:** Se refiere al número total de actividades realizadas en el periodo evaluado. N° total de consultas.

Total: Es la suma del número de consultas nuevas y subsecuentes que se realizaron y se desglosan las consultas de alto y bajo riesgo.

Ejemplo:

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

2. **Ingreso al Programa:** Número total de embarazadas que iniciaron su control prenatal en el periodo, desglosando en los siguientes renglones el número de pacientes de alto riesgo y de bajo riesgo. El porcentaje de ingresos con relación al universo se obtiene dividiendo el número de total de ingresos, así como el número de alto y bajo riesgo entre el universo respectivo y multiplicando por 100. Si el total de ingresos fuera de 3,020 embarazadas:

Ejemplo:

$$\frac{3,020 \times 100}{6,000} = 50\%$$

$$\frac{500 \times 100}{900} = 55\%$$

$$\frac{2,520 \times 100}{2,880} = 87\%$$

3. **Porcentaje de cumplimiento de meta:** El porcentaje de cumplimiento de meta se obtiene dividiendo el número total de ingresos, así como el número de alto y bajo riesgo número entre la población meta respectiva y multiplicando por 100. Si el total fuera de 3,020 ingresos:

Ejemplo:

$$\frac{3,020 \times 100}{4,500} = 67\%$$

$$\frac{500 \times 100}{900} = 55\%$$

$$\frac{2,520 \times 100}{3,600} = 70\%$$

Estas cifras también nos sirven para calcular el porcentaje de pacientes de alto riesgo que manejamos, sacando el porcentaje que su cifra representa del total de ingresos:

Ejemplo: $\frac{500 \times 100}{3,020} = 16\%$

14. **Trimestre de gestación de ingreso al Programa:** Número de prenatales que ingresaron al Programa según trimestre de gestación en la primera consulta. El porcentaje se obtiene dividiendo el número de mujeres que ingresaron en un determinado trimestre entre el total de ingresos y multiplicando por 100. Realice el cálculo para el total de mujeres en control prenatal, para el grupo de alto riesgo y el de bajo riesgo.

Ejemplo: Ingresos en el primer trimestre:

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

15. Partos atendidos

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

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

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

Ejemplo: $\frac{2,400 \times 100}{4,500} = 53.8\%$

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo: $\frac{800 \times 100}{6,000} = 13.3\%$

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

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

También puede calcular su cobertura de puerperio sobre la base de los partos atendidos:

$$\text{Ejemplo: } \frac{800 \times 100}{2,400} = 33.3\%$$

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

- a. **Número:** Las casillas del 0 al 10 especifican la cantidad de controles recibidos al término del embarazo con 37 semanas y más.
- b. **Porcentaje:** Calcule los porcentajes de cada grupo dividiendo el número de cada casilla entre el total de embarazadas a término y multiplicando por 100.
- c. **Cobertura (Captación) de control prenatal:** Es el porcentaje de embarazadas con al menos un control prenatal., es decir el total de embarazadas captadas. Para un determinado periodo son los ingresos más las nuevas en el año.

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

- d. **Porcentaje de embarazadas con control prenatal adecuado (5 y + controles):** Sume el total de embarazadas con 5 y más controles, divida entre el total de embarazadas que llegaron a término y multiplique por 100.

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

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

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

8. Inmunizadas con TD:

- a. **Total:** Anote el número de embarazadas que en el momento del parto estaban inmunizadas contra el Tétanos. Se suman las mujeres inmunizadas previo al embarazo y las que recibieron un refuerzo o la segunda dosis durante el embarazo. La cobertura se obtiene dividiendo el total de mujeres inmunizadas entre el total de partos ocurridos y se multiplica por 100.

$$\text{Ejemplo: } \frac{1,474 \times 100}{2,400} = 61.4\%$$

- b. **Previa:** Se refiere a las embarazadas que parieron y que estaban inmunizadas previo al actual embarazo.
- c. **Refuerzo:** Se refiere a las embarazadas que parieron y que recibieron un refuerzo de TD durante el embarazo o en el puerperio inmediato.
- d. **Segunda dosis:** Se refiere al número de mujeres que parieron y que recibieron la segunda dosis de TD durante el embarazo o en el puerperio inmediato.
- e. **Primera dosis:** Anote el número de mujeres que parieron y que recibieron sólo la primera dosis de TD durante el embarazo o en el puerperio inmediato.

9. Inmunizadas contra la Rubéola (MR):

- a. **Total:** Se suma el número de mujeres con vacuna previa al embarazo y las que recibieron la vacuna durante el puerperio. La cobertura se obtiene dividiendo este número entre el tota de partos ocurridos y multiplicando por 100.

- b. **Previa:** Mujeres que al embarazarse ya estaban inmunizadas contra la Rubéola. El porcentaje se obtiene dividiendo el número entre el total de inmunizadas y multiplicando por 100.

9. Planificación Familiar:

- a. **Total:** Anotar el número total de usuarias de métodos de planificación familiar, nuevas y subsecuentes.
- b. **Usuarias nuevas:** Anotar el número de mujeres que ingresaron al programa por primera vez o después de haber interrumpido el uso continuo de algún método anticonceptivo.
- c. **Usuarias subsecuentes:** Anote el número de usuarias continuas en el programa.
- d. **Porcentaje de cumplimiento:** Calcule para el total de usuarias, las nuevas y las subsecuentes el porcentaje de cumplimiento con relación al universo y a la meta.

10. Toma de Papanicolaou:

- **Total:** Anote el número total de mujeres a quienes se les tomó el Papanicolaou, nuevas y subsecuentes.
- **Nuevas:** Anote el número de mujeres que se tomaron el PAP por primera vez o que tenían más de dos años de haberse tomado la última citología.
- **Subsecuentes:** Anote el número de mujeres que se tomaron el último PAP hace más de un año, pero menos de dos años.
- **Repetido:** Anotar el número de citologías tomadas antes de un año del último examen. Esta cifra no debe sumarse para estimar la cobertura.
- **Porcentaje de cumplimiento:** Calcule para el total de Papanicolaous tomados, las nuevas y las subsecuentes el porcentaje de cumplimiento con relación al universo y a la meta.

11. Otros datos relevantes:

- a. **% DIU:** Número de mujeres con DIU entre el total de usuarias por 100.
- b. **% ACO:** Número de mujeres con ACO entre el total de usuarias por 100.
- c. **% Inyectables:** Números de mujeres con Inyectables entre el total de usuarias por 100.
- d. **% Otros métodos:** Número de usuarias de otros métodos entre el total por 100.
- e. **% Adolescentes embarazadas:** Número de adolescentes en control prenatal entre el total de embarazadas en control prenatal por 100.
- f. **Muertes maternas:** Número de muertes maternas en el periodo.
- g. **Muertes perinatales:** Número de muertes fetales tardías más neonatales precoces en el periodo.
- h. **% Embarazadas de bajo peso:** Número de embarazadas debajo del P10 de la tabla de peso para la talla según edad gestacional entre el total de embarazadas por 100.
- i. **% Cobertura PAP de 25 – 59:** Número de PAP tomados a mujeres de 25-59 entre población de mujeres de 25 – 59 años por 100.

REPÚBLICA DE PANAMÁ

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

EVOLUCION DEL CONTROL PERINATAL

FORM. Nº 1

CLAP - OPS / OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC. _____					Nº H. C. _____					
NOMBRE _____										EDAD años _____					ESTADO CIVIL _____					
DOMICILIO _____										menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 35 <input type="checkbox"/>					alfabeta <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
LOCALIDAD _____ TEL. _____										ESTUDIOS _____					ESTADOS _____					
Este color significa ALERTA	ANTECEDENTES PERSONALES										OBSTETRICOS									
	FAMILIARES										gestas									
	diabetes <input type="checkbox"/>										abortos <input type="checkbox"/>									
	hipertensión <input type="checkbox"/>										vaginales <input type="checkbox"/>									
hipertensión <input type="checkbox"/>										nacidos vivos <input type="checkbox"/>										
gemelares <input type="checkbox"/>										partos <input type="checkbox"/>										
otros <input type="checkbox"/>										cesáreas <input type="checkbox"/>										
TBC <input type="checkbox"/>										nacidos muertos <input type="checkbox"/>										
diabetes <input type="checkbox"/>										muertos 1ª sem. <input type="checkbox"/>										
hipertensión crónica <input type="checkbox"/>										después 1ª sem. <input type="checkbox"/>										
cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/>										RN con mayor peso _____ g										
infertilidad <input type="checkbox"/>										ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>										
otros <input type="checkbox"/>										algun RN menor de 2500g <input type="checkbox"/>										
gemelares <input type="checkbox"/>										gemelares <input type="checkbox"/>										
DUDAS <input type="checkbox"/>										GRUPO Rh _____										
ANTITETANICA <input type="checkbox"/>										FUMA <input type="checkbox"/>										
actual 1ª 2ª/R <input type="checkbox"/>										HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/>										
previa <input type="checkbox"/>										TRASLADO <input type="checkbox"/>										
sí <input type="checkbox"/>										lugar: _____										
PESO ANTERIOR TALLA (cm) _____										EX CLINICO normal <input type="checkbox"/>										
_____ kg										EX MAMAS normal <input type="checkbox"/>										
_____ FUM _____										EX ODONT normal <input type="checkbox"/>										
_____ FPP _____										PELVIS normal <input type="checkbox"/>										
_____ día mes año _____										PAPANIC normal <input type="checkbox"/>										
_____ día mes año _____										COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/>										
_____ día mes año _____										CERVIX normal <input type="checkbox"/>										
_____ día mes año _____										V D R L _____										
_____ día mes año _____										H b _____										
_____ día mes año _____										H b _____										

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorea									
peso (kg)									
tensión arterial máx/min (mm Hg)									
alt. uterina present. fondo CxL/PxL/Tx.									
F.C.F. (lat./min.) mov. fetal									
Atendió									

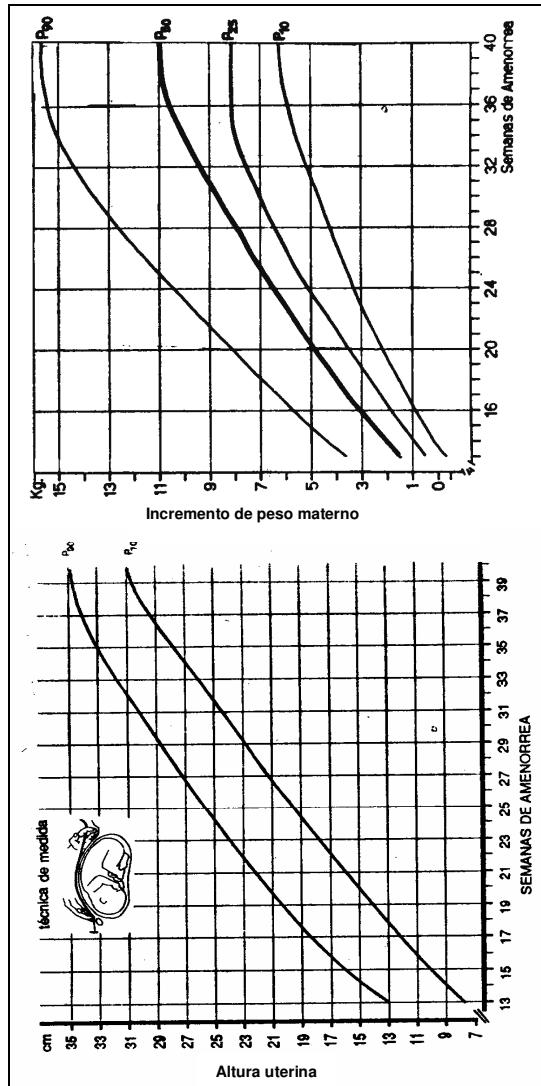
PARTO ABORTO	EDAD GEST. sem. _____	PRES. cef. <input type="checkbox"/>	TAMAÑO FETAL acorde <input type="checkbox"/>	INICIO esp. <input type="checkbox"/>	MEMB. int. <input type="checkbox"/>	TERMINACION espont. <input type="checkbox"/>	forceps <input type="checkbox"/>	cesárea <input type="checkbox"/>	otra <input type="checkbox"/>	INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION <input type="checkbox"/>	
	menor 37 <input type="checkbox"/>	pelv. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ind. <input type="checkbox"/>	rot. <input type="checkbox"/>	hora _____	min. _____	día _____	mes _____		año _____
	mayor 41 <input type="checkbox"/>	tran. <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ces. elect. <input type="checkbox"/>	rot. <input type="checkbox"/>	NIVEL DE ATENCION 3ª <input type="checkbox"/>	2ª <input type="checkbox"/>	1ª <input type="checkbox"/>	domic. <input type="checkbox"/>		otro <input type="checkbox"/>
	MUERTE intraut. <input type="checkbox"/>	EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/>	ALUMB. espont. <input type="checkbox"/>	ALUMB. compl. <input type="checkbox"/>	PLACENTA compl. <input type="checkbox"/>	ATENDIO médico <input type="checkbox"/>	obst. <input type="checkbox"/>	auxil. <input type="checkbox"/>	estud./emplr. <input type="checkbox"/>		otro <input type="checkbox"/>
si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	PARTO <input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/>	NEONATO <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS ninguna <input type="checkbox"/> orden <input type="checkbox"/> otras Infec. <input type="checkbox"/> anemia crónica <input type="checkbox"/> emb. múltiple <input type="checkbox"/> parasitosis <input type="checkbox"/> rot. pre. memb. <input type="checkbox"/> hipert. previa <input type="checkbox"/> R.C.I.U. <input type="checkbox"/> Infec. puerp. <input type="checkbox"/> preeclampsia <input type="checkbox"/> amen. parto prem. <input type="checkbox"/> nem. puerp. <input type="checkbox"/> eclampsia <input type="checkbox"/> desprop. cef. pelv. <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/> hemorragia 1º trim. <input type="checkbox"/> diabetes <input type="checkbox"/> hemorragia 2º trim. <input type="checkbox"/> Infec. urinaria <input type="checkbox"/> hemorragia 3º trim. <input type="checkbox"/>	
si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		
si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		
si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>		
RECEN NACIDO											
Nº H.C. RN _____											

SEXO f <input type="checkbox"/>	PESO AL NACER _____ g	TALLA _____ cm	EDAD POR EX. FISICO _____ sem.	PESO E.G. _____ g	APGAR 1º _____	REANIM. RESPIR. _____	VDRL _____
m <input type="checkbox"/>	menor 2500 g <input type="checkbox"/>	PER. CEF. _____ cm	menor de 37 <input type="checkbox"/>	adec. <input type="checkbox"/>	1º minuto _____	mascara <input type="checkbox"/>	_____
				peq. <input type="checkbox"/>	5º _____	tubo <input type="checkbox"/>	
				gde. <input type="checkbox"/>	6º o menor <input type="checkbox"/>		
EXAMEN FISICO normal <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS ninguna <input type="checkbox"/>	otras SDR <input type="checkbox"/>	Infecciones <input type="checkbox"/>	otras <input type="checkbox"/>	ALQJ. CONJUNTO <input type="checkbox"/>	HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/>	
anormal <input type="checkbox"/>	memb. hialina <input type="checkbox"/>	hemorragia <input type="checkbox"/>	defectos cong. <input type="checkbox"/>	neuroológicas <input type="checkbox"/>	si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
	sind. aspirat. <input type="checkbox"/>	hiperbilirub. <input type="checkbox"/>	metab/nutric. <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
	apnea <input type="checkbox"/>	otras hematol. <input type="checkbox"/>			si <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/>	
EGRESO R.N. _____	sano <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>	pecho <input type="checkbox"/>	PESO AL EGRESO _____ g	CONSEJO NA. TRANS. _____	ANTICONCEPCION _____	
hora _____	con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>	artificial <input type="checkbox"/>	_____ g	_____	condon <input type="checkbox"/>	ligadura tubaria <input type="checkbox"/>
día _____					día _____	ninguna <input type="checkbox"/>	D.I.U. <input type="checkbox"/>
mes _____					mes _____	referida <input type="checkbox"/>	píldora <input type="checkbox"/>
					año _____	con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>
						sana <input type="checkbox"/>	traslado <input type="checkbox"/>
						con patol. <input type="checkbox"/>	fallece <input type="checkbox"/>
							otro <input type="checkbox"/>

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

FORM. N° 2

CLAP - OPS / OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE										ESTABLEC.		N° H. C.																																																												
NOMBRE _____					EDAD años <input type="text"/>		ALFABETA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> aprob.		años <input type="text"/>		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>																																																											
DOMICILIO _____					menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 35 <input type="checkbox"/>																																																																			
LOCALIDAD _____					TEL. _____																																																																			
Este color significa ALERTA	ANTECEDENTES FAMILIARES		PERSONALES		OBSTETRICOS		nacidos vivos		viven		fin anterior embarazo																																																													
	diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		gestas <input type="checkbox"/> abortos <input type="checkbox"/> vaginales <input type="checkbox"/>		nacidos vivos <input type="checkbox"/>		viven <input type="checkbox"/>		mes <input type="text"/> año <input type="text"/>																																																													
	TBC pulmonar <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/>		ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>		nacidos muertos <input type="checkbox"/>		muertos 1ª sem. <input type="checkbox"/>		RN con mayor peso <input type="checkbox"/>																																																													
	hipertensión <input type="checkbox"/>		hipertensión crónica <input type="checkbox"/>		algun RN menor de 2500g <input type="checkbox"/>		partos <input type="checkbox"/> cesáreas <input type="checkbox"/>		después 1ª sem. <input type="checkbox"/>		g <input type="text"/>																																																													
gemelares <input type="checkbox"/>		cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/>		gemelares <input type="checkbox"/>																																																																				
otros <input type="checkbox"/>		infertilidad <input type="checkbox"/>																																																																						
otras <input type="checkbox"/>		otras <input type="checkbox"/>																																																																						
EMBARAZO ACTUAL		día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		DUDAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA actual 1ª <input type="checkbox"/> 2ª/R <input type="checkbox"/>		GRUPO Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>		FUMA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																												
PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg		TALLA (cm) <input type="text"/>		previa <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		mes gesta. <input type="text"/>		sensibil. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		oligamnios por día <input type="checkbox"/>		TRASLADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																												
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		EX. ODONT normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		PAPANIC normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		CERVIX normal <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		VDR L <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>																																																										
												H b <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>																																																												
												H b <input type="checkbox"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>																																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>fecha de la consulta</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>semanas de amenorrea</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>peso (kg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>tensión arterial máx/mín (mm Hg)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>alt. uterina / present. pube fondo / Cel/Pelv./Tr.</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>									fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9	semanas de amenorrea										peso (kg)										tensión arterial máx/mín (mm Hg)										alt. uterina / present. pube fondo / Cel/Pelv./Tr.										F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal										Atendió			
fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9																																																															
semanas de amenorrea																																																																								
peso (kg)																																																																								
tensión arterial máx/mín (mm Hg)																																																																								
alt. uterina / present. pube fondo / Cel/Pelv./Tr.																																																																								
F.C.F. (lat./min.) / mov. fetal																																																																								
ABORTO		EDAD GEST. <input type="text"/> sem. <input type="text"/>		PRES. <input type="checkbox"/> cef. <input type="checkbox"/> pelv. <input type="checkbox"/> tran. <input type="checkbox"/>		TAMAÑO FETAL acorde <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		INICIO <input type="checkbox"/> esp. <input type="checkbox"/> Ind. <input type="checkbox"/> ces. <input type="checkbox"/> elect. <input type="checkbox"/>		MEMB. <input type="checkbox"/> int. <input type="checkbox"/> rot. <input type="checkbox"/>		TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION <input type="checkbox"/>																																																										
MUERTE <input type="checkbox"/> intraut. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> emb. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> parto <input type="checkbox"/> ignora momento <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ALUMB. espont. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		DESGARROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		NIVEL DE ATENCION <input type="checkbox"/> 3ª <input type="checkbox"/> 2ª <input type="checkbox"/> 1ª <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		ATENDIO <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> enf./ obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./ empr. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																																																								
RECIENTE NACIDO		N° H.C. RN <input type="text"/>																																																																						
SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m		PESO AL NACER <input type="text"/> g		TALLA <input type="text"/> cm		EDAD POR EX. FISICO <input type="text"/> sem. <input type="text"/>		PESO E.G. <input type="checkbox"/> adec. <input type="checkbox"/> peq. <input type="checkbox"/> gde. <input type="checkbox"/>		APGAR 1ª <input type="text"/> minuto 5ª <input type="text"/>		REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> mascara <input type="checkbox"/> tubo <input type="checkbox"/>		VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>																																																										
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> ninguna <input type="checkbox"/> membr. hialina <input type="checkbox"/> sind. aspirat. <input type="checkbox"/> apnea <input type="checkbox"/>		otras SDR <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> hiperbillrub. <input type="checkbox"/> otras hematol. <input type="checkbox"/>		infecciones <input type="checkbox"/> defectos cong. <input type="checkbox"/> neurológicas <input type="checkbox"/> metab/nutric. <input type="checkbox"/>		ALQ. CONJUNTO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																														
EGRESO RN <input type="checkbox"/> sano <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/>		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ALIMENTO <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> mixto <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		PESO AL EGRESO <input type="text"/> g		día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/> con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> referida <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>																																																										



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

DÍA	MES

HOSPITALIZACIÓN

ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	DÍA	MES	DÍA	MES

OBSERVACIONES

CARNET PERINATAL

El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.

Es importante que la primera visita al Centro de Salud sea lo más pronto posible.

Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este Carnet contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, en el embarazo, parto, puerperio o control del recién nacido.

NOMBRE

DOMICILIO

TELÉFONO

**MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL
PANAMÁ**

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

FORM. N°3

CLAP OPS/OMS		HISTORIA CLINICA PERINATAL – BASE				ESTABLEC.		N° H. C.			
NOMBRE _____						EDAD años <input type="text"/> años <input type="text"/>		ALFABETA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no		ESTUDIOS <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> prim. <input type="checkbox"/> sec. <input type="checkbox"/> univ. <input type="checkbox"/> años aprob. <input type="checkbox"/>	
DOMICILIO _____						menor de 15 <input type="checkbox"/> mayor de 35 <input type="checkbox"/>		ESTADOS CIVIL <input type="checkbox"/> unión <input type="checkbox"/> casada <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> soltera <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		fin anterior embarazo <input type="checkbox"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	
LOCALIDAD _____						TEL. _____		nacidos vivos <input type="checkbox"/>		viven <input type="checkbox"/>	
ANTECEDENTES		PERSONALES		OBSTETRICOS		gestas		abortos		vaginales	
FAMILIARES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		TBC <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		gestas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		abortos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		vaginales <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		nacidos vivos <input type="checkbox"/>	
diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ninguno o más de 3 partos <input type="checkbox"/>		partos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		cesáreas <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		nacidos muertos <input type="checkbox"/>	
TBC pulmonar <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		hipertensión crónica <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		algun RN menor de 2500g <input type="checkbox"/>		gemelares <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		muertos 1° sem. <input type="checkbox"/>		RN con mayor peso <input type="text"/> g	
hipertensión <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		cirugía pélvico-uterina <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		infertilidad <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		gemelares <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		muertos después 1° sem. <input type="checkbox"/>		RN con mayor peso <input type="text"/> g	
otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		otros <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
EMBARAZO ACTUAL		PESO ANTERIOR <input type="text"/> kg		TALLA (cm) <input type="text"/>		DUDAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ANTITETANICA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		GRUPO <input type="checkbox"/> Rh <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/>	
PPV <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		actual 1° <input type="text"/> 2°/R <input type="text"/>		mes gesta. <input type="text"/>		FUMA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
EX. CLINICO normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		EX. MAMAS normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		EX. ODONT normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PELVIS normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PAPANIC normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		COLPOSCOPIA normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
CERVIX normal <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		V D R L <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		H b <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		H b <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		H b <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		H b <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>	
fecha de la consulta <input type="text"/>		semanas de amenorrea <input type="text"/>		peso (kg) <input type="text"/>		tensión arterial máx/min (mm Hg) <input type="text"/>		alt. uterina / present. pubis fondo <input type="text"/>		F.C.F. (lat./min.) <input type="text"/>	
Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Atendió <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
PARTO		ABORTO		CONSULTA PRENATAL		INGRESO		EDAD GEST.		PRES.	
ORIGEN <input type="text"/>		en el hosp. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		N° <input type="text"/>		día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		menor 37 <input type="checkbox"/> mayor 41 <input type="checkbox"/>		cef. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
hora <input type="text"/>		tensión arterial máx / min (mm Hg) <input type="text"/>		contracciones frac./10 min dur. seg. <input type="text"/>		altura <input type="text"/> var. posic. <input type="text"/>		F.C.F. (latidos / minuto) <input type="text"/>		F.C. mat. <input type="text"/>	
dilat. cerv. <input type="text"/>		meconio <input type="text"/>		ninguna <input type="checkbox"/> emb. múltiple <input type="checkbox"/>		hipert. previa <input type="checkbox"/> pre-eclampsia <input type="checkbox"/>		eclampsia <input type="checkbox"/> cardiopatía <input type="checkbox"/>		diabetes <input type="checkbox"/> infec. urinaria <input type="checkbox"/>	
TERMINACION espont. <input type="checkbox"/> forceps <input type="checkbox"/> cesárea <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		hora <input type="text"/> min. <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		NIVEL DE ATENCION <input type="checkbox"/> 3° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> domic. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		N° H.C. RN <input type="text"/>		nombre RN <input type="text"/>		nombre <input type="text"/>	
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION <input type="text"/>		ATENDIDO médico <input type="checkbox"/> enf./obst. <input type="checkbox"/> auxil. <input type="checkbox"/> estud./empir. <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		PARTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		NEONATO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		nombre <input type="text"/>		nombre <input type="text"/>	
MUERTE intraut. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		EPISIOTOMIA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		ALUMB. espont. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PLACENTA compl. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> anest. reg. <input type="checkbox"/> anest. gen. <input type="checkbox"/> analges. tranquil. <input type="checkbox"/> oclitoc. <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		otras Infec. <input type="checkbox"/> anemia crónica <input type="checkbox"/>	
DESGARROS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		MEDICACION EN PARTO <input type="checkbox"/> ning. <input type="checkbox"/> anest. reg. <input type="checkbox"/> anest. gen. <input type="checkbox"/> analges. tranquil. <input type="checkbox"/> oclitoc. <input type="checkbox"/> antibiot. <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>		RECIENTE NACIDO		TALLA <input type="text"/> cm		EDAD POR EX. FISICO <input type="text"/> sem.		PESO E.G. <input type="text"/> g	
SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>		PESO AL NACER <input type="text"/> g		PER. CEF. <input type="text"/> cm		menor de 37 <input type="checkbox"/>		APGAR 1° <input type="text"/> minuto <input type="text"/> 5° <input type="text"/> minuto <input type="text"/>		REANIM. RESPIR. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
EXAMEN FISICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		ninguna <input type="checkbox"/> otros SDR <input type="checkbox"/>		infecciones <input type="checkbox"/> otras <input type="checkbox"/>		ALQJ. CONJUNTO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		HOSPITALIZADO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		PUERPERIO	
memb. hialina <input type="checkbox"/> hemorragia <input type="checkbox"/> defectos cong. <input type="checkbox"/>		sind. aspirat. <input type="checkbox"/> hiperbilirrub. <input type="checkbox"/> neurológicas <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>		horas o días post parto o aborto <input type="text"/>		temperatura <input type="text"/>		pulso (lat./min.) <input type="text"/>	
apnea <input type="checkbox"/> otras hematol. <input type="checkbox"/> metab/nutric. <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>		metab/nutric. <input type="checkbox"/>		tensión arterial máx./min. (mm Hg) <input type="text"/>		invol. uterina <input type="text"/>		características de loquices <input type="text"/>	
EGRESO R.N.		sano <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		pecho <input type="checkbox"/> mbto <input type="checkbox"/>		PESO AL EGRESO <input type="text"/> g		EGRESO MATERNO		ANTICONCEPCION <input type="checkbox"/> condon <input type="checkbox"/> D.I.U. <input type="checkbox"/> píldora <input type="checkbox"/>	
hora <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/>		con patol. <input type="checkbox"/> fallece <input type="checkbox"/>		ALIMENTO <input type="checkbox"/> pecho <input type="checkbox"/> artificial <input type="checkbox"/>		egreso <input type="text"/> g		sana <input type="checkbox"/> traslado <input type="checkbox"/>		ligadura tubaria <input type="checkbox"/> ritmo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>	
Responsable: <input type="text"/>		Responsable: <input type="text"/>		Responsable: <input type="text"/>		Responsable: <input type="text"/>		Responsable: <input type="text"/>		Responsable: <input type="text"/>	

Este color significa ALERTA

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGIAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO	
50 GESTACION MULTIPLE 51 HIPERTENSION PREVIA 01 Hipertensión previa esencial complicando EPP 02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP 52 PRECLAMPSIA 04 Hipertensión transitoria del embarazo 05 Peciampsia leve 06 Preclampsia severa y moderada 53 Hipertensión previa con proteinuria sobreagregada 54 ECLAMPSIA 55 CARDIOPATIA 56 DIABETES 57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa 58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa 59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo 07 Test de tolerancia a la glucosa anormal 60 INFECCION URINARIA 08 Bacteriuria asintomática del embarazo 09 OTRAS INFECCIONES 62 Infecciones del tracto genital en el embarazo 09 Sífilis complicando EPP 10 Gonorrea complicando EPP 11 Malaria 12 Infección herpética anogenital (herpes simplex) 63 Hepatitis viral 64 TBC complicando EPP 65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP 66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO) 13 Incompetencia cervical 68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA 14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto 15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna 16 Otros partos obstruidos por causa fetal 69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE 17 Mola hidatiforme 18 Aborto espontaneo y aborto retenido 19 Embarazo ectópico 20 Aborto inducido y terapeutico 21 Amenaza de aborto 70 HEMORRAGIA DEL 2DO Y 3ER TRIMESTRE 22 Placenta previa con hemorragia 23 Desprendimiento prematuro de placenta 24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación 25 Ruptura uterina antes o durante el parto 26 Laceración obstétrica del cuello del utero 71 ANEMIA 27 Anemia por deficiencia de hierro 72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 28 Infección del saco amniótico y membranas 73 INFECCION PUERPERAL 29 Sepsis puerperal 30 Infección mamaria asociada al nacimiento 74 HEMORRAGIA POSTPARTO 31 Placenta retenida 32 Utero atónico 33 Laceraciones perineales de 1ero y 2do grado 34 Laceraciones perineales de 3ero y 4to grado 75 OTRAS PATOLOGIAS 35 Placenta previa sin hemorragia 36 Hiperemesis gravídica 37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión 38 Dependencia de drogas 39 Sufrimiento fetal 40 Polihidramnios 41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas) 42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical 43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio 44 Embolismo obstétrico 45 Falla de cierre de la herida de cesarea 46 Falla de cierre de la episiotomía 47 SIDA 48 HIV positivo 49 Neoplasia maligna del cuello uterino 50 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	030 010 O10.0 O10.4 O13 Y O14 O16 O13 O14 O11 O15 Z86.7 O24 O24.0 O24.1 O24.4 R73.0 O23.0-23.4 R82.7 O98.5-B54-A60 O23.5 O98.1 O98.2 B50-B54 A80 O98.4 O98.0 O98.8 P05 O60 O34.3 O64, O65, O69 O64 O65 O66 O20 O01 O02.1, O03 O00 O06, O04 O20.0 O44.1 O45 O46.0 O71.0, O71.1 O71.3 O99.0 D50 O42 O41.1 O85, O86 O85 O91 O72 O72.0, O72.2 O72.1 O70.0, O70.1 O70.2, O70.3 (resto de O00-O99) O44.0 O21 O268, O99.8 (condiciones en N00-N39) F10-F19 O68 O40 O41.0 O69 O74 O88 O90.0 O90.1 B20-B24 R75 C53 C50	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS 51 SINDROMES ASPIRATIVOS 52 APNEAS POR PREMATUREZ 53 OTROS SDR 01 Ductus arterioso persistente 02 Persistencia de la circulación fetal 03 Neumonía congénita 04 Neumotorax y enfisema intersticial 05 Taquipnea transitoria 06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo prenatal 54 HEMORRAGIAS (EXCLUYENDO INTRACRANIALES P52) 07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido 55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal 56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia) 57 HIPERBILIRRUBINEMIAS 08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh 09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO 10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino 58 OTRAS HEMATOLOGICAS 11 Policitemia neonatal 12 Anemia congénita 13 Otras afecciones hematológicas 59 INFECCIONES 14 Diarrea 15 Meningitis 16 Onfalitis 17 Conjuntivitis 59 Infecciones de la piel del recién nacido 18 Septicemia 19 Otras infecciones específicas del periodo prenatal 20 Enterocolitis necrotizante 49 Tétanos neonatal 60 Sífilis congénita 61 Enfermedades congénitas virales 62 MALFORMACIONES, DEFORMACIONES CONGENITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS 21 Espina bifida con y sin hidrocefalia 22 Hidrocefalia congénita 23 Otras malformaciones congénitas del SNC 24 Del sistema respiratorio 25 Del sistema circulatorio 26 Labio y paladar hendido 27 Del sistema digestivo 28 De los organos genitales 29 Del sistema urinario 30 Deformación congénita de la cadera 31 Anomalías cromosómicas 32 Síndromes malformativos afectando múltiples sistemas 63 NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES) 33 Hidrocefalia adquirida 34 Leucomalacia periventricular y cerebral 35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico 36 Hemorragia intracraneana no traumática 37 Convulsiones 38 Otras afecciones del estado cerebral 64 METABOLICA/NUTRICIONAL 43 Síndrome de "hijo de diabética" 44 Hipocalcemia and hipomagnesemia 45 Hipoglicemia 46 Otras afecciones perinatales del sistema digestivo 47 Problemas en la alimentación 64 OTRAS 39 HIV positivo 40 Retinopatía de la prematurez 41 Hernia inguinal 42 Falla renal congénita 48 Hipotensión/shock 65 Síndrome de daño por frío	P22.0 P24 P28.3 P28.4 Q25.0, P29.3, P23, P25, P22.1, P27 Q25.0 P29.3 P23 P25 P22.1 P27 P50-P55 P53 P26 P51 P55-P59 P55.0 P55.1 P59.0 P60-P61 P61.1 P61.3 (resto de P60-P61) (P35-P39, A09, G00, A54.3) A09 G00 P38 P39.1, A54.3 P39.4, L00 P36 (resto del P35-P39) P77 A33 A50 P35 O00-O99 Q05, Q07.0 Q03 (resto de Q00-Q07) Q30-Q34 Q20-Q28 Q35-Q37 Q39-Q45 Q50-Q56 Q60-Q64 Q65 Q90-Q99 Q87 G91 P91.1, P91.2 P10, P11, P14 P52 P90 P91 P70-P78 P70.0, P70.1 P71 P70.3, P70.4, E16.2 (resto de P75-P78) P92 (resto de P00-P96, Q00-O99) R75 H35 K40 P96.0 R57 P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION		MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	
01 Cesarea previa 02 Sufrimiento fetal agudo 03 Desproporción feto-pélvica 04 Alteración de la contractilidad 05 Parto prolongado 06 Fracaso de la inducción 07 Descenso detenido de la presentación 08 Embarazo múltiple 09 R. C. I. U. 10 Parto de pretérmino 11 Parto de postérmino 12 Presentación podálica 13 Posición posterior	14 Posición transversa 15 Ruptura prematura de membranas 16 Infección ovular (sospechada o confirmada) 17 Placenta Previa 18 Abruption placentae 19 Ruptura uterina 20 Preeclampsia y eclampsia 21 Herpes anogenital 22 Condilomatosis genital 23 Otras enfermedades maternas 24 Muerte fetal 25 Madre exhausta 26 Otras	01 Lidocaina o similar 02 Aminas simpatomiméticas 03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso) 04 Barbitúricos 05 Relajantes musculares 06 Diazepóxidos 07 Mependina 08 Espasmolíticos 09 Oxitocina 10 Prostaglandinas 11 Beta lácticos (Penicilinas-cefalosporinas) 12 Aminoglicosidos (gentamicina-amykacina) 13 Eritromicina 14 Metronidazol 15 Betamiméticos	16 Inhibidores de Prostaglandinas 17 Antagonistas del calcio 18 Sulfato de magnesio 19 Hidralazina 20 Beta bloqueantes 21 Otros antihipertensivos 22 Sangre y derivados 23 Heparina 24 Corticoides 25 Cardiotónicos 26 Diuréticos 27 Aminofilina 28 Insulina 29 Difenilhidantoina 30 Otros

GUÍA PARA EL USO CORRECTO, FLUJO Y MONITOREO DE LA HISTORIA CLÍNICA PERINATAL BASE

Uso Ambulatorio

1. El responsable del uso correcto de la HCPB en el nivel local es el Director Médico.
2. La HCPB es de uso obligatorio en todas las instalaciones públicas de salud.
3. A nivel ambulatorio debe iniciarse el llenado por quien capta a la embarazada. No debe postergarse el llenado para una segunda consulta.
4. Los datos deben ser anotados tanto en la HCPB ambulatoria, como en la Tarjeta de Control Prenatal (Carnet Perinatal).
5. El funcionario que atiende a la embarazada deberá llenar los datos de peso, talla y altura uterina y anotar en cada control los valores correspondientes. Anotará los mismos en las curvas de seguimiento del aumento de peso por edad gestacional y de aumento de la altura uterina del carnet perinatal y vigilará por desviaciones de los patrones normales.
6. Debe orientar a la embarazada que su carnet perinatal es su referencia hacia el hospital, de contra-referencia de puerperio y referencia del recién nacido sano y que debe exigirla a su egreso hospitalario.
7. La tarjeta de control prenatal es de propiedad de la embarazada y no debe dejarse en el expediente, excepto mientras la paciente esté 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. La enfermera del programa solicitará al nivel regional semanalmente, el envío de las tarjetas de control prenatal que se hayan quedado en el Hospital por alguna razón después del egreso de la puérpera. El nivel regional a su vez, solicitará su envío del Hospital o las recogerá periódicamente.
10. El nivel local (Enfermería y Registros Médicos) estarán pendientes de que exista la papelería necesaria y harán los pedidos al nivel regional.
11. Los datos del puerperio y los datos del recién nacido se transcribirán del carnet perinatal a la HCPB ambulatoria y se devolverá el carnet a la paciente.

Uso Hospitalario

1. El Director Médico del Hospital o Maternidad es el responsable del uso correcto de la HCPB en la Institución.
2. Se llenará la Historia Clínica Perinatal Intrahospitalaria en caso de terminación del embarazo, ya sea por aborto, parto vaginal o cesárea.
3. Toda embarazada que ingresa, debe presentar su carnet perinatal. Si la paciente no tiene carnet perinatal, se le llenará además de la HCPB intrahospitalaria, una HCPB ambulatoria que servirá de referencia a su egreso.
4. La información del carnet perinatal se transcribirá a la HCPB intrahospitalaria.
5. Los datos de la primera consulta y de la última consulta recibida durante el control prenatal se transcribirán en las columnas correspondientes de la HCPB intrahospitalaria.
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 debe faltar.

7. Todos los cuadros del carnet deben ser llenados con cruces. Los rectángulos con números del 0 en adelante. No debe dejar preguntas sin respuesta, excepto si no se realiza la actividad.
8. Reforzar en la madre que el carnet perinatal lleva la información del parto, del puerperio y también del recién nacido sano y que debe llevar la misma para presentarla tanto a control del 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 de la evaluación del recién nacido estén completos.
10. Se coordinarán las horas de visita de Ginecólogos y Pediatras a la Sala de Puerperio a fin de que no deban competir por el expediente de la madre para garantizar el llenado durante la visita de los datos que les competen.
11. El carnet perinatal se anexará al expediente de la madre mientras dure su hospitalización y se transcribirán todas las anotaciones que se hagan en la HCPB intrahospitalaria.
12. Se asignará un funcionario en cada sala responsable de revisar la calidad del llenado de HCPB intrahospitalaria y del carnet perinatal.
13. En caso de aborto y la paciente no tuvo control prenatal, la referencia se hará en la hoja de referencia común. Sin embargo, se llenará la HCPB intrahospitalaria a fin de incorporar sus datos 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. Si la paciente no tiene carnet perinatal debe llenarse una HCPB post mortem.
15. Las referencias (carnet perinatal) no entregadas en la sala al egreso de la puérpera, deberán ser enviadas a la Jefatura de Obstetricia, en donde se coordinará con Materno Infantil del Nivel Regional para su envío o recolección periódica y para su distribución al nivel local.

Recién nacido hospitalizado

1. La HCPB intrahospitalaria se adjuntará al expediente clínico del recién nacido hospitalizado y se completará al egreso del niño.
2. El expediente de la madre que egresa sin su hijo por hospitalización del mismo, se mantendrá retenido en Registros Médicos hasta el egreso del niño, cuando se devuelve la HCPB intrahospitalaria al expediente materno. A la madre se le entregará el carnet perinatal a su egreso.
3. Los recién nacidos hospitalizados recibirán a su egreso una referencia propia con su epicrisis completa.
4. Registros Médicos solicitará diariamente los egresos de recién nacidos hospitalizados y rescatará la HCPB intrahospitalaria, la cual 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 intrahospitalaria 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 entre 15 y 49 años, para determinar si estaba embarazada o tenía menos de un año de haber tenido un embarazo.

2. Los expedientes de los casos que se detecten serán revisados por el Comité de Muerte Materna Hospitalario para descartar o captar una posible muerte materna.
3. A los casos de muerte materna sin HCPB se le llenará la hoja intrahospitalaria post mortem, a fin de poder grabar esta historia en el SIP y se le anexará 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 computación para grabar los datos, deberán estar ubicados preferiblemente en el hospital de maternidad, en la Sala de Puerperio. De no ser posible, se ubicará en Registros Médicos y Estadísticos.
2. Aquellas instalaciones que no cuenten con equipo y deben enviar la HCPB intrahospitalaria 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 materno.
4. Se conformará una Comisión de Monitoreo de la HCPB bajo la dirección del Jefe de Servicios de Obstetricia. Estará conformada 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 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 un disquette con la información de la Institución al Nivel Central.
8. Deberá hacerse un respaldo (back up) mensual 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 o Instituciones 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. Para calcular las cantidades de material para imprimir la HCPB:
1 Resma de papel Bond de 20 libras 28 x 34 por cada 5000 hojas.
1 Resma de cartulina de 90 libras 22 ½ x 28 ½ para 3000 carnets perinatales
1 Lata de tinta amarilla Van Sone 2301 – Pantone Yellow de 2.2 libras
1 Lata de tinta negra Van Sone- Rubber Base plus 2230 de 2.2 libras Black 1
4. La distribución se hará por Región y cada Región dotará al nivel local.

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

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

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

VISITAS DOMICILIARIAS

MORBILIDAD

FECHA	MOTIVO	OBSERVACION	FECHA	IMPRESION DIAGNOSTICA	REFERENCIA

No. DE CONTROLES RECIBIDOS SEGUN EDAD

TRIMESTRE DE GESTACION QUE INGRESO A CONTROL

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

DATOS RELEVANTES: _____

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA TARJETA DE SEGUIMIENTO DE CASO

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

Procedimientos:

1. Colocar el tarjetario en un lugar accesible para el personal y coordinar su uso con Registros Médicos y Estadísticos.
2. Abrir una tarjeta a cada paciente que ingrese a control prenatal, planificación familiar y detección del cáncer Cérvico-uterino. 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 la consulta para ser utilizada 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).

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

Nombre: Nombre y apellido de la paciente. Puede agregarse el apodo.

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

Teléfono: De residencia, trabajo, familiar o vecinos. Anote con lápiz.

Fecha de nacimiento: Día, mes, año.

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

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

Programa: Salud Integral de la Mujer

Control: Actividad específica del programa. Ej. C. Prenatal, P. Familiar, Papanicolaou

Edad: Años cumplidos. Anote con lápiz. **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 en el próximo renglón la siguiente 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 brinda la atención.

Vacuna: Tipo de vacuna que se aplica al momento de la consulta.

Fecha de la vacuna: mes y año Ejemplo: 03/02

Visita domiciliaria Fecha: Día, mes, año

Motivo: Razón fundamental de la visita: Ej. Embarazada inasistente; Pap anormal

Observaciones: Información relevante de la visita.

Morbilidad:

Fecha: Fecha en la 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.

**REPUBLICA 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 ATENDIDO POR MES

Año	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Agos.	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				

INSTRUCTIVO PARA EL USO DE LA TARJETA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA PARTERA TRADICIONAL

Fecha de captación: Anote día, mes y año en que se captó a la partera

Instalación de salud: Instalación de salud responsable de darle el seguimiento.

Localidad: Lugar de procedencia de la partera.

Nombre: Nombre y apellido de la partera.

Sexo: Anote una F por femenino y una M por masculino

Edad: Edad en año cumplidos. Estimar la misma si no se conoce.

Sabe leer: Anote con una cruz

Sabe escribir: Anote con una cruz.

Partos atendidos por mes: Anote el año correspondiente y el número de partos que la partera reporta haber atendido. Enseñe a la partera a llevar un cuaderno con esta información.

Observaciones de interés: Anote datos adicionales: Ej. Partera indígena, no habla español.

Visita al hogar:

Fecha: Anote la fecha de la visita de supervisión realizada.

Higiene: Describa si la higiene de la vivienda y de la misma partera es buena, mala o regular. Puede aclarar en las observaciones la calificación. Ejemplo: animales dentro de la casa, sin agua para el aseo diario.

Equipo: Anote si la partera cuenta con algún tipo de equipo para atender partos. Describa en anotaciones el estado del mismo.

Firma: Firma del supervisor.

Educación continua:

Fecha: Anote la fecha en la que se dio educación a la partera.

Tema: Indique el tema sobre el cual se dio educación o reforzamiento a la partera.

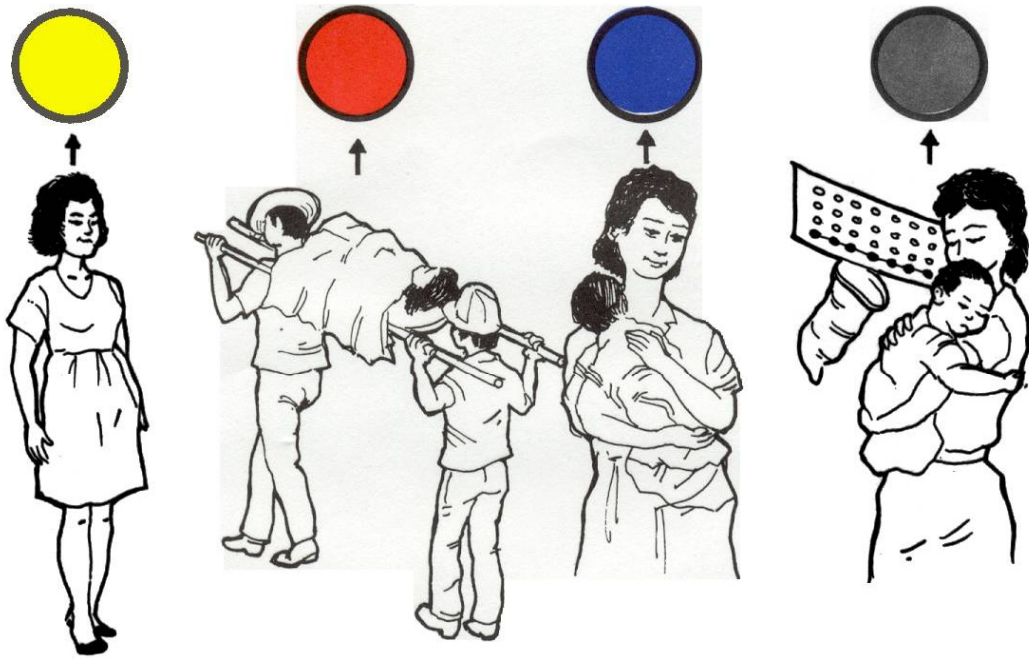
Observaciones: Anote datos de interés. Ej. Dificultades para comunicarse, etc.

Firma: Firma del facilitador.

Citas: Anotar la fecha en la que se invita a la partera a acudir al Centro de Salud para alguna actividad educativa, para un control de salud, para reponerle materiales y papelería, para recopilar hojas de atención del parto.i

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 _____

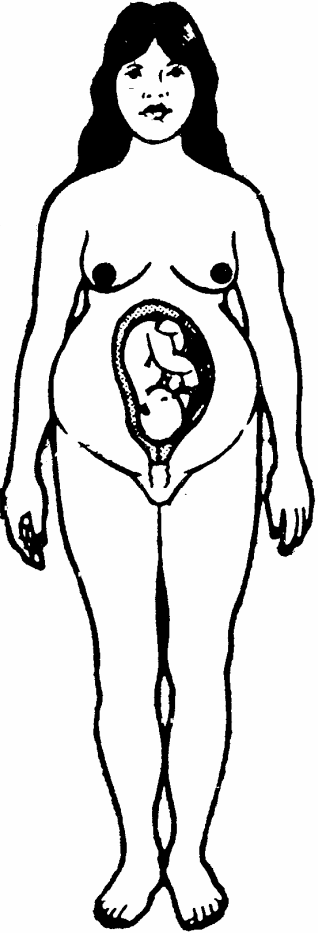
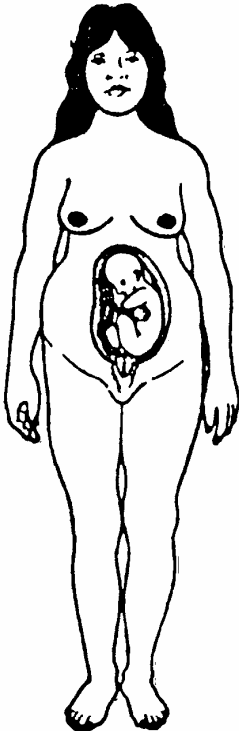
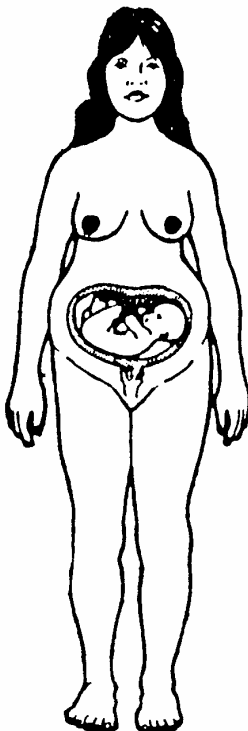
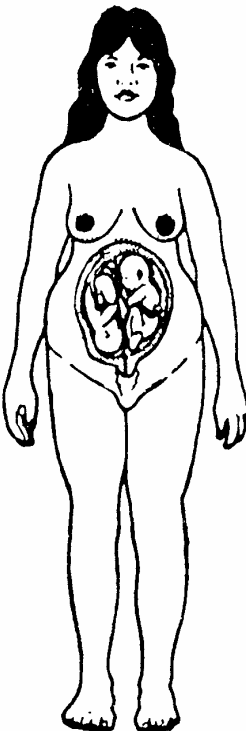
Fecha del Parto _____ Hora de Parto _____

Lugar _____

Nombre de la Partera _____








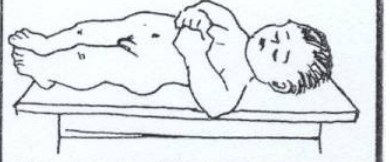


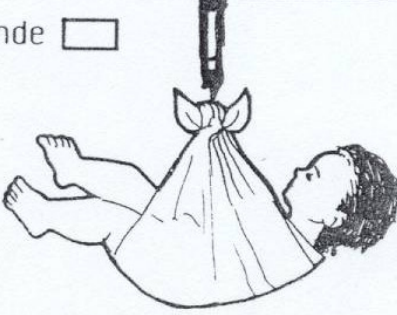

Se controló el embarazo SI NO Dónde _____

El niño venía

de cabeza <input type="checkbox"/>	de nalgas <input type="checkbox"/>	atravesado <input type="checkbox"/>	gemelos <input type="checkbox"/>
			

RECUERDE:
ESTOS CASOS DEBEN SER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL.

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

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

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

**GUÍAS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA DE LA
MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL**

**PANAMÁ
Septiembre de 2001**

I. ANTECEDENTES

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

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

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

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

En el año 1997 Panamá asistió al Taller Centroamericano de Vigilancia de la Mortalidad Materna, organizado por la OPS en Guatemala. En el mismo año, se fortaleció el grupo de trabajo con la incorporación del Departamento de Epidemiología y la elaboración de la primera Guía para la Organización del Sistema de Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna, además se mejoraron los instrumentos de registro y se incluyó la autopsia verbal como fuente de

información. A través de la Resolución 48 de 7 de Mayo de 1998 de la Dirección General de Salud se definió la obligatoriedad del registro e investigación de las muertes maternas en nuestro país.

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

El Ministro de Salud, consciente del compromiso de Panamá con la Iniciativa en Pro de una Maternidad Segura y el Plan Regional de Reducción de la Mortalidad Materna aprobó la creación de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal a través de la resolución 093 de 6 de Abril de 2001, con el fin de lograr la unión de esfuerzos interinstitucionales e intersectoriales para hacer realidad los objetivos de esta Iniciativa.

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

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

A. PROPÓSITO

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

B. OBJETIVO GENERAL

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

C. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

D. ELEMENTOS ESENCIALES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

1. La recolección de datos precisos sobre toda muerte materna
 - a. Número: identificación de toda muerte materna
 - b. Causa: investigación y verificación de toda muerte materna
2. El análisis de los datos recolectados por medio de la vigilancia e investigación de casos.
 - a. Tendencias de la mortalidad materna y perinatal
 - b. Causas médicas y no médicas asociadas
 - c. Estrategias para la prevención de la mortalidad materna y perinatal
 - d. Agrupamiento por factores de riesgo e identificación de grupos de mayor riesgo
3. La formulación de recomendaciones para la acción basadas en la información por medio de la evaluación de las necesidades y el mejoramiento de determinados factores.
 - a. La educación a nivel comunitario
 - b. La oportunidad de la referencia
 - c. El acceso y la entrega de los servicios
 - d. La calidad de la atención, las necesidades de adiestramiento del personal de salud y la disponibilidad y cumplimiento de normas.
 - e. La legislación pertinente.
 - f. La distribución de los recursos.
4. El incremento del conocimiento sobre la magnitud, los efectos sociales y la prevención de la mortalidad materna y perinatal y la diseminación de los hallazgos y de las recomendaciones entre los formuladores de políticas, el personal de salud y los miembros de la comunidad.
5. La evaluación del impacto de las intervenciones.
6. La comparación de las estadísticas nacionales, regionales e internacionales.
7. La identificación de áreas prioritarias de investigación.

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

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

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

F. DEFINICIONES

Probable muerte materna:

- Toda muerte de una mujer entre los 10 a 49 años de edad, con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento.

Muerte Materna Confirmada:

- Toda muerte de una mujer entre los 10 a 49 años de edad, en la que la investigación determinó que fue causada, directa o indirectamente, por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.
- Toda muerte de una mujer entre los 10 y 49 años de edad, con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no pudo ser investigada.

Muerte Perinatal I

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

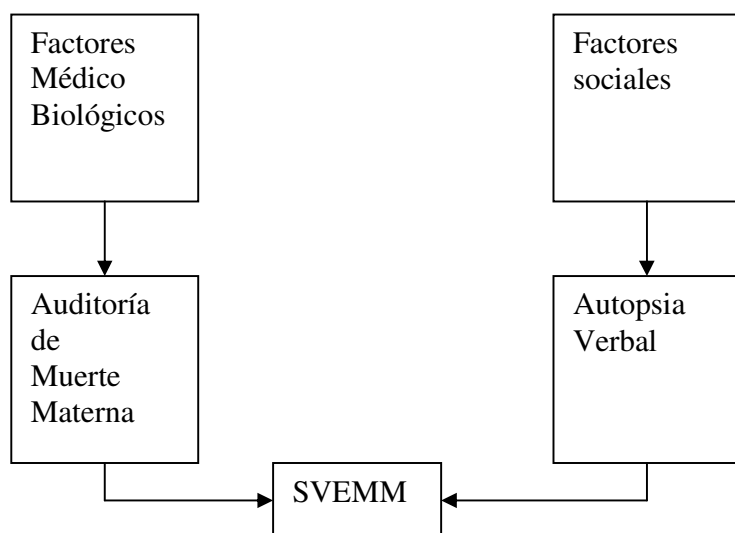
G. PROCESOS BÁSICOS. El sistema de vigilancia se estructura con tres procesos básicos:

1. Auditoría de la Muerte Materna Institucional (AMM).

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

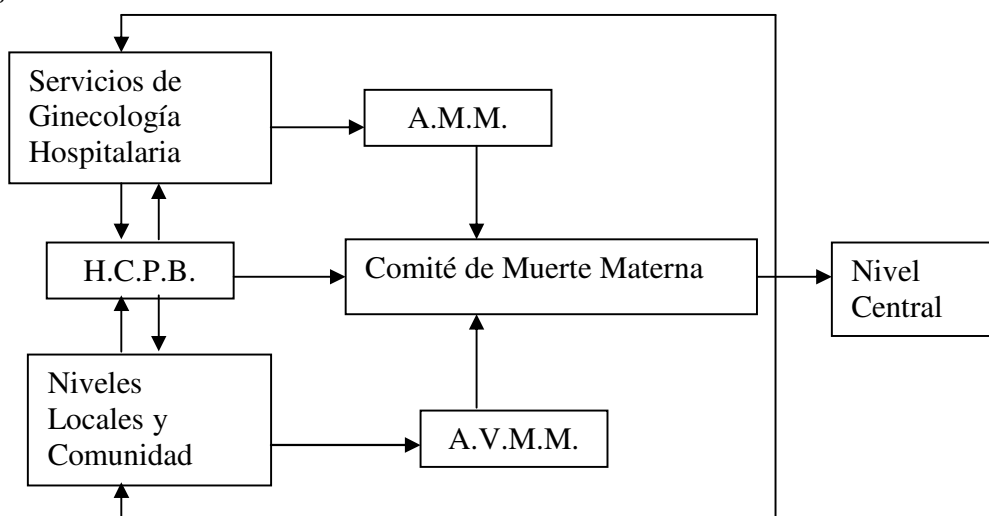
2. Autopsia Verbal de Muerte Materna (AVMM).

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



Flujo de la información:

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



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

H. FLUJO DE LA INFORMACIÓN:

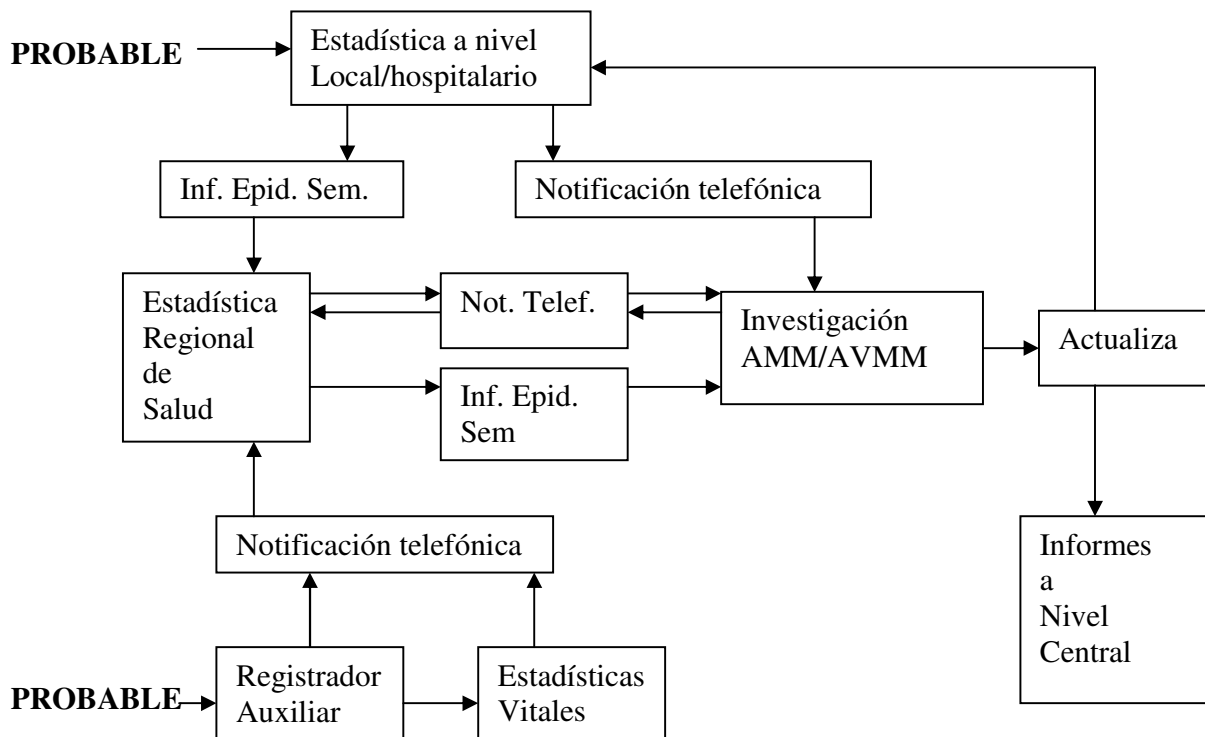
1. **A.M.M.** Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia a las Coordinaciones Regionales de Materno Infantil y al N. Central.
2. **H.C.P.B.** Fluye desde los servicios locales a los de gineco-obstetricia y de ser necesario desde cualquiera de ellos hacia la Coordinación Regional Materno Infantil.
3. **A.V.M.M.** fluye desde los niveles locales hacia las Coordinaciones Regionales de Materno Infantil y al N. Central.
4. **AMP.** Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría o Neonatología (según el caso), a la Coordinación Materno-Infantil y al N. Central.

I. DINÁMICA DE COMUNICACIÓN DEL SISTEMA

1. Muertes Maternas:

Los Departamentos de Estadística de las Instalaciones de Salud deberán notificar telefónicamente a los Servicios de Epidemiología y este a su vez a la Coordinación Materno Infantil el número semanal de muertes ocurridas en la instalación de mujeres entre los 10 y 49 años de edad con historia de haber estado embarazadas hasta un año antes de su fallecimiento. Éstas corresponden a las Probables Muertes Maternas ocurridas en Instalaciones de Salud.

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



Semanalmente los Coordinadores Regionales de Estadísticas obtendrán de los Registradores Auxiliares, por la vía más expedita posible, la información correspondiente a la muerte de mujeres entre los 10 y 49 años de edad, con historia de haber estado embarazadas en los 42 días previos a su fallecimiento y que ocurrieron fuera de una Instalación de Salud. Estos casos corresponden a Probables Muertes Maternas extra-hospitalarias.

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

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

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

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

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

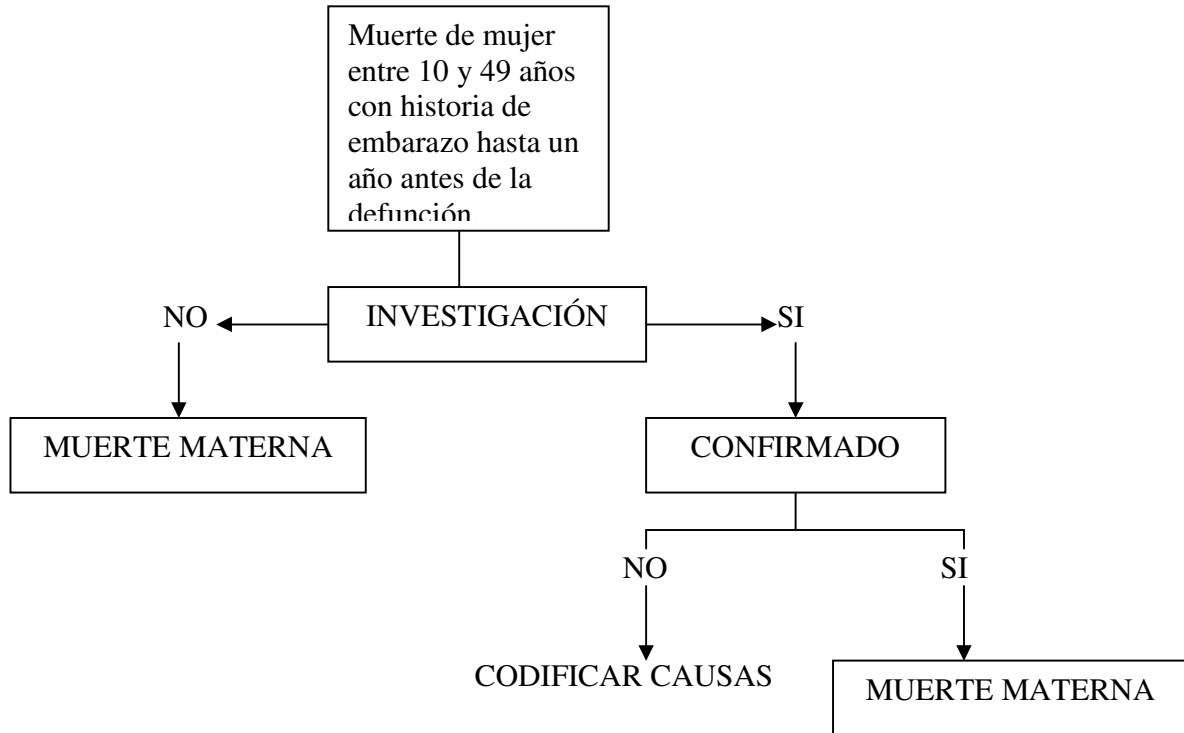
*Debe enfatizarse la importancia del llenado correcto y envío oportuno del Certificado de Defunción

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

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

ALGORITMO

PROBABLE



2. Investigación de Muertes perinatales

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

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

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

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

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

J. INDICADORES DEL SISTEMA DE VIGILANCIA

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

1. Indicadores de Seguimiento

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

3. Indicadores de Evaluación

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

III. MIEMBROS Y FUNCIONES DE LAS COMISIONES SEGÚN NIVELES

A. COMISIÓN NACIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL

- COORDINADOR TÉCNICO DE LA SECCIÓN DE SALUD REPRODUCTIVA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN.
- COORDINADOR TÉCNICO DE LA SECCIÓN DE ATENCIÓN A LA NIÑEZ DEL DEPARTAMENTO DE SALUD Y ATENCIÓN INTEGRAL A LA POBLACIÓN.
- JEFE NACIONAL DE MATERNO INFANTIL DE LA CAJA DE SEGURO SOCIAL.
- JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL HOSPITAL SANTO TOMÁS.
- JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO.
- JEFE DEL DEPARTAMENTO DE VIGILANCIA DE LOS FACTORES PROTECTORES Y DE RIESGO PARA LA SALUD DE LA POBLACIÓN Y EL AMBIENTE.
- JEFE DEL DEPARTAMENTO DE ANÁLISIS DE TENDENCIAS EN SALUD DE LA DIRECCIÓN DE POLÍTICAS
- PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
- PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD PANAMEÑA DE MEDICINA PERINATAL
- JEFE DE SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL DEL NIÑO
- JEFE DE SERVICIOS DE NEONATOLOGÍA DEL CHMCSS
- JEFE DE LA SECCIÓN DE ESTADÍSTICAS VITALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL DE LA REPÚBLICA
- DIRECTOR DEL REGISTRO CIVIL
- COORDINADOR TÉCNICO DE LA SECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LA DIRECCIÓN DE PROMOCIÓN DE LA SALUD.
- JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD.

A. FUNCIONES DE LA COMISIÓN NACIONAL

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

B. COMITÉ REGIONAL DE MUERTE MATERNA Y PERINATAL

- DIRECTOR REGIONAL
- COORDINADOR INSTITUCIONAL DE LA CSS
- COORDINADOR MATERNO INFANTIL (o Coordinador de Atención a la Población o de Salud Pública o el Gineco-obstetra de la Región si solamente hay uno.)
- COORDINADOR MATERNO INFANTIL DE LA CSS
- ENFERMERA JEFE REGIONAL
- ENFERMERA JEFE DE LA CSS EN LA REGION
- EPIDEMIÓLOGO REGIONAL DEL MINSA Y DE LA CSS
- JEFE DE REGISTROS MÉDICOS REGIONAL DEL MINSA Y DE LA CSS
- JEFE OFICINA ESTADÍSTICAS VITALES DE LA CONTRALORÍA GENERAL.

B – 1. FUNCIONES DEL COMITÉ REGIONAL

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

B – 2. FUNCIONES ESPECÍFICAS DE LOS MIEMBROS DEL COMITÉ REGIONAL

DIRECTOR REGIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Supervisar el buen funcionamiento del Comité Regional• Ordenar que se realicen las autopsias de muertes maternas y perinatales.• Implementar las recomendaciones del Comité Regional
COORDINADOR INSTITUCIONAL CSS	<ul style="list-style-type: none">• Contribuir a la buena coordinación de las acciones de vigilancia y en la implementación de intervenciones entre el MINSA y la CSS con relación a la M.M. y P.
COORDINACIÓN MATERNO INFANTIL MINSA/CSS	<ul style="list-style-type: none">• Los Coordinadores M. I. establecerán la coordinación con el Comité de M.M. y P. Hospitalario.• Verificar que se notifiquen y se realicen las auditorías y las autopsias verbales de MMyP intra y extrahospitalarias• Coordinar presentación y discusión de casos con Nivel Local• Verificar, actualizar, consolidar y analizar la información regional de MM y P• Proponer recomendaciones a las autoridades regionales• Divulgar estrategias y acciones al equipo de salud y la comunidad• Informar mensualmente la ocurrencia de casos y enviar copia de las auditorías al Nivel Nacional• Remitir informe anual consolidado a Nivel Nacional.• Divulgar el informe anual consolidado a los Niveles Locales
EPIDEMIOLOGÍA REGIONAL	<ul style="list-style-type: none">• Participar en las reuniones y actividades del Comité Regional y coordinar con el Comité Hospitalario• Verificar los casos en el informe epidemiológico semanal y activar el sistema ante su reporte.• Actualizar y analizar el informe estadístico en conjunto con Materno Infantil
REGISTROS MÉDICOS Y EST. MINSA/CSS	<ul style="list-style-type: none">• Velar porque el personal de estadísticas institucional, regional y local registre la información necesaria para la realización de las auditorías de MM y P y haga el reporte semanal.• Asegurar que el Nivel Nacional cuente con información de las instituciones del MINSA y de la CSS
OFICINA REG. DE EST. VITALES	<ul style="list-style-type: none">• Reportar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes de mujeres de 10-49 años con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento.• Informar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes perinatales registradas.• Incorporar registros de casos procedentes del sector privado y del sistema de escucha comunitario.

C. COMITÉ DE MUERTE MATERNA Y PERINATAL HOSPITALARIO

- DIRECTOR MÉDICO
- JEFE DE SERVICIOS DE OBSTETRICIA

- JEFE DE SERVICIOS DE PEDIATRÍA/NEONATOLOGÍA/ENFERMERÍA
- ENFERMERA JEFE SALA DE PARTOS
- ENFERMERA JEFE DE SALA DE NEONATOLOGÍA
- JEFE DE ENFERMEDADES NOSOCOMIALES
- PATÓLOGO O MÉDICO FORENSE
- JEFE DE REGISTROS MÉDICOS
- JEFE DE RESIDENTES DE GINECOOBSTETRICIA
- COORDINADOR M I REGIONAL (o su equivalente)
- EPIDEMIOLOGÍA DEL HOSPITAL (o el regional en su defecto)
- CONSULTORES DE OTRAS ESPECIALIDADES

C – 1. FUNCIONES:

- Realizar la auditoría 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 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, crítica y anónima sobre el caso.
- Clasificar la muerte materna o perinatal según:
 - Naturaleza o causa
 - Responsabilidad única o compartida
- Remitir copia del informe a la Coordinación Materno Infantil y a Epidemiología.

C – 2. NIVEL HOSPITALARIO FUNCIONES ESPECÍFICAS

DIRECTOR MÉDICO	<ul style="list-style-type: none"> • Supervisar el buen funcionamiento del Comité de Muerte Materna y Perinatal institucional • Implementar las recomendaciones del CMMyP.
Jefe del Servicio de Obstetricia	<ul style="list-style-type: none"> • Convocar a reunión a los miembros del Comité • Presentar el expediente y la documentación necesaria para la revisión de caso • Coordinar la presentación de caso al personal de salud y a las autoridades de la institución. • Citar al Coordinar Materno Infantil o al Jefe de Servicios de Ginecoobstetricia de donde procede el caso. • Consolidar anualmente la casuística y enviar informe al CMMyP Regional.

	<ul style="list-style-type: none"> • Llenar la HCPB de las muertes maternas ocurridas en salas no obstétricas o sin expediente obstétrico. • Verificar que se realicen las necropsias de las muertes maternas.
Jefe de Servicios de Pediatría (o) Neonatología	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en las reuniones del Comité de MMyP 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	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la coordinación de las reuniones del CMM y P. • Participar en las reuniones y actividades del CMMyP.
Jefe de Residentes de Ginecoobstetricia y Pediatría	<ul style="list-style-type: none"> • Colaborar en la recopilación de la documentación y preparación de material para la presentación de casos. • Participar en las reuniones y actividades del CMMyP
Patólogo/ E. Nosocomiales	<ul style="list-style-type: none"> • Aportar la información del diagnóstico antomo-patológico u otros estudios según el caso. • Participar en la discusión del caso. • Participar en las reuniones y actividades del CMMyP
Epidemiología	<ul style="list-style-type: none"> • Asesorar la investigación y análisis epidemiológico. • Mantener el flujo de información Hospital-Región-N. Central para el reporte epidemiológico • Participar en las reuniones y actividades del CMMyP Hospitalario
Jefe de Registros Médicos y Estadísticos	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinar con Registros Médicos y Estadísticos Regional el reporte semanal a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología sobre las muertes en el hospital de mujeres de 10-49 años con historia de haber estado embarazada hasta 42 días antes de su fallecimiento. • Informar de estos casos al Servicio de Ginecoobstetricia si fallecen en Sala no Obstétrica. • Informar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes perinatales registradas.

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

- DIRECTOR MÉDICO
- MÉDICO Y ENFERMERA COORDINADORES DE LOS PROGRAMAS DE MATERNO INFANTIL Y EPIDEMIOLOGÍA
- REGISTROS MÉDICOS Y ESTADÍSTICOS
- REGISTRADORES AUXILIARES DE LA CONTRALORÍA O REGISTRO CIVIL

D – 1. FUNCIONES:

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

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

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

DATOS GENERALES

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

ANTECEDENTES

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

HOSPITALIZACIÓN ACTUAL

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

MODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO:

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

ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO INSTITUCIONAL:

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

SALA DONDE OCURRIÓ EL DECESO:

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

MUERTE ASOCIADA A ABORTO

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

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

1. MÉDICO GENERAL	2. MÉDICO INTERNO	3. GINECO-OBSTERA	4. MÉDICO RESIDENTE
5. ENFERMERA OBSTETRA	6. ENFERMERA BÁSICA	7. AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
8. OTRO (Especifique)			

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

TRATAMIENTO MÉDICO (drogas, analgesia, tiempo de uso)

Tx QUIRÚRGICO	ANESTESIA	FECHA	HORA

CAUSA DE LA MUERTE

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA	
CAUSA ORIGINARIA O BÁSICA	
PATOLOGÍAS CONTRIBUYENTES	

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

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

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

EVALUACION DE LA EVITABILIDAD DE LA MUERTE

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

N.A. = No Aplica

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

INSTRUCTIVO

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

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

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

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

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

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

Ejemplo:

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

Tratamiento quirúrgico: Enumerar en orden cronológico las distintas intervenciones.

Ejemplo:

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

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

Anexo 2.

MINSA/CSS

FORMULARIO DE AUTOPSIA VERBAL/SVEMM

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

DATOS GENERALES:

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

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y TOMA DE DECISIÓN

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

CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?

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

INSTRUCTIVO:

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

Anexo 3.

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

REGIÓN		ESTABLECIMIENTO	
---------------	--	------------------------	--

DATOS GENERALES

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

DATOS DE LA VIVIENDA

ABASTECIMIENTO DE AGUA POTABLE	1. INTRADOMICILIARIA	2. EXTRADOMICILIARIA	
3. OTRO (Especifique)	4. NO TIENE	5. SE IGNORA	
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. NUCLAEAR (PADRE – MADRE)		2. MADRE SOLA	
3. FAMILIA EXTENSA	4. OTRA (especifique)		5. SE IGNORA	
SI EL PADRE NO VIVE CON LA FAMILIA, AYUDA ECONÓMICAMENTE?			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. MODERADA	3. EXCESIVA	
4. ALCOHÓLICO	5. SE IGNORA			
INGESTA DE ALCOHOL DE LA MADRE	1. ABSTEMIA	2. MODERADA	3. EXCESIVA	
4. ALCOHÓLICA	5. SE IGNORA			
OTRAS ADICCIÓNES EN EL PADRE O LA 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 DE ANTICONCEPTIVOS	1. SI		2. NO	3. SE IGNORA	
RESULTADO DEL EMBARAZO ANTERIOR	1. NACIDO VIVO		2. NACIDO MUERTO		

3. ABORTO	4. MUERTE NEONATAL	5. SE IGNORA
FECHA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO		1. SE IGNORA

DATOS GESTACIONALES:

PESO EN EL 1er CONTROL PRENATAL	KG	1. SE IGNORA	TALLA	M	1. SE IGNORA
SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACIMIENTO		SEM		1. SE IGNORA	
CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE CONTROL		1. 5 Y MÁS CONTROLES		2. MENOS DE 5	
3. SIN CONTROL		4. SE IGNORA			
DETECCIÓN PATOLÓGICA		1. SI *		2. NO	
				3. SE IGNORA	

*DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DETECTADAS:

	CÓDIGO	
	CÓDIGO	
	CÓDIGO	

ANTECEDENTES DEL PARTO:

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

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

	CÓDIGO	
	CÓDIGO	
	CÓDIGO	

PESO MATERNO AL INGRESO	KG	1. SE IGNORA			
CONTROL SISTEMÁTICO DE LA FCF		1. SI		2. NO	
PRESENTACION		1. CEFÁLICA		2. PODÁLICA	
4. OTRA (Especifique)		3. TRANSVERSA			
		5. SE IGNORA			
ROTURA DE MEMBRANAS		1. ESPONTANEA		2. ARTIFICIAL	
		3. SE IGNORA			
LÍQUIDO AMNIÓTICO		1. CLARO		2. MECONIAL CLARO	
4. SANGUINOLENTO		5. OTRO (Especifique)		3. MECONIAL ESPESO	
		6. SE IGNORA			
LAPSO ENTRE ROTURA DE MEMBRANAS Y PARTO			HORAS		1. SE IGNORA
INICIO DEL TRABAJO DE PARTO		1. ESPONTANEO		2. INDUCIDO	
		3. CESAREA ELECTIVA			
TERMINACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO		1. ESPONTANEO		2. FORCEPS PROFILÁCTICO	
3. FORCEPS TERAPÉUTICO		4. CESÁREA DE URGENCIA		5. OTRA (Esp.)	
ATENDIÓ EL PARTO		1. ESPECIALISTA		2. RESIDENTE	
4. MÉDICO GENERAL		5. ENFERMERA OBSTETRA		3. INTERNO	
7. ESTUDIANTE (Especifique)				6. ENFERMERA BÁSICA	
9. AYUDANTE DE SALUD		10. PARTERA CAPACITADA		8. AUXILIAR DE ENFERMERÍA	
12. OTRO (Especifique)				11. PARTERA NO CAPACITADA	
		13. SE IGNORA			
ANESTESIA		1. LOCAL		2. REGIONAL	
		3. GENERAL		4. NINGUNA	
		5. SE IGNORA			
ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA		1. ANESTESIOLOGO		2. OTRO MEDICO	
3. TÉCNICO ANESTESISTA		4. ENFERMERA		5. OTRO (Espec.)	
6. NO CORRESPONDE		7. SE IGNORA			
LUGAR DEL PARTO		1. HOSPITAL		2. CENTRO DE SALUD	
4. PUESTO DE SALUD		5. DOMICILIO		3. SUB-CENTRO DE SALUD	
		6. OTRO (Especifique)			

ANTECEDENTES DEL RECIÉN NACIDO

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

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

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

ANTECEDENTES PERIODO NEONATAL

CONTROL DE SALUD	1. SI	2. NO	3. SE IGNORA
PRIMER CONTROL	EDAD	PESO	TALLA
			CM
ULTIMO CONTROL	EDAD	PESO	TALLA
			CM
ALIMENTACIÓN	1. PECHO EXCLUSIVA	a. Si*	b. No
			*Nº DÍAS
2. PECHO MÁS FÓRMULA LACTEA		a. Si*	b. No
			*Nº DÍAS
3. OTRA (Especifique)	4. NO CORRESPONDE		

CAUSA DE INCORPORACIÓN DE FORMULA LACTEA:

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

PATOLOGÍAS DEL RECIÉN NACIDO:		1- SI *	2. NO	3. SE IGNORA
* DIAGNÓSTICOS				
		CÓDIGO	EDAD	DÍAS
		CÓDIGO	EDAD	DÍAS
		CÓDIGO	EDAD	DÍAS
ATENCIÓN MEDICA	1. SI *	2. NO	HOSPITALIZACIÓN	1. SI *
				2. NO
INTERVENCIONES	1. SI *		2. NO	3. NO CORRESPONDE
*DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES:				
INFECCIÓN NOSOCOMIAL		1. SI *	2. NO	3. NO CORRESPONDE
* DIAGNÓSTICO				
			CÓDIGO	
			CÓDIGO	

ANTECEDENTES DE LA DEFUNCIÓN

FECHA	DÍA	MES	AÑO	HORA	MIN.
1. SE IGNORA					

DONDE MURIÓ	1. DOMICILIO	2. CONSULTORIO EXTERNO	3. HOSPITAL < DE 48 HORAS
4. HOSPITAL > 48 HORAS	5. OTRO (Especifique)		

CAUSA DE LA MUERTE

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA		CÓDIGO	
CAUSA BÁSICA U ORIGINARIA		CÓDIGO	
PATOLOGÍA CONCOMITANTE		CÓDIGO	

FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO	1. BIOPSIA	2. INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA
3. RADIOLOGÍA CLÍNICA	4. AUTOPSIA	5. CUADRO CLÍNICO
6. EXÁMENES DE LABORATORIO	7. INFORME DE TESTIGO	

EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA MUERTE PERINATAL

FIRMA		CÓDIGO	
FECHA			

INSTRUCTIVO DE LLENADO:

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

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

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

A. DATOS GENERALES

1. Nombre(s) y Apellido(s): _____	
2. Sexo: Hombre <input type="checkbox"/> 1 Mujer <input type="checkbox"/> 2	6. Fecha de Nacimiento: Hora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes _____ Año 19__ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Cédula No. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	7. Fecha de la Muerte: Hora <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Día <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mes _____ Año 199__ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. Ocupación: _____	8. Estado Conyugal: Unido <input type="checkbox"/> 1 Separado/Divorciado... <input type="checkbox"/> 4 Soltero <input type="checkbox"/> 2 Viudo <input type="checkbox"/> 5 Casado <input type="checkbox"/> 3 Menor de 15 años <input type="checkbox"/> 6
5. Edad cumplida: 4 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años Si es menor de un año..... 3 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses Si es menor de un mes..... 2 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días Si es menor de un día..... 1 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Horas Si es menor de una hora..... 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Minutos	
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 <input type="checkbox"/> 1 En otro lugar <input type="checkbox"/> 2 b. Persona que atendió el parto: Médico <input type="checkbox"/> 1 Ayudante de Salud o Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Comadrona <input type="checkbox"/> 5 Enfermera <input type="checkbox"/> 3 Otra <input type="checkbox"/> 6 c. Duración del embarazo: Semanas completas de gestación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Peso al nacer: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Kilogramos <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Libras <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Onzas	12. Datos de la Madre del Niño: Nombre(s) y Apellido(s): _____ a. Edad cumplida: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Años b. Estado Conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Casada <input type="checkbox"/> 3 Soltera <input type="checkbox"/> 2 Otro <input type="checkbox"/> 4 c. Hijos que ha tenido <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d. Grado o año más alto aprobado: Ningún grado <input type="checkbox"/> 0 Universitaria/Post-grado... <input type="checkbox"/> 3 Primaria <input type="checkbox"/> 1 Vocacional... <input type="checkbox"/> 4 Secundaria... <input type="checkbox"/> 2
---	--

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

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

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

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

