



**MINISTERIO DE SALUD
CAJA DE SEGURO SOCIAL**

**PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL
Y REPRODUCTIVA**

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

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

Año 2014

AUTORIDADES

Ministro de Salud
Dr. Francisco Javier Terrientes Mojica

Vice-Ministro de Salud
Dr. Miguel Mayo Di Bello

Director General de Salud
Dra. Itza Barahona de Mosca

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

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

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

CAJA DE SEGURO SOCIAL

Director General
Dr. Estivenson Giron Desgrenger

Director Ejecutivo Nacional de Servicios y Prestaciones en Salud
Dr. Jaime Alemán

Jefa del Programa Materno Infantil
Dra. Sara Edith Campana Soto

INDICE

	No. pág.
Agradecimiento	
Integrantes del Equipo técnico para la revisión de las normas	
Colaboradores y participantes en los talleres de Revisión Final, Adecuación y Validación	
Listado de acrónimos	
Presentación	1
Introducción	3
Capítulo I. Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer	
I. Propósito	6
II. Objetivos Generales	6
III. Objetivos Específicos	6
IV. Alcance de las Normas Técnicas-Administrativas	7
V. Población Objetivo	7
VI. Marco Regulatorio	8
A. Constitución de la República de Panamá.	8
B. Código Sanitario de la República de Panamá	9
C. Código de la Familia de la República de Panamá	9
D. Leyes	9
E. Decretos Ejecutivos.	9
F. Políticas y Lineamientos.	10
G. Normas, Guías y Protocolos de Atención. De Salud Sexual y Reproductiva	11
H. Resoluciones Ministeriales.	11
I. Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá.	12
VII. Principios y Definiciones	12
A. Curso de Vida.	12
B. Atención Integral.	13
C. Educación en Salud.	13
D. Investigación.	13
E. Medicina Basada en la Evidencia Científica.	13
F. Administración.	13
G. Concepto de Riesgo.	13
H. Interculturalidad en Salud.	14
I. Pertinencia Cultural.	14
J. Enfoque de Género.	14
VIII. Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.	15
A. Unidades Técnico- Administrativas.	15
1. Nivel Nacional.	15
2. Nivel Regional.	15

3. Nivel Local.	15
B. Regionalización y Sectorización de los Servicios de Salud Redes de servicios.	16
1. Niveles de Atención.	16
2. Equipos de Salud.	17
3. Rendimiento.	18
4. Tecnología Apropriada.	18
5. Proyección Comunitaria.	19
6. Programación, Supervisión y Evaluación.	19

Capítulo II Elementos Técnicos Normativos

A. Normas de Atención Materna y neonatal	20
1. Atención Preconcepcional	20
a. Objetivos específicos	20
b. Normas de atención.	20
2. Control prenatal	21
a. Objetivos específicos	21
b. Normas de atención.	21
3. Atención del parto, nacimiento y postparto	24
a. Objetivos específicos.	24
b. Atención del Parto y del Neonato	24
c. Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer	27
B. Protocolos	28
1. Protocolo de control prenatal	28
a. Actividades en todos los controles	28
b. Actividad en el primer control prenatal	29
2. Protocolo de evaluación y monitoreo del estado nutricional de la embarazada.	35
3. Protocolo de atención del parto	47
a. Admisión en recibo de la paciente en labor de parto.	47
b. Atención en la sala de labor y parto.	48
c. Uso del Pentagrama.	51
d. Período expulsivo-nacimiento del bebe	54
e. Período placentario o de alumbramiento.	57
f. Reparación de desgarros y la episiotomía.	58
4. Protocolo de Evaluación y atención inmediata del recién nacido	59
a. Atención inmediata.	60
b. Evaluación y cuidados rutinarios del recién nacido	63
c. Atención Pediátrica.	65
d. Pruebas de Tamizaje metabólico neonatal	66
5. Protocolo de cuidado del puerperio inmediato y mediato.	67
a. Puerperio inmediato y mediato.	67
b. Atención ambulatoria del puerperio normal	72
c. Diez pasos para la lactancia materna exitosa.	73

6.	Normas para la interrupción del embarazo	74
a.	Por indicación legal.	74
b.	Por indicación médica.	74
7.	Indicación y práctica de la operación cesárea	75
a.	Antecedentes	76
b.	Normas generales para la vigilancia de la práctica de la cesárea	76
		76
	Capítulo III. Normas de Atención de Salud Integral de la Mujer	79
I.	Atención Ginecológica	79
A.	Normas de atención integral de la mujer	79
II.	Ginecología Infanto Juvenil	80
A.	Normas	80
III.	Climaterio y menopausia	81
A.	Protocolo	81
IV.	Prevención y control del cáncer cérvico uterino.	87
A.	Protocolo.	87
V.	Detección oportuna del cáncer de mamas	89
VI.	Infecciones de transmisión sexual	90
VII.	Atención de la pareja infértil	90
	Capítulo IV. Normas del Programa de Planificación Familiar	92
I.	Objetivo General	92
II.	Objetivos Específicos	92
III.	Estrategias del Programa	92
A.	Respuesta a los derechos de los usuarios de los servicios de planificación familiar	92
B.	Promoción de los Derechos sexuales y reproductivos	93
C.	Aplicación del enfoque de Género	94
D.	Dispositivos Generales	94
IV.	Componente Administrativo	95
A.	Funciones del Nivel Central.	95
B.	Funciones del Nivel Regional.	96
C.	Funciones del Nivel Local.	96
D.	Competencia de los proveedores en la atención en planificación familiar y salud reproductiva.	97
V.	Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar	98
VI.	Programas comunitarios de Planificación Familiar	101
A.	Protocolos	101
VII.	Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos	103
A.	Clasificación	103
1.	Temporales	103
2.	Permanentes	103
VIII.	Criterios de elegibilidad para la selección del método anticonceptivo	105
IX.	Métodos Anticonceptivos	107

1. Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina.	107
2. Hormonales orales que sólo contienen progestina.	111
3. Anticoncepción de emergencia.	113
4. Hormonales combinados inyectables que contienen estrógenos y progestina.	116
5. Hormonales inyectables que sólo contienen progestina.	119
6. Método hormonal parche anticonceptivo combinado.(PAC).	122
7. Método hormonal con anillos vaginales (AVC).	125
8. Método hormonal subdérmico.	130
9. Dispositivos intrauterinos.	141
9.1. Los DIU	141
9.2. Dispositivos intrauterinos con progestina(SIU-LNG)	147
9.3. Otros posibles cambios físicos	153
10. Esterilización total o permanente.	154
a. Oclusión tubárica bilateral.	154
b. Vasectomía.	156
11. Condón o preservativo.	159
12. Condón femenino.	161
13. Espermicidas.	162
14. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica.	164
14.1.Método del Calendario, del Ritmo o de Ogino-Knaus	165
a. Técnica del Método de la Temperatura.	165
b. Técnica del Método del Moco Cervical o de Billings.	166
c. Técnica del Método Sintotérmico.	166
14.2.Método de la lactancia materna (MELA)	167

Guías para la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal.

I.	Introducción	170
II.	Antecedentes.	171
	Capítulo I. Objetivos de la Vigilancia de la Muerte Materna y Perinatal.	173
	Perinatal.	
A.	Propósito.	173
B.	Objetivo General.	173
C.	Objetivos Específicos.	173
D.	Elementos Esenciales del Sistema de Vigilancia.	173
E.	Subsistemas y procesos de la Vigilancia de las Muertes Maternas.	174
	a. Definiciones	175
	b. Procesos básicos	175
	c. Flujo de información	175
F.	Normas para la notificación e investigación de muertes maternas	177
	1. Notificación de muertes maternas	177
	2. Investigación de las muertes maternas.	178
	3. Evaluación de la vigilancia.	181
	4. Medidas de prevención y control.	181
G.	Normas para a notificación e investigación de muerte perinatal.	182
H.	Metodología para la recolección y transferencia de la formación desde el nivel local de salud hasta el nivel central.	183
	1. Investigación epidemiológica	183
	2. Evaluación De vigilancia	184
	3. Métodos de prevención y control.	184
IV.	Miembros y funciones de las comisiones según niveles.	185
	A.Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal.	185
	1. Funciones de la Comisión Nacional.	185
	B. Comisión Regional de Mortalidad Materna y Perinatal.	186
	1. Funciones de la Comisión Regional	186
	2. Funciones específicas de los miembros del Comité Regional	187
	C. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalario.	188
	1. Funciones específicas del Comité Hospitalario.	188
	2. Nivel Hospitalario: Funciones específicas del Comité Hospitalario.	189
	D. Comité Local de Mortalidad Materna y Perinatal.	190
	1. Funciones del nivel local	190
	Bibliografía	191

ÍNDICE DE CUADROS

	No. pág.
Cuadro 1. Rendimiento consultas Gineco-obstetra	18
Cuadro 2. Distribución de controles prenatales según médico y enfermera	29
Cuadro 3. Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia	40
Cuadro 4. Esquema indicación de Hierro y Ac. Fólico en Embarazadas	41
Cuadro 5. Medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas.	44
Cuadro 6. Adaptado del CLAP, Salud de la Mujer y Reproductiva. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS.	46
Cuadro 7. Puntuación de Apgar	62
Cuadro 8. Categorías de Elegibilidad establecidos por la OMS	105

ÍNDICE DE TABLAS

	No. pág.
Tabla 1. Ganancia de peso materno según estado nutricional inicial (Atalah)	35
Tabla 2. Ganancia de peso materno según índice de masa corporal pregestacional para embarazo múltiple.	36
Tabla 3. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana gestacional.	38
Tabla 4. Competencia de los proveedores en la atención en planificación familiar y salud reproductiva.	97
Tabla 5. Categorías según características personales e historia reproductiva.	106
Tabla 6. Formulación de hormonales combinados orales.	107
Tabla 7. Criterios de elegibilidad.	141

ÍNDICE DE GRÁFICAS

	No. pág.
Gráfica 1. Clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC	37
Gráfica 2. Patrones normales de la altura uterina en función de la edad gestacional.	39

ÍNDICE DE ANEXOS

	No. pág.
Anexo 1. MINSA/CSS. Formulario de auditoría de muerte materna.	193
Anexo 2. MINSA/CSS. Formulario de autopsia verbal/SVEMM.	201
Anexo 3. MINSA/CSS Formulario de auditoría de muerte perinatal.	205
Anexo 4. Certificado de Defunción Fetal.	210
Anexo 5. Certificado de Defunción.	211
Anexo 6. Cuadro Resumen de Auditoría de Muerte Materna.	212
Anexo 7. Consolidado de Muertes Perinatales.	214
Anexo 8. Formulario de Programación – Evaluación del Programa de Salud Integral de la Mujer.	216
Anexo 9. Forma 1. Historia clínica perinatal. CLAP/SMR OPS/OMS.	220
Anexo 10. Carné perinatal	222
Anexo 11 Historia Clínica Perinatal Base a nivel ambulatorio y hospitalario.	224
Guía para el uso correcto, flujo y monitoreo de la Historia Clínica Perinatal Base a nivel ambulatorio y hospitalario.	226
Anexo 12 Formulario de admisión por aborto	230
Anexo 13. Certificado de Nacimiento Vivo.	231
Anexo 14. Seguimiento de caso	232
Anexo 15. Registro y Seguimiento de la partera.	235
Anexo 16. Hoja de referencia de la partera	236
Anexo 17. Hoja de registro del parto.	237
Anexo 18. Esquema de vacunación de mujeres en edad fértil.	240
Anexo 19 Matrices de hojas de consentimiento informado	241
1. Consentimiento informado para asistencia al parto post cesarea.	241
2. Consentimiento informado para operación cesarea.	243
3. Consentimiento informado para inducción del parto.	245
4. Consentimiento informado para aspiración manual endouterina (AMEAU)	247
5. Consentimiento informado para insercion de un dispositivo intrauterino (DIU).	250
6. Consentimiento informado para intervencion de vasectomía.	252
7. Consentimiento informado para intervenciones de oclusión tubárica	254
Anexo 20. Formularios	257
1. Formulario del Sistema Único de Referencia y Contra-referencia Acotado a CONE	257
2. Formulario del programa APA – AMEU.	258
Anexo 21. Flujogramas para Atención Materna y Neonatal en una red de CON.	261
Anexo 22. Indicadores	270
Anexo 23. Expediente clínico odontológico	279
Anexo 24. Colposcopia	283
Anexo 25. Solicitud para evaluación citológica	284
Anexo 26. Tarjeta para prevención del cáncer cervico uterino	286
Anexo 27. Programa Materno Infantil	283
Anexo 28. Control Puerperal	293
Anexo 29. Formulario de solicitud de pruebas serológicas VIH	295

Anexo 30. Tarjeta de planificación familiar	296
Anexo 31. Atención Preconcepcional	297
Anexo 32. Evolución de control prenatal	305
Anexo 33. Registro diario de actividades	306
Anexo 34. Imágenes de tecnologías	309

Agradecimiento

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

Integrantes del Equipo Técnico para la Revisión de las Normas

Ministerio de Salud

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

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

Dr. Max Ramírez
Coordinador Nacional del Programa
de Niñez y Adolescencia

Dr. Jorge Jesús Rodríguez Sotomayor
Médico Familiar

Caja de Seguro Social

Lic. Adela de Ayarza
Enfermera Coordinadora del Programa Materno Infantil

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

Dra. Fulvia Guerra de Lasso de la Vega
Médico pediatra

Hospital Santo Tomás

Dra. Geneva González
Jefa de la Sala de Partos

Dr. Rodrigo Velarde
Jefe del Servicio de Obstetricia

Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid

Dra. Aracely Barahona
Jefa del Servicio de Ginecología y Obstetricia

Dra. Sara Campana
Ginecóloga Obstetra

Hospital del Niño

Dr. Alberto Bissot
Jefe del Servicio de Neonatología

Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología

Dr. Paulino Vigil De Gracia

Presidente de la SPOG

Dr. Jaime Sánchez

Ginecólogo-Obstetra SPOG

Región Metropolitana de Salud

Dra. Magalli Moreno de Zevallos

Coordinadora Regional de SSyR

Región de San Miguelito

Dr. Gustavo Gil

Coordinador Regional de SSyR

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Dr. Victor Hugo Mejía Padilla

Consultor OPS/OMS/PAN

APLAFA

Magistra. Dra. Juana Cooke

Lic. Siria Martínez de Robinson

Dra. Lady Pineda Villegas

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

Adela de Ayarza
Alcibiades N. Solís
Alfredo Junca F.
Ana Cecilia Montenegro
Aracelly Barahona
Aura Sosa de Guerra
Carlos Padmore
Crescencio Gaona S
Cristóbal A. de Urriola
Cristobalina Batista
Damaris Ábrego
Delfina Rueda
Dilia Vergara
Diselva Jaén
Edith Ortega
Eric de León
Ester Ruíz
Felipa Víques N.
Filadelfia Córdoba
Francisco Caballero
Fulvia de Lasso de la Vega
Geneva Gonzalez
Gerardo L. Lezcano C.
Gilberto Edwards
Gustavo Gil
Hermes Pimentel
Jacqueline Yankus
Jasmina P. de Mela
Jazmin A. Downs
José S. Peñate
Kenneth Williams
Liliana E. Barrios T.
Mack Preston
Madelaine Castro Ríos
Magalli M. de Zevallos
María Pino
Maritza Fernanández
Maritza Nieto De Gracia
Maytee Pinzón Bernal.
Max Ramirez
Melissa del C. Chung

Melissa Vásquez
Natividad Mendoza
Nilsa E. Cepeda
Noelia Mendoza
Norberto Villalaz
Odalis Siniterra
Paulino Vigil De Gracia
Raúl E. Bravo Vásquez
Raúl Quijada
Roberto Murgas
Rocío Arjona C.
Rodolfo Yi Cruz
Rodrigo Arosemena
Rolando Pinilla Jaén
Sara E. Campana
Sugey Fong
Vielka Campos
Vielka Ramírez
Yanneth Willians
Yolanda Ávila
Zonia González

Listado de Acrónimos

AE	Anticoncepción de Emergencia.
AMEU	Aspiración Manual Endouterina.
APA	Atención Post Aborto.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
AU	Altura Uterina
CACU	Cáncer Cérvico Uterino
CINUP	Centro de Información de las Naciones Unidas en Panamá.
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología
CONE	Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales.
CPI	Consulta Prenatal Intensiva.
CPN	Control Prenatal.
CPP	Cartera de Prestaciones Priorizadas.
CS	Centro de Salud.
CSC	Centro de Salud con Camas.
CSS	Caja del Seguro Social.
DIU	Dispositivo Intra Uterino.
DPSS	Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
DRS	Dirección Regional de Salud.
EBS	Equipo Básico de Salud.
ECS	Equipo Comunitario de Salud.
EEC	Estrategia de Extensión de Cobertura
EFC	Estrategia de Fortalecimiento de Cobertura de Atención Primaria en Salud.
ENASSER	Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva.
FCF	Frecuencia Cardíaca Fetal
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base
IMC	Índice de Masa Corporal
MATEP	Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto.
MBE	Medicina Basada en Evidencia.
MEF	Mujeres en Edad Fértil

MEF	Mujeres en Edad Fértil.
MELA	Método De Lactancia Amenorrea
MINSA	Ministerio de Salud.
OE	Organizaciones Extrainstitucionales.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONG	Organización No Gubernamental.
OPS	Organización Panamericana de la Salud.
PAE	Pastillas de Anticoncepción de Emergencia.
PAI	Programa Ampliado de Inmunización.
PAISS+N	Paquete de Atención Integral de Servicios de Salud Fortalecido con AIN-C.
PATMI	Prevención de la Transmisión Materno infantil
PF	Planificación Familiar.
PIB	Producto Interno Bruto.
PS:	Puesto de Salud.
PSPV	Protección a la Salud de Poblaciones Vulnerables.
RAM	Ruptura Artificial de Membranas
RCI	Restricción del Crecimiento Fetal
REM	
RN	Recién Nacido.
RO	Reglamentos Operativos.
SCS	Sub Centro de Salud.
SR	Salud Reproductiva.
UBA	Unidad Básica de Atención.
UCI	Unidad de Cuidados Intensivos.
UGSAF	Unidad de Gestión de Salud Administrativa Financiera.
UNFPA	Fondo de Población de Naciones Unidas.
UNICEF:	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Presentación

El Programa de Salud Integral de la Mujer, ha sido denominado Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva a fin de hacer coincidir su nombre con la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, en donde se ubica de acuerdo al Organigrama actual del Ministerio de Salud.

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

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

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

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

Este enfoque requiere de una mayor y más activa participación de la mujer, la familia y la comunidad tanto en la prevención como en el reconocimiento oportuno de las señales de peligro y en la adecuada búsqueda de ayuda y traslado para la atención profesional, asociada con una oferta de atención de calidad de los servicios de salud que responda con

eficiencia en base a la evidencia científica disponible, para prevenir, detectar oportunamente y tratar las complicaciones maternas y neonatales que son la causa principal de la morbi-mortalidad de las mujeres y sus bebés.

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

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

Introducción

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

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

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

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

En mayo del 2004, dentro de la 57ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS presentó la “Primera estrategia mundial sobre la salud sexual y reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo”. El consenso general fue reconocer el papel importante que desempeña la salud reproductiva y sexual en el ámbito social y económico en todos los países. La estrategia propuesta tiene como objetivos: mejorar la salud sexual y reproductiva, centrándose en la atención prenatal obstétrica, posparto y neonatal; ofertar servicios de planificación familiar de calidad, incluyendo la atención en infertilidad; eliminar los abortos de riesgo; combatir las ITS,

sobre todo el flagelo que representa el HIV/SIDA; prevenir y controlar el cáncer cérvico uterino y otras afecciones ginecológicas.

Desde el punto de vista del Marco Jurídico Nacional, se pueden destacar logros tales como la Ley del 4 de enero de 1999, por medio de la cual se establece la igualdad de oportunidades para la mujer; el Decreto Ejecutivo de febrero de 1999 que crea la Comisión Nacional de Salud Sexual y Reproductiva; la Ley 50 de noviembre de 1995, que promueve la lactancia materna y regula el uso de sucedáneos de la leche materna; la Ley General sobre las ITS y el VIH/SIDA del 3 de enero de 2000; la Ley 38 de julio de 2001 que reforma y adiciona artículos al Código Penal y Judicial sobre violencia doméstica y maltrato al niño, niña o adolescente; la Ley del 29 de junio de 2002 que garantiza la salud y educación a las adolescentes embarazadas; la Ley 68 del 2003 que regula los derechos y obligaciones de los pacientes en materia de decisión libre e informada; el Compromiso Nacional a favor de la reducción de la mortalidad materna y perinatal del 13 de Diciembre de 2004; el Decreto Ejecutivo 546 de noviembre de 2005 que ordena la gratuidad de la atención de salud de los niños menores de cinco años en todos los establecimientos del Ministerio de Salud; el Decreto Ejecutivo 428 de diciembre de 2004, modificado mediante el Decreto Ejecutivo del 5 de marzo de 2006, que ordena la gratuidad de la prestación de servicios y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos de salud del Ministerio de Salud; la Declaración de Panamá del año 2013 que compromete a reducir las desigualdades en salud materno-infantil.

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

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

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

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

Capítulo I. Programa Nacional de Salud Integral de la Mujer

I. Propósito

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

II. Objetivos Generales

- Determinar las acciones dirigidas a lograr la cobertura universal y la atención calificada de las mujeres, antes y durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido.
- Establecer parámetros actualizados para los proveedores de salud, que permitan una óptima calidad de atención preventiva y curativa a las personas, con un enfoque holístico y sistémico, durante todo el curso de la vida.
- Definir las guías de un sistema de vigilancia de la mortalidad materna y perinatal que facilite su análisis por región y por causas específicas, así como la recomendación de intervenciones para la reducción de las mismas.

III. Objetivos Específicos

- Ofrecer atención integral, temprana, periódica y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, con amplia cobertura de mujeres en edad fértil, gestantes y puérperas.
- Asegurar a las embarazadas el acceso a Cuidados Obstétricos y Neonatales Esenciales -CONE ambulatorio, CONE Básico y CONE completo durante el embarazo, parto y el puerperio.
- Prestar óptimos cuidados inmediatos al recién nacido en base a la evidencia disponible, que incluyan el apego precoz y el inicio de la lactancia materna exclusiva.
- Mejorar la calidad de la atención en el post-aborto, incluyendo consejería pre y post procedimiento, tecnología óptima y prescripción de método anticonceptivo.
- Brindar servicios de calidad en Planificación Familiar para ofrecer a las usuarias y parejas los conocimientos y medios para regular la fecundidad.

- Orientar y referir para servicios especializados a parejas con problemas de infertilidad.
- Prevenir, detectar y tratar oportunamente las lesiones pre-invasoras del cuello uterino.
- Promover el autoexamen de mamas y el tamizaje imagenológico según riesgo.
- Mejorar el cuidado de la salud de la mujer en la menopausia y climaterio.
- Consolidar las Comisiones, Nacional, Hospitalarias, Regionales y Locales de Muerte Materna y Perinatal.
- Recopilar los datos útiles para clasificar las muertes maternas y perinatales, y detectar problemas asociados a la atención.
- Contar la información que permita dar recomendaciones para prevenir que se repitan posibles fallas en la atención y velar por el cumplimiento de las normas.

IV. Alcance de las Normas Técnicas-Administrativas

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

V. Población Objetivo.

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

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

VI. Marco Regulatorio

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

A. Constitución de la República de Panamá

Capítulo 2º, La Familia

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

Capítulo 6º, Salud, Seguridad Social y Asistencia Social

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

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

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

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

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

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

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

B. Código Sanitario de la República de Panamá

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

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

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

D. Leyes

- Ley 29 de 13 de junio de 2002 , que garantiza la salud y la educación de la adolescente embarazada.
- Ley 4 de 8 de enero de 2007, que crea el Programa Nacional de Tamizaje Neonatal y dicta otras disposiciones
- Ley 50 de 23 de noviembre de 1995 “ por la cual se protege y fomenta la lactancia materna en Panamá,
- Ley 68 de 20 de noviembre de 2003 “Que regula los derechos y obligaciones de los pacientes, en materia de información y de decisión libre e informada”.
- Código penal artículo 142 a 146

E. Decretos Ejecutivos

- *El Decreto Ejecutivo N° 268, del 17 de agosto de 2001, en el Artículo III establece la notificación obligatoria de las muertes maternas y perinatales.*
- *El Decreto Ejecutivo N° 546, del 21 de noviembre de 2005, “ordena la gratuidad en la atención de salud a los niños menores de cinco (5) años, en todos los establecimientos del Ministerio de Salud”.*
- *El Decreto Ejecutivo N° 5, del 6 de marzo de 2006, que modificando el Decreto Ejecutivo N° 428 del 15 de diciembre de 2004, “ordena la*

gratuidad en la prestación de servicio y asistencia de la maternidad en todos los establecimientos del Ministerio de Salud”.

- *El Decreto Ejecutivo No.41 de 2 de febrero de 2010, creador del Programa de Acompañamiento Humano y Espiritual del Enfermo cuya visión es “Transformar los servicios de salud en un sistema solidario, sensible y humanizado en el que se reconozca la dignidad humana, respetando los valores y creencias, apoyados en el trabajo en equipo”.*
- *Decreto Ejecutivo que crea la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico*
- *Decreto que crea la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia.*

F. Políticas y lineamientos

Política Nacional de Salud y Lineamientos Estratégicos 2010- 2015.

Eje II: Mejorando la Calidad y el Acceso de la Población a los Servicios de Salud.

Política 3: Mejorar el acceso a los servicios integrales de salud con equidad, eficiencia, eficacia y calidad.

Objetivo Estratégico 3.1: Mejorar el acceso geográfico, socio-económico, cultural y de género de la población a los servicios de salud con enfoque integral y multisectorial.

Línea de acción 3.1.10: Coordinación Intersectorial para la mejora del acceso geográfico de los servicios integrales de salud.

Objetivo Estratégico 3.2: Conducir las acciones dirigidas a aumentar el acceso de los grupos vulnerables a todas las intervenciones en salud pública para mejorar las condiciones de salud integral a nivel nacional. (Objetivo Estratégico Transitorio por ODM).

Línea de acción 3.2.3: Incorporación de elementos étnico-culturales y de género en los planes y programas.

Línea de acción 3.2.5: Implementación de planes de salud materna focalizada a grupos de riesgo, con enfoque intercultural, en áreas rurales y comarcas indígenas.

Línea de acción 3.2.6: Incremento de la atención profesional del parto.

Línea de acción 3.2.12: Fortalecimiento de la Estrategia de Extensión de Cobertura en grupos vulnerables.

Línea de acción 3.2.13: Relación horizontal con las autoridades indígenas para facilitar las acciones en los grupos de intervención.

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

- Normas Técnicas – Administrativas y Manual de Procedimientos del Programa de Salud Integral de la Mujer: atención del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido, atención integral de la mujer, planificación familiar y vigilancia de la mortalidad materna y perinatal (2007).
- Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo (2009).
- Guía para la Vigilancia Epidemiológica de la Mortalidad Materna y Perinatal (septiembre de 2007).
- Manual de Funcionamiento de Albergues Maternos, Comarca Ngäbe Buglé Panamá, República de Panamá.
- Provisión del PAISS+N y PSPV a través de unidades básicas de atención institucionales de la red fija, Reglamento Operativo (Octubre 2012) [Este Reglamento establece los términos y condiciones que rigen la provisión del PAISS+N y PSPV a través de UBA institucionales de la red fija].
- Provisión del PAISS+N y PSPV a través de unidades básicas de atención institucionales de la red itinerante, reglamento operativo (Octubre 2012).
- Manejo terapéutico de las personas con VIH (2011).
- Normas Técnicas–Administrativas del Programa Nacional de Capacitación y Seguimiento de Parteras/os Tradicionales (2006).
- Plan estratégico para la reducción de la morbilidad materno y perinatal (2006 - 2009).

H. Resoluciones Ministeriales

- Resolución del Ministerio de Salud N° 521(05 de junio de 2009), por medio de la cual se crea el observatorio de calidad de atención en salud. Que en una de sus consideraciones expresa: *“Que la calidad de la atención médica es un valor muy apreciado tanto por los pacientes como por los profesionales de la salud, por lo que se hace necesario fomentar una cultura de mejoramiento continuo de la calidad que permita adecuar los sistemas y procesos de gestión en general a criterios de equidad, eficacia y transparencia.”*
- *Resolución del Ministerio de Salud N° 093 del 6 de abril de 2001, que crea la Comisión Interinstitucional e intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal.*
- *Resolución del Ministerio de Salud N° 480 del 13 de agosto de 2002, que crea los Comités Regionales, Locales y Hospitalarios de la Comisión Interinstitucional e Intersectorial de Mortalidad Materna y Perinatal.*

I. Compromisos Internacionales asumidos por la República de Panamá.

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

VII. Principios y Definiciones

A. Curso de Vida

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

B. Atención Integral

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

C. Educación en Salud

La educación debe estar inmersa de forma permanente en todas las actividades y en todos los niveles de ejecución del Programa. Deberá desarrollarse actividades de capacitación continua del equipo de salud, con énfasis en las Normas de Atención.

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

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

D. Investigación

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

E. Medicina basada en la evidencia científica

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

F. Administración

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

G. Concepto de Riesgo

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

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

vulnerables. Es necesario estar alerta a la aparición de los signos y síntomas de complicaciones en todas las gestantes, porque la evidencia muestra que no es posible predecir, mediante un factor de riesgo, la aparición de las complicaciones más frecuentes causantes de las muertes maternas.

H. Interculturalidad en Salud

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

I. Pertinencia Cultural

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

J. Enfoque de Género

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

VIII. Ejecución del Programa de Salud Sexual y Reproductiva.

A. Unidades Técnico-Administrativas

1. Nivel Nacional

El Ministerio de Salud es la instancia normativa responsable del Programa en todo el país. El Nivel Nacional está representado en las diversas Direcciones del Ministerio de Salud. Desde el punto de vista técnico normativo:

La Dirección General de Salud Pública y la Sub-Dirección General de Salud de la Población, a través de la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, es responsable de la gerencia del Programa de Salud Integral de la Mujer; de la elaboración, actualización, implantación y difusión de las Normas y de supervisar el cumplimiento de las mismas. El Departamento mantiene coordinación con la Jefatura del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.

La Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable de los aspectos organizativos de la atención en los servicios de salud y de supervisar la calidad de la misma.

La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

2. Nivel Regional

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

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

3. Nivel Local

Los Directores de los establecimientos de Salud de nivel local (Hospitales, Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-centros y Puestos de Salud), con participación de todo su equipo, tienen la responsabilidad del desarrollo del Programa en todos sus componentes.

El Director Médico asegurará la adecuada y óptima utilización de los médicos especialistas y médicos generales, odontólogos, enfermeras, técnico de enfermería, nutricionistas, trabajadores sociales y otros miembros del equipo de salud.

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

El país está dividido en 14 Regiones de Salud según características geográficas y poblacionales. A su vez, las Regiones están divididas en Áreas de Salud. La red de servicios la forman Hospitales Nacionales, Regionales, Provinciales y Rurales, Policentros, Policlínicas, Centros de Salud con cama y sin cama, MINSA-CAPSI, Unidades Locales de Atención Primaria, Sub-Centros de Salud y Puestos de Salud.

1. Niveles de Atención

El Programa de Salud Integral de la Mujer se ejecuta siguiendo los niveles de atención de complejidad progresiva y de acuerdo a los recursos disponibles, organizados en Redes de Servicios de Cuidados Obstétricos Neonatales Esenciales (CONE ambulatorio, CONE Básico y CONE completo) interconectados a través de un Sistema Único de Referencia y Contra-referencia (SURCO).

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

Niveles de Atención de la Red de CONE

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

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

Funciones Principales del CONE Ambulatorio son:

1. Organizar y fortalecer los comités para el desarrollo de las sub-estrategias de salud materna y neonatal a nivel comunitario.
2. Atención prenatal normal.
3. Atención excepcional del Parto y del recién nacido (cuando el parto es inminente o por dificultad de acceso a CONE básico).
4. Referencia inmediata de la mujer y su RN luego de un parto inminente o domiciliar
5. Atención de la puérpera y del recién nacido a los siete días post-parto, ya referidos por el CONE Básico.

6. Detección y referencia inmediata de mujeres y recién nacidos con signos de peligro o con riesgos obstétricos y neonatales.
7. Detección temprana, manejo inicial/estabilización y referencia inmediata de complicaciones obstétricas y neonatales.

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

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

- Atención del Parto normal
- Aplicar antibióticos parenterales
- Aplicar oxitócicos parenterales (oxitocina)
- Aplicar anticonvulsivantes parenterales (sulfato de Mg)
- Extraer manualmente de placenta
- Extraer los productos retenidos (AMEU/LUI)
- Realizar reanimación neonatal (bolsa, ambú, máscara)

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

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

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

2. Equipos de Salud

El equipo de salud está integrado por médicos internos, generales y especialistas, enfermeras generales y especializadas, técnicos de enfermería, odontólogos, nutricionistas, trabajadores sociales, educadores para la salud, ayudantes de salud, técnicos de laboratorio, técnicos y auxiliares de registros médicos, inspectores de saneamiento ambiental, 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, en el logro de los objetivos del Programa. Se promueve

una política de integración funcional de los servicios y disciplinas para obtener un rendimiento óptimo técnico-administrativo.

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

El equipo de salud tiene la responsabilidad de trabajar y coordinar con los actores clave de la comunidad, especialmente en las comarcas y áreas rurales aisladas, tales como las Parteras, Comités de Salud, Promotores comunitarios de salud, médicos tradicionales y guías espirituales, a fin de establecer el vínculo y lograr la participación y adhesión de la comunidad a las actividades de promoción y prevención de la salud.

3. Rendimiento

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

Cuadro 1.

Rendimiento de Consultas y Procedimientos de Gineco-Obstetricia

*

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

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

4. Tecnología Apropriada

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

Las tecnologías perinatales del CLAP que incluyen la Cinta Obstétrica, el Gestograma, la Tabla de Peso para la Talla, la Tabla de Altura Uterina/Edad gestacional, la Historia Clínica Perinatal (HCPB), el Carnet Perinatal, el Estetoscopio de Pinard, el Partograma Modificado de la OMS y la Cinta del Recién Nacido, son apropiadas para utilizar en todos los establecimientos que brindan atención de CONE -ambulatorio, básico y completo-.

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

5. Proyección Comunitaria

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

6. Programación, supervisión y evaluación

La programación anual de las actividades se hará en cada instancia, con base en la población universo, las metas establecidas y los recursos disponibles. Una copia de la Programación y Evaluación Anual de la Región se remitirá al Nivel Central, adjuntando el formulario correspondiente. (Ver anexos 8)

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

Capítulo II Elementos Técnicos Normativos

A. Normas de Atención Materna y Neonatal

1. Atención Preconcepcional

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

La consulta preconcepcional se define como la entrevista programada entre una mujer (o una mujer y su pareja) con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de corregir eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo¹.

a. Objetivos Específicos

- a.1. Identificar y abordar los riesgos preconceptionales en las mujeres en edad fértil.
- a.2. Brindar las acciones preventivas definidas por el Ministerio de Salud para las mujeres en edad fértil.

b. Normas de Atención

- b.1. El personal de salud procurará la inmunización contra la Rubéola, Sarampión (MR) a toda la población femenina en edad fértil (no embarazada), de su área de responsabilidad (ver anexo 18).
- b.2. El personal de salud procurará la inmunización contra el Tétanos (TD, TDaP) a la población femenina en edad fértil, de su área de atención.
- b.3. El personal de salud procurará que todas las mujeres en edad fértil reciban suplementación con ácido fólico, para la prevención de malformaciones congénitas (ver cuadro # 4).
- b.4. El personal de salud procurará que todas las mujeres en edad fértil reciban desparasitación anual.
- b.5. El personal de salud ofrecerá consejería y servicios de planificación familiar, a todas las mujeres en edad fértil, de su área de atención.

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

- b.6. El personal garantizará la entrega del método anticonceptivo, a todas las usuarias que soliciten un método, de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad y a la oferta en los establecimientos de salud.
- b.7. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir con las medidas de bioseguridad en cada persona que atiendan.

2. Control Prenatal

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

Con el control prenatal se persigue la:

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

a. Objetivos específicos

- a.1 Brindar atención integral, temprana, periódica, y oportuna en base a la evidencia científica y recomendaciones actuales, a una amplia cobertura de embarazadas.
- a.2 Ofrecer atención especial a las embarazadas con riesgo obstétrico y perinatal.

b. Normas de Atención

- b.1. El control prenatal será realizado por el personal de salud, disponible en la institución, que tenga las competencias necesarias para dar la atención a la gestante.
- b.2. El personal de salud procurará la captación del 100% de las embarazadas de su territorio, haciendo énfasis en que la captación se debe dar durante el primer trimestre del embarazo.
- b.3. La captación e ingreso al control prenatal será realizada por el personal capacitado, disponible de acuerdo al tipo de instalación: médicos generales, gineco-obstetras, enfermeras, técnico de enfermería, ayudantes de salud.

- b.4. Si la gestante presenta algún signo o síntoma de complicación al consultar, debe ser vista de inmediato por el proveedor más capacitado disponible.
- b.5 El personal de salud garantizará que toda embarazada, en las que se identifique una condición de riesgo obstétrico o perinatal, que no pueda ser resuelto en la Unidad, sea referida oportunamente a un nivel de atención de mayor complejidad.
- b.6. Si la condición de riesgo de la gestante es una emergencia que pone en peligro su vida o la del bebé, el personal de salud debe iniciar el tratamiento, antes de referirla, según las Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo.
- b.7. En caso de una emergencia obstétrica, procurar que la mujer vaya acompañada al lugar de referencia.
- b.8. El proveedor responsable de la atención debe tomar la presión arterial a la gestante, sentada, en el brazo derecho, en un ambiente tranquilo. Asegurando que la embarazada no haya participado recientemente en una actividad física o mental moderada o severa.
- b.9. Desde su captación y en cada control a la gestante se le debe realizar la evaluación nutricional por el proveedor que le brinda el control prenatal y ser referida a la nutricionista si existe este recurso, sino, al auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera, si presentan déficit nutricional o sobrepeso.
- b. 10 El Servicio de Nutrición valorará la dieta y su composición nutricional en las embarazadas hospitalizadas.
- b.11 Las Nutricionistas se incorporarán a las tareas educativas sobre Nutrición y Dieto-terapia, tanto en la capacitación al equipo de salud como a la población.
- b.12. Se promoverán las investigaciones relacionadas con la alimentación y nutrición de las embarazadas.
- b.13. Se establecerán Servicios de Nutrición en todos los Hospitales y otras instalaciones de Salud.
- b.14. Toda gestante será referida a una primera consulta de odontología para recibir las actividades de prevención y educación.
- b.15. El personal de salud apoyará a toda embarazada, en especial de áreas de difícil acceso, que inicie su control, y en los controles siguientes, para que ella y su familia elaboren el plan de parto.
- b.16. Se registrará como primera consulta prenatal aquella en donde se confirme el embarazo, por examen clínico, laboratorio o por ultrasonido.

- b.17. La Historia Clínica Perinatal Base ambulatoria u hospitalaria, la Tarjeta de Control Prenatal, la Hoja de Registro de la Altura Uterina y de Ganancia de Peso Materno, la Tarjeta de Seguimiento de caso, son de uso obligatorio para el seguimiento de la embarazada y todo el personal es responsable de su llenado y flujo correcto durante la consulta prenatal.
- b.18. El personal de salud, procurará que el 100% de las gestantes captadas, de su área de responsabilidad, reciba un mínimo de cuatro controles prenatales, asegurando realizar las acciones clave descritas en el protocolo.
- b.19. El personal de salud, procurará que todas las embarazadas reciban desparasitación a partir del segundo trimestre, de acuerdo al protocolo.
- b.20. A toda embarazada que acuda a su primer control después de las 28 semanas, se le completará su evaluación clínica y de laboratorio en un periodo no mayor de 8 días y los controles subsiguientes se harán de acuerdo al riesgo identificado.
- b.21. Toda embarazada a partir de las 41 semanas de gestación, que no ha iniciado su trabajo de parto, deberá ser referida a la instalación de atención de parto más cercana y admitida para evaluar la interrupción del embarazo.
- b.22. En cada control prenatal el personal de salud deberá reforzar la educación y orientación a la embarazada, incorporando a su pareja si es posible, enfatizando en los siguiente tópicos: cuidados durante el embarazo, hábitos saludables, alimentación adecuada, estar preparada para el parto y eventual complicación (tener un plan de parto), lactancia materna exclusiva, conveniencia del espaciamiento de los hijos y la planificación familiar.
- b.23. La Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico es responsable de recibir la documentación, analizar, aprobar o rechazar las solicitudes de interrupción del embarazo por indicación médica materna o fetal, procedentes de las instituciones públicas o privadas.
- b.24. No se aplicará vacuna anti-Rubéola a la embarazada bajo ninguna circunstancia, por precaución debido al riesgo hipotético para el producto. No obstante, según la información científica actual, la aplicación accidental de la vacuna anti-Rubéola a la embarazada, durante el primer trimestre del embarazo, no es indicación de interrupción del embarazo.
- b.25. Todo caso de sospecha de rubéola, o de cualquier enfermedad transmisible de notificación obligatoria durante el embarazo, se notificará inmediatamente al Departamento de Epidemiología.
- b.26. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir con las medidas de bioseguridad, en cada atención prenatal.

- b.27. Se indicará aporte gratuito de hierro, ácido fólico y vitaminas a toda embarazada, desde la captación y hasta los 3 meses postparto según el esquema establecido.
- b.28. El costo de los exámenes generales solicitados a la embarazada no asegurada, no deberá constituirse en una barrera para la atención. La gratuidad de los mismos es garantizada por el Decreto Ejecutivo N° 5 de marzo de 2006.

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

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

a. Objetivos específicos

- a.1. Ofrecer atención profesional calificada, del parto y nacimiento, incluyendo los aspectos de interculturalidad, con estándares de calidad, basados en la evidencia y recomendaciones actuales, para la madre y el recién nacido.
- a.2. Identificar oportunamente posibles alteraciones en la evolución de la labor de parto normal, e intervenir adecuadamente, de acuerdo a los protocolos establecidos.
- a.3. Identificar oportunamente problemas respiratorios en el recién nacido e intervenir adecuadamente, de acuerdo a los protocolos establecidos.
- a.4. Vigilar activamente a la mujer y el recién nacido durante el posparto y primeras horas de vida del bebé.

b. Atención del Parto y del Neonato

- b.1. Las embarazadas en labor de parto serán atendidas en los establecimientos que brinden CONE Básico y CONE Completo.
- b.2. El parto en las instalaciones con CONE Básico será atendido por el personal disponible que tenga las competencias necesarias: Médico General o Especialista, Enfermeras Obstetras, Enfermeras Generales.
- b.3. En los establecimientos de Salud que no cumplen con los requerimientos mínimos de CONE básico, donde laboren solamente Técnicos de Enfermería o Ayudantes de Salud, procurarán referir las pacientes en pródromos de labor o en etapa inicial del periodo de dilatación a Unidades con CONE Básico o Completo, para la atención del parto.

- b.4. En zonas de difícil acceso a un establecimiento con CONE Básico, la gestante en trabajo de parto será referida sólo si el tiempo de traslado le permite llegar a tener su parto en la instalación de referencia. De lo contrario, se atenderá el parto en la instalación de la red más cercana y se referirá después del parto sólo si se prevee o presenta alguna complicación materna o neonatal.
- b.5. A toda gestante que acuda para la atención del parto a un CONE Básico o CONE Completo se le debe realizar una evaluación inicial rápida y ser atendida de inmediato, si presenta un signo o síntoma de emergencia.
- b.6. A toda gestante que acuda para la atención del parto a un CONE Básico o CONE Completo, se le debe elaborar un plan de atención de acuerdo a su evaluación y hallazgos.
- b.7. A toda embarazada con trabajo de parto atendido en los CONE Básico y CONE Completo, debe vigilarse la evolución de la labor mediante registro en un partograma.
- b.8. En los establecimientos categorizados como CONE Básico, de áreas de difícil acceso, donde cuentan con albergues maternos o casas acudientes, se les ofrecerá alojamiento a todas las mujeres que se encuentran en fase latente de labor. Si no se cuenta con estas instalaciones se podrá admitir en observación.
- b.9. En los establecimientos con CONE Completo, en el 100% de los casos, atenderá el parto el personal que tenga las competencias necesarias.
- b.10. Permitir el acompañamiento de la embarazada durante la labor y el parto, dependiendo de las facilidades de la instalación, que garanticen la privacidad y el cumplimiento de normas de bioseguridad.
- b.11. Realizar Pinzamiento tardío del cordón umbilical (a los 3 minutos o hasta que deje de latir)
- b.12. Realizar Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP) en el 100% de los casos (parto vaginal o por cesárea) según protocolo.
- b.13. En los establecimientos con CONE completo y en los con CONE Básico donde se disponga de pediatra, este participará desde el inicio del periodo expulsivo.
- b.14. Todo niño y toda niña deben contar con atención profesional al momento de nacer y en condiciones óptimas de higiene y seguridad.
- b.15. Para la atención del recién nacido durante el parto en los CONE Básicos y Completo, la instalación deberá contar con las condiciones físicas, los equipos, materiales e insumos necesarios y suficientes que se describen en el protocolo de atención del recién nacido.

- b.16 Debe asegurarse la articulación con la red de servicios para contar con transporte adecuado en caso de ser necesario el traslado de un recién nacido a un nivel de mayor complejidad
- b.17. La atención clínica del recién nacido se realizará según las guías de AIEPI neonatal de OPS/OMS, que han sido adecuadas para su aplicación en el país.
- b.18. Toda el personal de salud que participe en la atención del recién nacido durante el parto deberá completar las capacitaciones de AIEPI neonatal clínico, reanimación neonatal y transporte neonatal.
- b. 19. Promoción, protección y fomento de la lactancia materna exclusiva:
- Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la “promoción, protección y fomento” de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer durante la lactancia. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y demostraciones sobre:
 - Inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna.
 - Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna.
 - Beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y sucedáneos de la leche materna.
 - En las instalaciones de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.
 - Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia científica, que contraindican la alimentación al pecho materno en situaciones muy especiales.
 - Si el recién nacido tiene que ser hospitalizado por enfermedad, se establecerán los mecanismos para que la madre pueda mantener la producción de leche y darle ésta a su hijo o leche pasteurizada de un banco de leche materna.
 - Se promoverá la lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses de edad y hasta los 24 meses, ofreciendo alimentación complementaria al lactante.
- b.20. Se habilitarán progresivamente Bancos de leche materna en las instalaciones de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal, para incrementar el acceso a estas facilidades. Las instalaciones seleccionadas deberán cumplir con criterios técnicos y procedimientos para la implementación de un banco de leche humana, con los siguientes requisitos básicos:
- Tener una localización dentro de los servicios maternos y neonatales.
 - Contar con equipo para la pasteurización de la leche materna.

- Contar con personal calificado para la extracción, conservación y distribución de la leche materna.
 - Poder realizar periódicamente pruebas de detección de posibles contaminantes químicos, bacterias, virus u hongos en la leche extraída.
 - Realizar pruebas para determinar la eliminación a través de la pasteurización de virus y bacterias, tales como el VIH o CMV.
- b.21. Todas las instalaciones que atienden parto (CONE Básico y CONE Completo) deben contar con un Libro de Partos, donde se registrará la información de todos los nacimientos vivos y muertos ocurridos, ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevantes según formulario establecido. **(ver anexo 17)**
- b.22. Se debe consignar todos los datos del parto y el nacimiento en la sección correspondiente de la Historia Clínica Perinatal.
- b.23. Se debe llenar el Certificado de Nacimiento Vivo, si el bebé nació vivo o el Certificado de Defunción Fetal, si nació muerto.
- b.24. Realizar una estrecha vigilancia de la puérpera y del recién nacido y registrar según el protocolo establecido.
- b.25. Los proveedores de salud que brindan la atención deben cumplir las medidas de bioseguridad en cada atención.
- c. Atención del recién nacido enfermo o con bajo peso al nacer.**
- c.1. En situaciones en las que se prevea con antelación el nacimiento de un producto de alto riesgo, (por ejemplo: una patología congénita severa, una amenaza de parto pretérmino, un recién nacido prematuro o inmaduro, un peso bajo al nacer (< 2000 gramos) un retraso del crecimiento intrauterino, un producto macrosómico, un embarazo gemelar) se procurará garantizar que la atención de la paciente se lleve a cabo en unidades de segundo o tercer nivel, por personal especializado.
- c.2. Se debe garantizar que al momento de ocurrir el nacimiento de un prematuro o un recién nacido enfermo, éste sea referido urgentemente, previa estabilización, a un servicio de mayor complejidad para recibir la atención necesaria.
- c.3. La atención de un recién nacido enfermo, prematuro o de peso bajo al nacer se hará según las normas y guías clínicas nacionales, para nivel hospitalario.
- c.4. Todas las instalaciones de salud que atienden recién nacidos enfermos, organizarán e implementarán el programa “madre canguro” o “contacto piel a piel” como parte de su atención de rutina.

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

B. PROTOCOLOS

1. Protocolo del control prenatal

a. Actividades en todos los controles

- a.1. El personal que ofrece la atención debe recibir y saludar cortésmente a las mujeres que acuden al control prenatal y abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea comprensible para la mujer, fácil de entender para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.
- a.2. El personal que recibe a la mujer realiza **de rutina una evaluación inicial rápida**, le pregunta si tiene o ha tenido:
- Fiebre.
 - Dolor de cabeza intenso.
 - Dolor abdominal.
 - Pérdida de líquido o sangre por la vagina.
 - Pérdida de conciencia.
 - Convulsiones.
 - No siente movimientos fetales.
- a.3. Si la respuesta es positiva a cualquiera de estos signos o síntomas la gestante debe ser atendida de inmediato y referida si corresponde.
- a.4. El personal de salud que atiende a la gestante debe fomentar en la embarazada el acudir con su pareja a las citas de control prenatal, al menos a una consulta prenatal, de acuerdo a las posibilidades y promover a que la gestante y su pareja expongan sus dudas o preocupaciones.
- a.5. Los controles de la embarazada se distribuirán entre médicos y enfermeras de la siguiente manera:

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

Nº de Controles	Edad Gestacional	*Recurso de preferencia
Primer control	Menos de 13 semanas	Médico o Enfermera
Segundo control	14-20 semanas	Médico o enfermera
Tercer control	20-24 semanas	Médico o Enfermera
Cuarto control	24-27 semanas	Médico o enfermera
Quinto control	28-32 semanas	Médico
Sexto control	33 – 36 semanas	Médico
Séptimo control	38 – 41 semanas	Médico

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

b. Actividades en el primer control prenatal

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

- Historia Clínica Perinatal Base (HCPB) Ambulatoria.(ver anexo 9)
- Tarjeta de Control Prenatal (HCPB) (ver anexo 10)
- Tarjeta de Seguimiento de Caso.(ver anexo 14)
- El personal de Registros Médicos y Estadísticos llenará el encabezado y datos generales, cuidando de anotar el código de la Instalación de Salud y la cédula de la paciente, tanto en la hoja para la consulta, como en la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso.
- Grafica de clasificación del estado nutricional de la embarazada según IMC.(ver gráfica 1, pág.37)
- Hoja de Curva de Ganancia de Peso y Altura Uterina.
- Evolución de Control Prenatal
- Control puerperal (Anexo 28).
- Hoja Resumen de Órdenes de Laboratorios, Exámenes de Gabinete y Medicamentos.
- Hoja de Solicitud de Citología Cervicovaginal.(Anexo 25)
- Formulario de solicitud de prueba serológica de VIH.(Anexo 29)
- Una hoja para anexar los resultados de laboratorios.
- Expediente clínico Odontológico. (Anexo 23)

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

- Llenará todos los datos de la HCPB Ambulatoria y de la Tarjeta de Control Prenatal y entregará la última a la usuaria, ofreciéndole la orientación sobre su uso y cuidado.
- Abrirá una Tarjeta de Seguimiento de Caso y anotará allí los datos más relevantes, los cuales conducirán a obtener información rápida de casos de riesgo o problemas que ameriten mayor seguimiento y/o visita domiciliaria.

- La auxiliar de enfermería o asistente de clínica pesará y tallará a la embarazada.
- b.3. El proveedor de la atención evaluará el estado nutricional de la embarazada y estimará la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo, de acuerdo a su Índice de Masa Corporal y la edad gestacional de acuerdo al protocolo establecido.
- b.4. El proveedor de la atención referirá a la Nutricionista o a la auxiliar de nutrición o en su defecto para orientación a la enfermera, las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso.
- b.5. El personal de enfermería: aplicará las vacunas correspondientes al esquema de vacunación de la embarazada.
- Aplicará la vacuna contra la Influenza Estacional a la captación.
 - Aplicará Toxoide Diftérico TD o TDaP de acuerdo a las Normas del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), al momento de la captación de la embarazada.
 - Anotará en la HCPB ambulatoria, la Tarjeta de Control Prenatal y en la Tarjeta de Seguimiento de Caso, el mes de gestación en que se aplica, en el cuadro correspondiente a la Primera o a la Segunda Dosis o Refuerzo según el caso.
 - Si la embarazada tiene vacuna previa se marca en el cuadro correspondiente.
 - A la mujer embarazada con esquema completo de vacunación, se le aplicará un Refuerzo, si tiene 10 años o más de haber recibido el primero.
 - La TDaP se aplicará desde el inicio del tercer trimestre. (semana 26 a 40) o en el puerperio
- b.6. Realizar anamnesis completa, anotando todos los elementos señalados en la HCPB y la Tarjeta de Control Prenatal, sobre los antecedentes y el embarazo actual. No deberá dejar información en blanco a menos que no cuente con el dato.

La anamnesis completa incluye:

- Datos generales.
- Antecedentes familiares y patológicos.
- Antecedentes personales y patológicos.
- Antecedentes ginecológicos y obstétricos (incluye citología vaginal).
- Estado de inmunización con Td, TDaP y Vacuna anti-Rubéola (MR).
- Estado general.
- Hábitos alimenticios.
- Uso de tabaco, alcohol y drogas.
- Riesgo de situaciones de violencia intrafamiliar.

- Síntomas relacionados con el embarazo.
- Fecha de la última menstruación.
- Inicio de movimientos fetales.
- Signos o síntomas de alarma (hemorragias, edemas, cefaleas, etc.).

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

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

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

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

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

- b.10. Anotar los hallazgos patológicos en el reverso de la HCPB ambulatoria. Los diagnósticos patológicos se anotan en la sección de patologías maternas de la HCPB.
- b.11. Ordenar de rutina los siguientes exámenes de laboratorio a todas las gestantes: a la captación y repetir de acuerdo al (*cuadro 6 de la pág 46*)
- Hemograma completo.
 - Tipaje y Rh.
 - Glicemia.
 - Serología Luética (VDRL o RPR).Prueba treponémica. Si ésta es positiva entonces VDRL con diluciones) (Según nuevas normas del Programa ITS)
(verificar con its)
 - Urinálisis completo.
 - Urocultivo.
 - Prueba de VIH. Previa consejería y firma del consentimiento informado. Dar orientación a toda embarazada sobre la importancia de la misma para la prevención de la transmisión vertical. Debe darse consejería post prueba.
 - Serología por TORCH (Toxoplasmosis, Rubeola, Citomegalovirus y Hepatitis B).
 - Realizar o referir para la realización del Tamizaje ultrasonográfico del primer trimestre, entre las semanas 9 y 13 (si hay disponibilidad).
 - Ordenar el tamizaje bioquímico para que se realice a la semana 16, según disponibilidad. (verificar con Geneva)
 - Electroforesis de hemoglobina.
- b.12. Ordenar otros exámenes de laboratorio de acuerdo a anamnesis e impresión clínica, previa orientación sobre los propósitos y resultados de las pruebas:
- En aquellas áreas donde exista prevalencia de enfermedades transmisibles tales como Dengue, Malaria, Chagas, u otras, tomar muestra de sangre para el diagnóstico correspondiente.
 - Prueba por Clamidia.
 - Esputo por BAAR (sintomática respiratorio)
- b.13. En caso de sospecha de exposición durante el primer trimestre del embarazo, al virus de la Rubéola, el diagnóstico puede confirmarse a través de una de las siguientes maneras:
- Ordenar, el día de la consulta la prueba de Inhibición de la Hemoaglutinación IgG y una prueba de control a los 15 días.
 - Ordenar la IgM en el intervalo de una a seis semanas después del cuadro exantemático.
 - Si se confirma el diagnóstico deberá referirse a Consulta de Alto Riesgo.

- Interpretación de Resultados: Se considera seropositiva por IgG, si después de una prueba negativa, se encuentra una positiva, o si con una prueba positiva previa, se encuentra un aumento de los títulos 4 veces mayor que el inicial. Toda prueba de IgM positiva es comprobatoria de una Rubéola reciente.
 - No se aplicará gammaglobulina a la embarazada.
 - En caso de comprobación serológica de Rubéola en el primer trimestre de gestación, se orientará a la embarazada y a su pareja sobre las implicaciones para el feto y si la embarazada solicita la interrupción del embarazo, ésta se tramitará por conducto de las Autoridades Institucionales o Regionales a la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico, con sede en el Departamento de Salud y Atención Integral a la Población del Ministerio de Salud.
- b.14. Para la evaluación y/o confirmación de infección por toxoplasmosis:
- Ordenar, el día de la primera consulta prenatal la prueba de Inhibición de la hemaglutinación IgG y la IgM.
 - Interpretación de resultados:
 - Si sale positiva la igG repetir una prueba de control a los 15 días. Y se confirma infección si hay aumento de títulos en dos diluciones
 - La IgM positiva es confirmatoria de infección activa en cualquier momento
 - Si se confirma diagnóstico referir a la clínica de alto riesgo para su manejo y tratamiento.
- b.15. Determine diagnóstico y anote las órdenes médicas.
- b.16. Si la embarazada presenta alguna patología, maneje de acuerdo al protocolo o refiera al siguiente nivel de atención si es necesario.
- b.17. A partir del inicio del segundo trimestre se realizará desparasitación con Albendazol 400 mg via oral dosis única o con alguna de las opciones siguientes:
- Mebendazol 500 mg, dosis única.
 - Mebendazol 100 mg, dos veces al día, por 3 días.
 - Levamisole 2.5 mg/kg, una vez al día, por tres días.
 - Pyrantel 10 mg/kg, una vez al día, por tres días.
- b.18. Prescribir sales de hierro, ácido fólico, calcio y otros suplementos que sean necesarios según el protocolo establecido.
- b.19. Referir a consulta odontológica a todas las embarazadas –
- El Odontólogo anotará en la HCPB el resultado del examen realizado señalando si es normal o anormal. En caso de ser anormal anotar en la HCPB en la sección de observaciones las patologías encontradas.

- Las actividades curativas deben ser programadas según prioridad y factor de riesgo, eliminando todos los focos de infección, procurando que coincidan con las citas subsiguientes de control prenatal.
- Se realizarán de rutina las siguientes actividades:
- Examen clínico odontológico.
- Tinción de placa bacteriana.
- Enseñanza de técnica de cepillado y uso del hilo dental.
- Profilaxis dental.
- Aplicación de flúor.
- Charla sobre cuidados de salud bucal.

b.20. Brinde consejería según los hallazgos, y la edad gestacional de la embarazada. Enfátice en:

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

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

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

- 2. Protocolo de evaluación y monitoreo del estado nutricional de la embarazada.**
- a. Se monitoreará el buen estado nutricional de la embarazada, evitando deficiencias y excesos que representen riesgos para un adecuado desarrollo del producto o riesgo asociado a complicaciones maternas.
 - b. Para pesar a la embarazada debe estar descalza, con un mínimo de ropa. Si por razones de fuerza mayor es necesario mantener parte de la ropa, es necesario restar el peso de esas prendas del peso obtenido, para lo cual se debe elaborar una pequeña tabla con el peso promedio de las prendas más frecuentes.
 - c. Antes de cada jornada de trabajo la balanza debe ser calibrada observando que el fiel de la balanza esté en equilibrio en cero. La persona debe situar sus pies en el centro de la plataforma. El peso se debe registrar en kilogramos.
 - d. La talla se debe determinar en el primer control prenatal con la paciente descalza sobre un piso plano y horizontal, los talones, las nalgas, los hombros y la cabeza deben estar en contacto con el plano posterior. La cabeza erguida cómodamente. El tope superior se determina haciendo contacto con el vértice de la cabeza. La talla se registra en centímetros.
 - e. En el primer control prenatal se deberá definir cuál es la ganancia de peso recomendada durante todo el embarazo. Para evaluar el estado nutricional de la gestante se necesita: el Índice de masa Corporal, peso, talla y edad gestacional. Lo primero que se debe realizar es la evaluación de la embarazada, que ofrece información de la condición nutricional del binomio madre-hijo.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ejemplo: Embarazada: 16 semanas, peso: 60 Kg y Talla: 1.60 m. Se calcula con la siguiente fórmula $IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$
 $\text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m}^2\text{)}$ igual a 23,4.

- h. Para ubicar estos valores en la gráfica se debe prolongar una línea que parta desde las semanas de gestación de la madre, (es decir 16 en la parte inferior) hasta que se cruce con otra línea trazada horizontalmente desde el valor de IMC, que para el ejemplo es de 23,4 Kg/m². El punto exacto en donde estos dos valores se cruzan se debe marcar con un color que sobresalga. Así, en el ejemplo anterior la madre se encuentra en el canal de la N que indica estado nutricional normal.

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

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

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

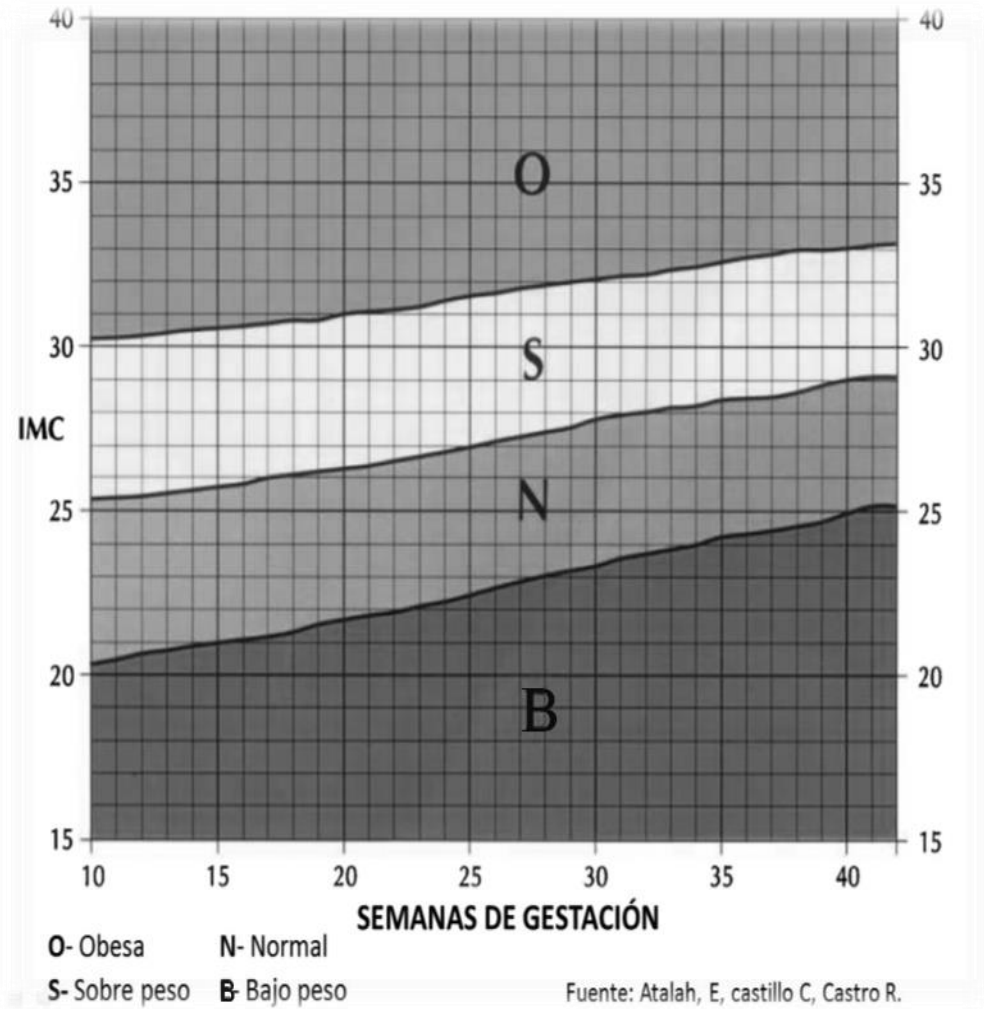


Tabla 3. Incremento de Peso Materno y de Altura Uterina según semana Gestacional.

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

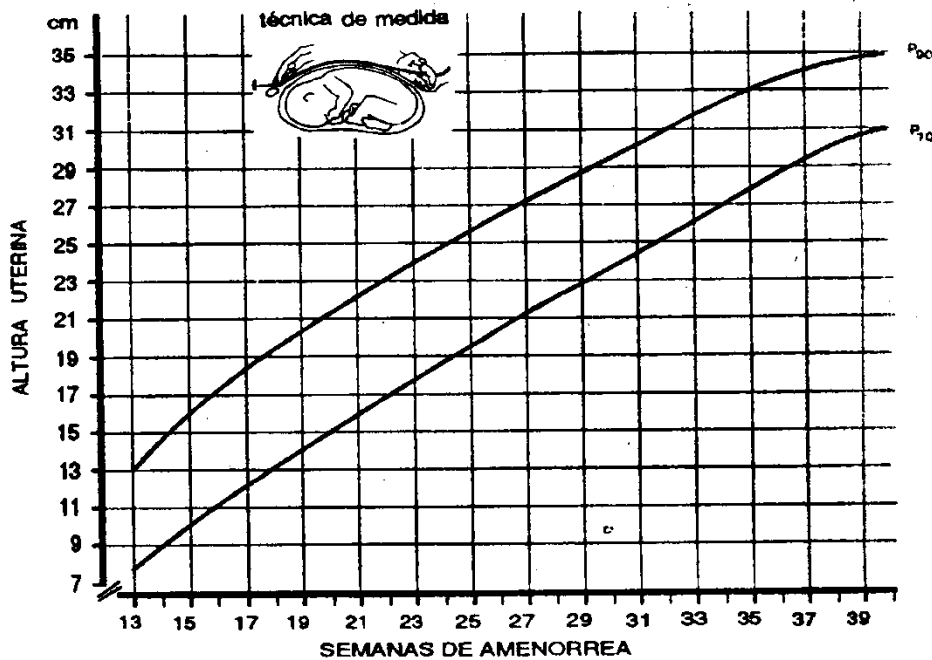
**Las medidas de la AU fueron obtenidas desde el borde superior del pubis hasta el fondo uterino desplazando la cinta métrica entre los dedos índice y mayor.

- i. La tabla 3. presenta, desde la semana 13, los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la Altura Uterina y los percentiles 25 y 90 del incremento de peso materno. Debe sospecharse restricción en el crecimiento intrauterino (RCI) cuando los valores del incremento de peso materno son inferiores a los que corresponden al P25 o los de la AU inferiores al P10 de sus correspondientes curvas. Si ambos métodos se utilizan combinados definiendo como sospechosos de RCI, tanto los valores anormales de la ganancia de peso materno o de la AU, la sensibilidad diagnóstica alcanza el 75%.
- j. Clínicamente se sospechará macrosomía fetal si los valores de la AU superan el P90 del patrón normal: La sensibilidad de este método es alrededor del 90%.

Excluido el polihidramnios, el error de amenorrea, el gemelar, etc., la ecografía confirmará el diagnóstico

- k. Los casos con sospecha clínica de RCI, excluidos el oligoamnios, el error de amenorrea, etc., deberán ser confirmados por ecografía para descartar falsos positivos.
- l. Se registrará la Altura Uterina según la edad gestacional en la Gráfica 2.

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



- m. Referencia al Programa de Alimentación Temprana Materno Infantil (PATMI):
 - Serán referidas todas las gestantes con bajo peso, desde su primer control prenatal al PATMI. Para su seguimiento refiérase a las Normas del PATMI.
 - En los distritos con vulnerabilidad nutricional: Boquete, San Francisco, Sambu, Chepigana, Chiman, Donoso, Renacimiento, Bocas del Toro, Changuinola, Tole, Santa Fe, Pinogana, Cañazas, Cemaco, Chiriquí Grande, Nole Duima, Mirono, Muna, Ñurum, Kankintu, Besiko y Kuna Yala, serán referidas, además de las gestantes de bajo peso, las que presentan estado nutricional normal. Se excluyen aquellas embarazadas que en sus controles de seguimiento presenten sobrepeso y obesidad.
 - En todos los distritos del país, todas las madres lactantes serán beneficiarias, hasta que el niño cumpla 6 meses de vida. Por otro lado,

después de los seis meses de nacido el niño, aquellas madres lactantes que en sus controles de seguimiento se determine que tienen sobrepeso.

- (IMC > 25.0 a 29.9) u obesidad (IMC > 30.0 Kg/mts²) deberán ser excluidas del programa.

n. Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia:

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

Cuadro 3 . Alimentación diaria recomendada en el embarazo y lactancia

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

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

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

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

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

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

- q.** A toda embarazada con anemia nutricional (Hb7.0 – 10.9g/dl) se le prescribirán 120 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico diario, durante tres meses y reevaluar. Una Hb < 7g/dl se considera anemia severa y será manejada como tal.
- r.** Se orientará a la gestante a ingerir los suplementos de hierro una hora antes de las comidas, preferiblemente con jugo o agua, nunca con leche, té o café.
- s.** En algunos de los primeros controles, la embarazada deberá ser atendida por el nutricionista para su evaluación y atención.
- t.** Se referirá, durante el puerperio, a la nutricionista para manejo, control y mantenimiento de un peso adecuado.
- u.** La dosis diaria de calcio requerida durante el embarazo y la lactancia es de 1000 mg/ día. El calcio no debe ser ingerido junto con el hierro si no en horarios diferentes.
- v.** Debe tomar de 8 – 12 vasos de agua / día y se recomienda que camine de 15 a 20 min tres veces / semana.

Actividades en controles prenatales subsiguientes

- a.** Verificación y seguimiento del llenado completo de la HCPB ambulatorio, la Tarjeta de Control Prenatal y la Tarjeta de Seguimiento de Caso, en cada consulta.
- b.** Se le interrogará sobre:
 - Estado general.
 - Alimentación e ingesta de suplementos vitamínicos.
 - Posibles Molestias (leucorrea, otros).
 - Presencia o no de síntomas vasoespásticos (cefaleas, tinitus, fosfenos, acufenos).
 - Presencia o no de síntomas de anemia (palidez, lipotimia, pica, otros).
 - Movimientos fetales.
 - Hábitos y conductas de riesgo.
- c.** Control de pulso, presión arterial, respiración, y temperatura si es necesario. Si hay fiebre (sobre 38 grados) hipertensión arterial (diastólica igual o mayor de 90 mm de Hg, pulso y respiraciones alterados), investigar la causa, efectuar tratamiento o referir según normas.
- d.** Examinar lechos ungueales y conjuntivas por signos de anemia.
- e.** Medición del peso y evaluación de la ganancia de peso y estado nutricional en cada consulta y referir a la Nutricionista las embarazadas que presenten déficit nutricional o sobrepeso, según protocolo.
- f.** Evaluación del estado fetal:
 - Crecimiento fetal: Medir la altura uterina en cada consulta y graficarla en la curva según la edad gestacional. La diferencia mayor de 4 cm entre ambas requiere de reinterrogar sobre la FUM y realizar estudio eco gráfico fetal.
 - En los lugares donde se pueda ofertar, se realizará tamizaje bioquímico y ultrasonográfico de primer y segundo trimestre.
 - Evaluación de los movimientos fetales y frecuencia cardíaca fetal.
 - Presentación y posición del feto (solo si gestación es mayor de 36 sem).
 - Ante cualquier discrepancia en los valores esperados preferiblemente referir para evaluación por especialista o a un nivel de mayor complejidad.
- g.** Evaluación de los resultados de los exámenes de laboratorio y anotar en la HCPB del expediente, en la tarjeta de control prenatal de la embarazada.
 - La enfermera anotará los datos que solicita la Tarjeta de Seguimiento de caso.

- h.** El tratamiento de la sífilis durante el embarazo se hará inmediatamente después de ser conocido el resultado del tamizaje, aunque esté pendiente el examen confirmatorio.
- i.** Las embarazadas VIH + se referirán a Infectología y a la Clínica de Embarazo de Alto Riesgo.
- j.** Las usuarias Rh negativo se manejarán por Ginecólogo Obstetra, en Centro de Atención Primaria, de acuerdo a los recomendaciones de las Guías de Atención de las Complicaciones del Embarazo, A la inmunización Eritrocitaria.
- k.** Se debe administrar la profilaxis con Gamma Globulina anti Rh (D) a las pacientes Rh negativa no inmunizadas desde semana 28 a la 34 de gestación. *(ver Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo)*
- l.** Referir a la consulta de alto riesgo a las pacientes identificadas como isoimmunizadas al factor Rh para su manejo, según las Guías de Atención de las Complicaciones del Embarazo.
- m.** Determinar diagnóstico y anotar las órdenes médicas.
- n.** Repetir examen de detección de sífilis, VIH y de glicemia, en el tercer trimestre del embarazo y los que fueran necesario según nuevos hallazgos y siguiendo el *(cuadro 6)*.
- o.** En cada consulta se evaluará el riesgo materno y fetal, y de ser necesario se referirá a las unidades de atención especializada (Clínicas de embarazos de alto riesgo y/o clínica de materno fetal).
- p.** Prescribir hierro, ácido fólico , calcio y otros que fueran necesarios según nuevos hallazgos.
- q.** Indicar el tratamiento y /o manejo adecuado para patologías detectadas *(ver Guías de manejo de complicaciones del embarazo)*.
- r.** Se evitará de ser posible, durante el embarazo, medicamentos asociados a riesgos del feto con deficiencias enzimáticas, tales como los que se muestran en el *(cuadro 5, ver pág.44)*

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

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

- s. Se dará educación durante todos los controles sobre los siguientes temas:
- Molestias más frecuentes en el embarazo y cómo tratarlas.
 - Aparición de signos de peligro, y qué hacer si aparecen.
 - Cuidados durante el embarazo: alimentación saludable, ejercicios y descanso, eliminación de malos hábitos (fumar, ingestión de bebidas alcohólicas, consumo de drogas, automedicación).
 - Importancia del Hierro y Ácido Fólico en la prevención de la anemia y defectos del tubo neural.
 - Ganancia de peso adecuado durante el embarazo.
 - Importancia del control odontológico en el embarazo.
 - Preparación para el parto y nacimiento. Elaboración del plan de parto, según el protocolo.
 - Importancia de iniciar la lactancia materna inmediatamente después del parto y mantenerla exclusiva hasta los 6 meses de edad y prolongarla hasta los 24 meses, ofreciendo alimentación complementaria. Superioridad de la leche materna sobre cualquier otro alimento, desde el punto de vista nutricional, anti-infeccioso, psicoafectivo y económico.
 - Beneficios de la lactancia materna exclusiva para la salud de la madre y derechos a la lactancia materna según la Ley 50.
 - Importancia y ventajas del parto institucional.
 - Ventajas del apego precoz y alojamiento conjunto.
 - Cuidados del recién nacido.
 - Importancia del tamizaje neonatal.
 - Riesgo del uso del Alcanfor (medicamentos y bolitas de Naftalina) en el recién nacido (deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenada)
(Ver cuadro 5)

- Cuidados del puerperio: alimentación, higiene, ejercicio y descanso, cuidado de las mamas.
 - Importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido.
 - Importancia del espaciamiento de los hijos y planificación familiar, métodos anticonceptivos disponibles.
 - Responsabilidad compartida, materna y paterna, en el embarazo, parto y crianza.
 - Cumplimiento de las indicaciones y asistencia a las citas prenatales.
- t.** Se orientará a toda asegurada activa, para que tramite la licencia por maternidad, tal como lo establece el Código del Trabajo.
- u.** Se promoverá la preparación psicoprofiláctico del parto y la participación de la gestante con su pareja. El personal médico y de enfermería será capacitado en la técnica del parto psicoprofiláctico.
- v.** Explique a la gestante los hallazgos y lo que es necesario hacer. Averigüe si tiene alguna pregunta para usted, responda con lenguaje sencillo y asegure que le ha entendido.
- w.** En cada control se le indicará a la paciente la fecha de su próxima cita y solicitará a registros médicos la adjudicación del cupo en el periodo indicado por el proveedor de la atención.

**Cuadro 6. Adaptado del CLAP, Salud de la Mujer y Reproductiva.
Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas
en APS**

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

3. Protocolo de atención del parto

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

- a.1. El personal debe recibir y saludar amablemente a las mujeres y acompañantes que acuden al establecimiento en trabajo de parto, abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea comprensible para la mujer y fácil de entender, para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.
- a.2. Realizar una evaluación inicial rápida, según norma, atender de inmediato si presenta algún signo o síntoma de complicación.
- a.3. Realizar examen físico general y obstétrico según norma.
- a.4. Realizar examen vaginal previo aseo del área genital y avisar a la mujer lo que va a hacer.
 - El aseo del área genital se realizará con solución antiséptica no irritante, en dirección antero-posterior y hacia fuera del introito, limpiando cuidadosamente los pliegues bulbares. Se descartan las esponjas al pasarlas sobre la región anal.
 - Se separarán cuidadosamente los labios con el índice y el pulgar de una mano y se introducen suavemente los dedos índice y medio de la otra mano, sin tocar la superficie externa de los labios. No retirar los dedos de la vagina hasta completar la evaluación y evitar el contacto con el área anal.
- a.5. El personal de salud debe solicitar la Tarjeta de Control Prenatal a toda embarazada que acude en trabajo de parto, para evaluar los datos anotados en ella y determinar el riesgo de la paciente. Si la mujer no posee una Tarjeta de Control Prenatal se llenará una HCPB y se le entregará después del parto como referencia.
- a.6. Transcribir a la HCPB intrahospitalaria los datos generales, la información de todas las consultas de control prenatal que tuvo la paciente y se iniciará el llenado de los datos referentes al examen físico y obstétrico, así como al parto o aborto.
- a.7. Evaluar y registrar de forma completa, en la sección de trabajo de la HCPB, todas las casillas de la primera evaluación realizada a la paciente.
- a.8. El personal debe ofrecer el apoyo y la orientación que la paciente requiera para disminuir la ansiedad y lograr el máximo de cooperación, confianza y tranquilidad de la embarazada, durante el trabajo de parto.
- a.9. Determinar diagnóstico de ingreso y anotar ordenes médicas.

- a.10. Admitir en observación a embarazadas con gestación de término en fase latente de labor, que procedan de lugares distantes o de áreas de difícil acceso, si la paciente no tiene donde quedarse o si no se cuenta con un albergue materno accesible.
- a.11. Hospitalizar sin demora a las gestantes en fase activa de labor:
- Tres o más contracciones uterinas de aproximadamente 35 – 45 segundos de duración en 10 minutos, y en forma persistente.
 - Dilatación cervical de 4 cm o más.
 - Modificaciones cervicales con 80% o más de borramiento.
- a.12. A toda embarazada, cuyo último control de Hemoglobina sea menor de 10 gramos o Hematocrito menor de 30% al momento de la admisión, se le realizará control de Hemoglobina y Hematocrito.
- a.13. Si la embarazada no posee una Tarjeta de Control Prenatal o no se controló el embarazo, se solicitará los siguientes exámenes: Hemoglobina y Hematocrito, Tipaje y Rh, VDRL, VIH.
- a.14. Entregar ropa adecuada de fácil manejo y se le colocará un brazalete que la identifique con su nombre completo. En áreas indígenas respetar el patrón cultural de vestimenta de las pacientes.

b. Atención en la sala de labor de parto.

- b.1. El personal debe recibir y saludar amablemente a las mujeres, abordarlas por su nombre, identificarse, utilizar un lenguaje que sea comprensible para la mujer y fácil de entender, para explicar a la embarazada cualquier procedimiento que se le vaya a realizar, y el resultado.
- b.2. El personal de salud debe asegurar la privacidad de la mujer y respetar sus requerimientos, según su patrón cultural, brindar un trato amable y respetuoso, ofrecer apoyo emocional para disminuir el estado de ansiedad de la parturienta durante toda la atención.
- b.3. Al ingreso a la sala de labor, la parturienta será evaluada por personal médico y de enfermería, y anota las ordenes pertinentes. En instalaciones de menor complejidad, la evaluación es responsabilidad del personal capacitado, de mayor jerarquía, que tenga las competencias para realizarlo.
- b.4. El personal de salud iniciará la vigilancia del trabajo de parto y la condición materna fetal, usando el partograma modificado de la OMS, desde que la dilatación cervical sea de 4 cms.

- b.5. Asegurar la privacidad de la mujer durante todo la atención, así como la comunicación amable, con un lenguaje sencillo comprensible a la mujer.
- b.6. El personal de salud irá modificando el plan de atención, de acuerdo a la evolución del trabajo de parto y de la condición materna y fetal, según gráficas y registros en el partograma.
- b.7. Se administrarán analgésicos u oxitócicos, basado en las condiciones obstétricas y el progreso de la labor. (ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo)
- b.8. Si la mujer está muy afectada por el dolor, comience aliviando con medidas no farmacológicas (cambio de posición, masajes, técnicas respiratorias, paños o ducha tibia). Si fuera necesario prosiga con analgésicos.
- b.9. Permita a la embarazada ingerir agua y/o líquidos claros isotónicos azucarados (por ejemplo: te, jugo de manzana) cuando lo desee y en pequeñas cantidades, hasta que alcance los 5 cm de dilatación cervical, especialmente si está visiblemente desnutrida o se cansa durante el trabajo de parto.
- b.10. De contar la instalación hospitalaria con las condiciones adecuadas, la parturienta en labor, con la presentación encajada, podrá deambular libremente, sentarse o adoptar la posición que le resulte más cómoda, siempre y cuando su condición y/o la del producto así lo permitan.
- b.11. La embarazada en labor activa y membranas rotas, con feto cuya presentación no esté encajada, permanecerá preferiblemente en cama en posición de decúbito lateral izquierdo.
- b.12. Se procurará que la paciente mantenga la vejiga vacía, fomentando que orine cuando lo desee y estimule la diuresis espontánea, por medios físicos si fuera necesario.
- b.13. De ser necesaria la cateterización de la vejiga, ésta será realizada por el personal médico o de enfermería, siguiendo la técnica aséptica.
- b.14. Se debe facilitar el acompañamiento de la embarazada, durante la labor y el parto, esto dependerá de las facilidades de la instalación que garanticen la privacidad y el cumplimiento de normas de bioseguridad.
- b.15. Procurar el aseo general de la paciente, a través de un baño en regadera, si la condición de la paciente lo permite.
- b.16. No se efectuará rasurado perineal de rutina.
- b.17. No se realizará enema evacuante al inicio de la labor.

- b.18. El proveedor de salud debe lavarse las manos antes y después de cada examen vaginal.
- b.19 .Los exámenes vaginales se deben realizar cada 2 horas durante la labor y después de la rotura de las membranas. Se evaluará el color del líquido amniótico, la dilatación cervical y el descenso de la presentación.
- b.20. Si la paciente presenta ruptura de membranas de 18 horas o más, se iniciará tratamiento con antibióticos (Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo).
- b.21 .Si la paciente presenta fiebre (38° o más) se indicará antibióticos (*Ver Guías de Manejo de las complicaciones del Embarazo*).
- b.22. Respetar la integridad de las membranas ovulares hasta el momento del parto con producto encajado, a menos que haya sospecha de sufrimiento fetal o detención de la labor según grafica en el Partograma.
- b.23. Si es necesario realizar la amniorrexis o amniotomía considerar lo siguiente:
- Aseo estricto de los genitales.
 - Utilización de guantes y pinza estéril.
 - Ruptura de las membranas en el intervalo entre dos contracciones.
 - Procedimiento: Se realiza tacto vaginal hasta contactar las membranas y sin retirar la mano, se introducen las ramas cerradas de la pinza de Kocher o pinza de Allis u otroamniótomo, entre los dedos examinadores, hasta que la punta de la pinza esté en contacto con las bolsas. Se abre la pinza y se presan las membranas para rasgarlas. Una vez rotas se retira la pinza, más no así los dedos, evitando la salida brusca del líquido amniótico.
 - Efectuar control de la FCF inmediatamente realizada la amniotomía.
 - Evaluar las características del líquido amniótico:
 - Cantidad: abundante o escaso.
 - Olor: normal, mal olor o fétido.
 - Color: claro, meconial o sanguinolento.
 - Presencia de vernix caseoso.
- b.24. Contraindicaciones para la amniotomía:
- Presentaciones distócicas: pélvica, de cara y situación transversa.
 - Parto prematuro.
 - Pro cúbito de cordón (palpación del cordón a través de las membranas).
 - Cabeza fetal no encajada.
- b.25. Se orientará a la parturienta para que respire lenta y profundamente durante la contracción uterina, asegurando que el abdomen suba y baje con cada respiración. Terminada la contracción, inspirar profundamente y expulsar el aire lentamente, relajando todo el cuerpo.

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

c. Uso del Partograma

Instructivo para el uso del Partograma

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

Registre lo siguiente en el Partograma:

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

C: membranas rotas, líquido claro;

M: líquido con manchas de meconio;

S: líquido con manchas de sangre

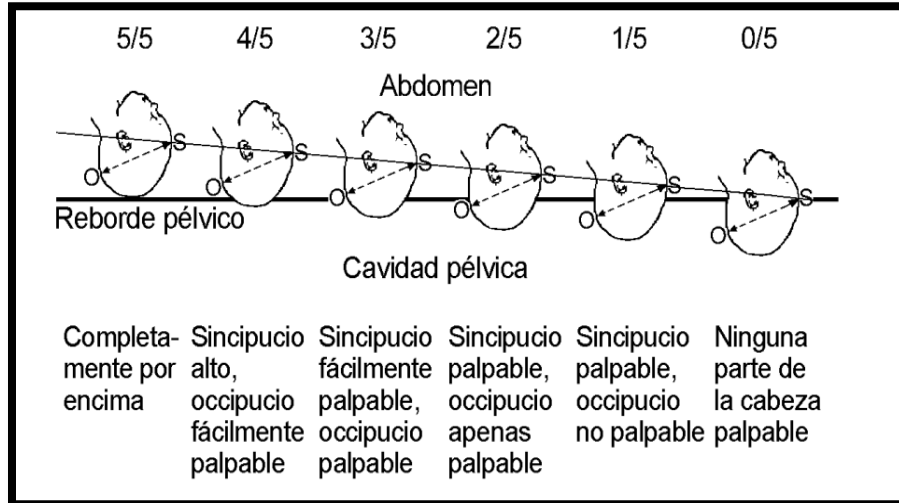
Moldeamiento: en esta sección registre el moldeamiento según grado

1: suturas lado a lado;

2: suturas superpuestas, pero reducibles;

3: suturas superpuestas y no reducibles.

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



- N°. de horas: Se refiere al tiempo transcurrido desde que se inició la fase activa del trabajo de parto (observado o extrapolado).
- Hora: Registre el tiempo real. Contracciones: Registre gráficamente cada media hora, palpe el número de contracciones por 10 minutos y la duración de las mismas en segundos.
 - Menos de 20 segundos : puntear el cuadro
 - Entre 20 y 40 segundos: hacer rayas oblicuas paralelas en el cuadro
 - Más de 40 segundos : rellenar el cuadro
- Oxitocina: Cuando se utiliza, registre la cantidad de oxitocina por volumen de líquidos IV en gotas por minuto, cada 30 minutos.
- Medicamentos administrados: Registre cualquier medicamento adicional que se administre.
- Pulso: Registre cada 30 minutos y marque con un punto (•).
- Presión arterial: Registre cada 4 horas y marque con flechas.
- Temperatura: Registre cada 2 horas.
- Proteína, acetona y volumen: Registre cada vez que se produce orina.

d. Período expulsivo-nacimiento del bebe

- d.1. Este periodo se inicia con la dilatación cervical completa y termina con el nacimiento del bebé.
- d.2. La atención del periodo expulsivo se realizará en la Sala de Partos, la cual debe contar con un área preparada con el equipamiento e insumos para una eventual reanimación neonatal (básico: paños limpios, secos y tibios, pera de aspiración y bolsa-máscara de ventilación).
- d.3. Respetar la decisión y la cultura de la parturienta, de adoptar la posición vertical (al momento del nacimiento) u otra si así lo desea, evitando la posición de litotomía dorsal.
- d.4. Asegurar la privacidad de la mujer durante el parto.
- d.5. Permita o estimule la presencia de un acompañante, si la mujer lo desea y si el espacio lo permite.
- d.6. Se procurará la presencia física del médico o personal calificado, que tenga las competencias necesarias, en todos los partos y del pediatra si existe el recurso, desde el inicio del periodo expulsivo.
- d.7. La camilla de parto estará con un respaldo no menor de 45°, debe poder inclinarse, permitiendo a la mujer que adopte la posición más cómoda que elija para pujar, semisentada, de lado, cuclillas, entre otros.
- d.8. Tener preparada la mesa con el instrumental para la asistencia del parto y atención inmediata del recién nacido. El instrumental para la atención del parto será preparado igual para las nulíparas o multíparas.
- d.9. El paquete para atención del parto debe contener: un platón de acero inoxidable, 2 pinzas de aro, 2 Pinzas Kocher, 1 tijera roma, 1 clamp para el cordón umbilical, 2 pares de guantes y 1 perilla de goma (ver reanimación del recién nacido pág. 23) 2 sabanitas para la atención del recién nacido, 2 campos estériles para la madre y 3 apósitos estériles.
- d.10. El equipo de episiotomía se preparará aparte del equipo de parto, consiste en 1 pinza de aro, 1 tijera recta, 1 porta agujas, 1 pinza de disección con dientes.
- d.11. De ser posible se debe tener disponible valvas vaginales tipo Sims grandes, cuando se realicen episiotomías.
- d.12. El personal que va asistir el parto se realizará lavado quirúrgico de antebrazos y manos y utilizará equipo de protección personal: bata, gorro, guantes de látex estériles, mascarilla con visera o lentes plásticos y botas.

- d.13. Se realizará higiene del pubis, cara interna de ambos muslos y periné con antiséptico quirúrgico.
- d.14. Sólo ante una vejiga muy distendida o globo vesical, con dificultad para la eliminación espontánea, se realizará el cateterismo.
- d.15. Vigilar los signos vitales de la parturienta, la actividad uterina y la FCF cada 10 minutos. Tomar acción inmediata si se presenta alguna alteración
(*ver Guía de manejo de complicaciones del Embarazo*).
- d.16. Ante la presencia de alteraciones de la FCF o materna, llamar al personal más calificado para evaluar la situación materno-fetal.
- d.17. Oriente a la parturienta para que puje en forma espontánea, en cada contracción durante el periodo expulsivo, sólo cuando sienta el deseo de hacerlo, no la fuerce. Asegure que la dilatación está completa y la presentación haya descendido lo suficiente para estimular el pujo.
- d.18. Se le orientará para que respire más rápido y superficialmente, y a no contener la respiración mientras puja, ni apretar la garganta, ni pujar fuerte por largo tiempo. Se le recordará relajarse cuando pase cada contracción.
- d.19. Brindar apoyo emocional a la parturienta e incentivarla a colaborar con su proceso en la fase expulsiva, tratarla con respeto, considerar sus patrones culturales, explicarle cada procedimiento que se le va a hacer.
- d.20. No realizar la manipulación y estiramiento excesivo del periné durante el segundo periodo del parto, porque es considerada una práctica nociva y está proscrita.
- d.21. No se realizarán maniobras que ocasionan la salida abrupta del producto. (Kristeller) porque es considerada una práctica nociva y está proscrita.
- d.22. Restringir la realización de episiotomía. La decisión sobre la realización de una episiotomía debe ser individualizada de acuerdo al caso y no practicada de rutina.
- d.23. Considerar realizar la episiotomía solo en las siguientes situaciones:
- Parto vaginal complicado (de nalgas, distocia de hombro).
 - Cicatrización de desgarros de tercer o cuarto grado mal curado.
 - Sufrimiento fetal.
 - Cuando la elasticidad del periné o del orificio de la vulva constituyan un obstáculo para la salida del bebé.
 - Procedimiento para la episiotomía:

- Debe realizarse en el momento en que la presentación corona en el piso perineal, durante una contracción.
- Como anestésico local se utiliza *xilocaína* al 2%, aproximadamente 5cc.
- La técnica de la episiotomía debe ser medio-lateral.
- Se incide a partir de la horquilla hacia abajo y afuera, en dirección al isquión y puede ser derecha o izquierda, con una longitud suficiente (3-4 cm).

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

1. Pida a la mujer que continúe sus esfuerzos espontáneos de pujar hasta que la cabeza corone.
2. Indíquele que jadee o de sólo pequeños pujos con las contracciones a medida que sale la cabeza del bebé, para que la salida de la cabeza sea lenta, constante y controlada, para permitir que el periné se vaya distendiendo lentamente y evitar desgarros. Evite que la mujer puje sin contracción.
3. Debe hacerse en todos los casos la protección cuidadosa del periné. Para evitar la salida brusca de la cabeza coloque los dedos de una mano sobre ella, manteniendo la cabeza flexionada, y sosteniendo el perineo con la otra mano y una compresa, a medida que va saliendo la cabeza del bebé
 - Pida a la madre que deje de pujar una vez que la cabeza haya salido.
 - Limpie la mucosidad (y las membranas si fuera necesario) de la boca y nariz del bebé con un apósito limpio. En el recién nacido normal la limpieza manual de secreciones con un paño limpio o una gasa es suficiente
 - ***La succión activa de las vías aéreas con un una sonda está indicada únicamente en caso de aspiración de meconio en un recién nacido sin esfuerzo respiratorio.***
 - NO aspire boca ni nariz del bebé.
 - Palpe con los dedos alrededor del cuello del bebé para verificar presencia de circular del cordón umbilical. Si es así y el cordón se encuentra flojo, deslícelo por encima de la cabeza del bebé. Si está ajustado alrededor del cuello píncelo en dos puntos y corte en medio de las dos pinzas antes de desenrollarlo del cuello. En caso de dos o más circulares pinzar y cortar una sola asa del cordón.
 - Permita que la cabeza gire espontáneamente. Una vez que haya girado coloque una mano a cada lado de la cabeza del bebé. Dígale a la madre que puje suavemente con la próxima contracción.
 - Reduzca la posibilidad de desgarros extrayendo un hombro a la vez. Sosteniendo con sus dos manos los lados de la cabeza, aplique tracción lenta y suave de la cabeza del bebé hacia abajo para extraer el hombro anterior. Luego eleve la cabeza para extraer el hombro posterior.
 - Sostenga la cabeza del bebé con una mano y el resto del cuerpo del bebé con la otra mano mientras se desliza hacia afuera.
 - Realice pinzamiento del cordón umbilical cuando deja de pulsar (aproximadamente 3 minutos).

- Coloque al bebé sobre el abdomen de la madre.
- El pinzamiento tardío del cordón umbilical no aplica en casos de circular de cordón tensa al cuello, madre VIH positiva, madre RH negativa sensibilizada, placenta previa sangrante, DPPNI, asfixia perinatal, prematuridad, presencia de meconio. En estos casos clampar el cordón a 20 cm de la inserción umbilical.
- A todo recién nacido cuya madre sea VDRL positivo o RH negativo se le tomará una muestra de sangre del cordón umbilical para su examen y tratamiento oportuno. (**Nota: la muestra de sangre del cordón debe ser extraída del lado placentario**)

e. Período placentario o de alumbramiento

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

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

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

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

e.4. Examen de membranas por su cara fetal: Se observará el orificio de rotura tratando de reconstruir la bolsa amniótica y de apreciar la integridad de las membranas en extensión. (corion y amnios). Si las membranas se desgarran examine con delicadeza la parte superior de la vagina y el cuello uterino provisto de guantes esterilizados y utilice una pinza de aro para retirar cualquier trozo de membrana retenido.

- e.5. Examen de la cara materna: Revisar si ésta se observa desgarrada lo cual es un índice de retención parcial de cotiledones.
- e.6. La sospecha de retención de restos placentarios dará lugar a la revisión y extracción inmediata de estos restos.
- e.7. Terminada la salida de la placenta, se asegurará que el útero se palpe globoso y de consistencia leñosa (globo de seguridad de Pinard), realice masaje uterino si el útero está blando.
- e.8. Control de la presión arterial y pulso inmediatamente después del parto.
- e.9. Controlar el sangrado y contracción uterina cada 15 minutos durante las 2 primeras horas. Realice masaje uterino si es necesario hasta asegurar que el útero se mantenga contraído y que no se relaje después de detener el masaje uterino.

f. Reparación de desgarros y episiotomía

- f.1. Examine a la madre cuidadosamente y repare cualquier desgarró del cuello uterino, la vagina y periné o la episiotomía, previa hemostasia, sin dejar planos de clivaje o espacios muertos. Es importante que se utilicen suturas absorbibles preferentemente de 2-0 . El catgut cromado 2-0 es una alternativa aceptable pero no ideal.
- f.2. Pida a un asistente que haga masaje del fondo uterino. Coloque un dedo enguantado en el ano, levante suavemente e identifique el esfínter. Cámbiese los guantes por otros estériles. Si el esfínter no está lesionado siga adelante con la reparación.
- f.3. Los desgarros de primer grado se cierran espontáneamente sin suturas, sólo haga compresión si es necesario.
- f.4. Procedimiento para suturar la episiotomía:
 - Realizar asepsia del periné antes de iniciar la sutura de la episiotomía.
 - Asegúrese que no haya alergia conocida a la anestesia local. Infiltre por debajo de la mucosa vaginal, por debajo de la piel del perineo y profundamente en el músculo perineal, utilizando alrededor de 10 ml de solución de Lidocaína al 1 o 2 %. aspire para asegurarse que no ha penetrado algún vaso.
 - Si sale sangre con la aspiración retire la aguja, vuelva a verificar la posición con cuidado e intente nuevamente. Nunca inyecte si aspira sangre (la mujer puede sufrir convulsiones y hasta morir si se produce inyección masiva IV de lidocaína).Al concluir de infiltrar espere 2 minutos y verifique si ha hecho el efecto esperado.
 - Comience la reparación vaginal cerca de 1 cm por encima del ápice del desgarró o episiotomía. Realice sutura continua para la mucosa vaginal

hasta el borde de la abertura vaginal. Lleve la aguja por debajo de la abertura vaginal y anude. Pueden usarse puntos separados para afrontar músculo y fascias perineales.

- Si el desgarro es profundo, repare los músculos perineales usando puntos separados con hilo 2-0 y coloque una segunda capa de la misma sutura para cerrar el espacio.
- Repare la piel usando puntos separados o subcutáneos con hilo 2-0 comenzando con la abertura vaginal.
- Asegure que no haya sangrado, aplique solución antiséptica al periné y cubra los genitales con un paño limpio
- Asegure que la mujer esté confortable y abrigada.

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

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

- Condiciones óptimas de iluminación, ventilación e higiene para ofrecer un parto limpio y seguro.
- La temperatura de la Sala de Partos debe estar entre 26 y 30° C. (Nota: *temperatura ideal 25° C*).
- Fuente de calor
- Mesa de reanimación
- Mezclador de gases
- 2 toallas con campos secos y tibios
- Perilla de goma y sonda nasogástrica
- Aparato de succión
- CPAP nasal
- Bolsa auto inflable con reservorio
- Mascarilla de reanimación
- Estetoscopio neonatal
- Fuente de oxígeno
- Bolsas plásticas para termorregulación
- Guantes
- Reloj con segundero
- Balanza pediátrica con platillo
- Tallímetro de mesa o cinta métrica
- Jeringa con aguja
- Laringoscopio pediátrico con batería y bombillo de repuesto
- Hojas rectas N° 1 y cero
- Tubos endotraqueales N° 2, 2.5, 3.0 y 3.5 Fr
- Oxímetro de Pulso
- Incubadora de transporte
- Termómetro ambiental
- Termómetro clínico digital

a. Atención inmediata

- a.1. Secar al recién nacido, con un paño o toalla limpia, suave y tibia (Nota: *el secado inmediato evita hipotermia por pérdidas por evaporación*)
- a.2. Colocar al recién nacido en contacto piel a piel con su madre, para favorecer el apego y la lactancia materna. Debe protegerse al recién nacido del enfriamiento, manteniéndolo cubierto con una sabanita seca.
- a.3. El recién nacido por cesárea será colocado en contacto piel a piel con su madre al nacer, si su condición y la de la madre lo permiten. Se mantendrá con ella para propiciar el apego materno y la lactancia materna exclusiva.
- a.4. Seque al bebé completamente y envuélvalo en un paño limpio y seco.
- a.5. El bebé piel a piel sobre el pecho o abdomen de la madre o sobre una frazada tibia y seca al lado de la madre.
- a.6 Evaluar si respira o llora:
 - **Si el bebé no llora**, no comienza a respirar o no está respirando bien (jadeo, tiraje, retracción), inicie la reanimación antes de continuar la atención de rutina.
 - Acciones antes del primer minuto (minuto de oro²).

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

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

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

- Coloque al bebé sobre una área limpia, caliente y seca con buena luz para evaluarlo.
- Posicione la cabeza, ligeramente extendida.
- Posicione la máscara cubriendo boca y nariz, asegure que quedó un sello hermético y comience la ventilación.

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

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

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

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

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

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

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

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

resolutiva, remitir a un nivel de mayor complejidad según normas de estabilización y transporte).

Cuadro 7- Puntuación de Apgar

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

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

Calificación según Índice de APGAR:

Bueno: 7 - 10

Regular: 4 - 6

Malo: 0 - 3

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

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

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

- Toda instalación de salud que ofrezca atención obstétrica y neonatal deberá tener criterios técnicos y procedimientos para la “promoción, protección y fomento” de la lactancia materna exclusiva, atendiendo las condiciones sociales, culturales y laborales de la mujer durante la lactancia. Las madres y familiares de los recién nacidos deben recibir consejería y demostraciones sobre:
- Inicio, mantenimiento y duración de la lactancia materna.
- Ventajas de la leche materna, técnicas de amamantamiento, extracción y almacenamiento adecuado de la leche materna.
- Beneficios de la lactancia materna exclusiva y los riesgos derivados del uso del biberón y sucedáneos de la leche materna.
- En las instalaciones de salud no se permite la distribución gratuita y la promoción de sucedáneos de la leche materna.

- Sólo se indicarán y/o entregarán sucedáneos de la leche materna en aquellos casos con plena justificación médica, con base en evidencia científica, que contraindican la alimentación al pecho materno en situaciones muy especiales.
 - Si el recién nacido tiene que ser hospitalizado por enfermedad, se establecerán los mecanismos para que la madre pueda mantener la producción de leche y darle ésta a su hijo o leche pasteurizada de un banco de leche materna.
- a.12. Todas las instalaciones que atienden parto (CONE Básico y CONE Completo) deben contar con libro de partos, donde se registrará la información de todos los partos ocurridos ya sea por vía cesárea o vaginal y los acontecimientos más relevante.
- a.13 Se debe consignar todos los datos del parto y nacimiento en la sección correspondiente de la Historia Clínica Perinatal.
- a.14 Se debe llenar el certificado de nacimiento vivo, si el bebé nació vivo o el certificado de defunción fetal si nació muerto.

b. Evaluación y Cuidados rutinarios del recién nacido

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

Las marquillas llevarán la siguiente información:

- Nombre y apellido completo de la madre.
 - Fecha y hora de nacimiento.
 - Sexo del recién nacido (Nota: *en caso de genitales ambiguos diferir la anotación del sexo hasta completar la evaluación*).
 - N° de la Historia Clínica de la madre.
- b.2. Evaluar la edad gestacional en semanas, de acuerdo al método de Capurro en el recién nacido a término y al método de Ballard en el recién nacido prematuro (Nota: *la mejor determinación de la edad gestacional es por fecha de última menstruación*).
- b.3. Realizar examen físico, antropometría (peso, talla y perímetro cefálico) y clasificación, según el peso y edad gestacional. Se pesará en gramos y se medirá en centímetros. Se informará el resultado a la madre. Anotar estos datos y el sexo del recién nacido en la HCPB. Todo recién nacido con menor peso y edad gestacional al nacer tendrá más morbilidad y mortalidad.

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

- b.4. El Pediatra anotará en la HCPB intrahospitalaria los datos del recién nacido y transcribirá los mismos a la tarjeta de control prenatal.
- b.5. Administración de vitamina K₁ intramuscular:
- 1 mg al recién nacido a término.
 - 0.5 mg al recién nacido prematuro y al de bajo peso (< 2500 g).
- b.6. Realizar profilaxis oftálmica. Se aplica colirio o unguento oftálmico antibiótico, tales como: tetraciclina al 1%, solución de yodo-providona al 2.5%, nitrato de plata al 1% o eritromicina (Nota: *el nitrato de plata puede causar oftalmía química si no se lava inmediatamente con solución salina después de aplicar*).
- b.7. Se le limpiarán las plantas de los pies antes de tomar las huellas plantares (Podograma) del recién nacido y las huellas pulgares de las manos de la madre.
- b.8. Baño y aseo del recién nacido. “No debe realizarse inmediatamente al parto” y no debe implicar la separación del niño de su madre por más de unos cuantos minutos (Nota: *nunca debe eliminarse la vernix caseosa ya que representa una barrera de defensa contra infecciones y otras protecciones de la piel del recién nacido*). Se invitará a la madre o a ambos padres, para que participen en el aseo del niño, el cual será guiado por enfermera o auxiliar de enfermería, u otro personal capacitado. Se hará énfasis en la vigilancia por sangrado del muñón umbilical y la limpieza del mismo con alcohol al 70%.
- b.9. Se procurará brindar apoyo psicosocial en situaciones especiales.
- b.10. Prácticas que deben eliminarse como rutinarias:
- Aspiración de secreciones por sonda o perilla.
 - Lavado gástrico.
 - Baño inmediato al parto.
 - Ayuno.
 - Administración de soluciones glucosadas, agua o algún sucedáneo de leche materna.
 - Uso de biberón.
 - Separación madre-hijo sin motivos médicos comprobados.
 - Acostar al recién nacido en decúbito prono (Nota: *esta práctica de acostar al recién nacido boca abajo está relacionada con muerte súbita infantil*).
- b.11. Alojamiento conjunto madre-recién nacido: las instalaciones de salud que ofrezcan atención a la madre y el recién nacido deberán garantizar que ambos estén en la misma habitación desde el nacimiento, hasta el momento que ambos sean dados de alta. Durante este período se realizarán las siguientes acciones:
- Evaluación clínica diaria y detección temprana de signos de peligro (ictericia, hipoglucemia, sepsis).

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

c. Atención pediátrica:

- c.1 Durante la primera visita el Pediatra realizará el examen físico al neonato, en la sala de alojamiento conjunto en presencia de la madre. Anotará los resultados del examen físico en la HCPB intrahospitalaria y transcribirá los mismos resultados en la Tarjeta de Control Prenatal (Referencia materna y neonatal).
- c.2 A las 24 horas de nacido se realizará la segunda evaluación física del neonato junto a su madre y de igual modo se llenarán los datos en la HCPB intrahospitalaria y en la Tarjeta de Control Prenatal, incluyendo la condición de egreso del niño si se le da de alta.
- c.3 El Pediatra enseñará a la madre o a los padres a observar y reconocer la conducta y características de un recién nacido normal o enfermo, enfatizando en los siguientes aspectos:
- Actividad, llanto y sueño.
 - Posición para dormir (normal: posición supina o un poco de lado).
 - Características de las heces, orina y flujo vaginal en las niñas según su edad postnatal y tipo de alimentación.
- c.4 . Lactancia materna exclusiva (normal: ocho veces al día, de día y noche).
- c.5 Prevención de enfermedades e identificación de signos de peligro (ictericia, letárgico o inconsciente, no quiere mamar, vomita todo lo que toma, ha tenido convulsiones). (Nota: *cualquier recién nacido con un solo signo de peligro debe regresar de inmediato para ser evaluado nuevamente por un Pediatra*).

- c.6 Si al egreso materno el recién nacido debe quedar hospitalizado, se le entregará a la madre su tarjeta de control prenatal correctamente llenada con los datos del parto y del recién nacido. La HCPB intrahospitalaria se cerrará al egreso del recién nacido y se integrará al expediente de la madre, para asegurar que se capturen todos los datos maternos y neonatales en el sistema informático perinatal o el sistema de control de enfermedades del Ministerio de Salud.
- c.7 Al cuarto día de vida, se le debe realizar al recién nacido el Tamizaje Metabólico y Auditivo, así como una visita de control clínico para identificar posibles dificultades y reforzar la lactancia materna exclusiva, la higiene en el hogar y la identificación temprana de signos de peligro.

d. Pruebas de tamizaje metabólico neonatal:

- d.1 Detección de hipotiroidismo congénito, galactosemia, fenilcetonuria, deficiencia de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa, hiperplasia adrenal congénita y hemoglobinopatías se realizarán entre el día 3-7 post natal, de preferencia entre el 3-4to día.
- d.2 La técnica para tomar la muestra se realizará de acuerdo a las “Normas del Programa Nacional de Tamizaje Neonatal”.

5. Protocolo de Cuidados del Puerperio Inmediato y Mediato.

a. Puerperio Inmediato y Mediato

a.1. La madre y el recién nacido se enviarán juntos a la Sala de Puerperio Inmediato, cuando se confirme que el estado general de ambos es satisfactorio.

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

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

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

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

- A las pacientes a quienes se les realizó episiotomía o hayan presentado desgarros, vigilar por hematomas, dehiscencias, edema y orientación sobre higiene y cuidados del periné.
 - Vigilar diuresis espontánea.
- a.4. La puérpera cuyo parto ocurrió fuera de la sala de partos, luego de su revisión si es necesaria, será enviada junto con el recién nacido directamente a la Sala de Puerperio. Se debe asegurar el llenado de HCPB para su introducción al sistema informático.
 - a.5. Si la paciente es captada luego de un parto domiciliario debe ser referida con prontitud a un CONE ambulatorio, básico o completo para su evaluación por personal de salud y la del recién nacido donde se le llenara la historia clínica perinatal y la tarjeta de control del niño o niña.
 - a.6. Se verificarán las órdenes médicas y el cumplimiento de las mismas.
 - a.7. No se dará de forma rutinaria derivados de la Ergonovina.
 - a.8. No administrar medicamentos que inhiben la producción de leche materna.
 - a.9. Evaluación de los pezones y vigilar por ingurgitación mamaria o laceraciones.
 - a.10. Se vigilarán los miembros inferiores para detectar precozmente problemas relacionados con trombosis.
 - a.11. Se estimulará la deambulacion precoz de la puérpera.
 - a.12. La educación de la puérpera es responsabilidad de todo el equipo de salud independientemente de su disciplina. Los temas educativos serán desarrollados en forma corta y sencilla, individualmente o en grupos y debe procurarse incluir a la pareja.
 - a.13. El recién nacido se colocará junto a su madre y se le hará saber a ella, que al igual que todo el personal de la sala, es responsable del bienestar y seguridad del niño.
 - a.14. Se verificará conjuntamente con la madre los datos de identificación del recién nacido.
 - a.15. Se practicará y recomendará la lactancia materna exclusiva. El personal de salud eliminará el uso de biberones, mamones o consuelos y sólo administrará y recomendará leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados y de ser necesario se administrará leche materna en tacitas, vasitos o con cucharitas.
 - a.16. Se apoyará a la madre en sus esfuerzos por amamantar a su hijo. El personal de salud reforzará la confianza de la madre sobre su capacidad de lactar, se le

instruirá sobre la postura correcta y modo de dar de mamar y cómo mantener la lactancia, incluso si ha de separarse de su hijo, por razón médica que la justifique.

- a.17. Durante la lactancia la mujer debe tomar (dos) vaso de agua cada vez que de pecho.
- a.18. Toda madre que no pueda amamantar será orientada sobre la extracción manual de la leche materna o sobre el uso del extractor mecánico.
- a.19. Se le hará énfasis a la madre y su pareja o su familia en que:
 - Sólo la succión frecuente del niño al pecho asegurará una buena cantidad de leche y evitará la congestión mamaria, mastitis y falta de leche.
 - Para favorecer la producción de leche, la madre debe ingerir líquidos abundantes y una dieta balanceada y tener un ambiente tranquilo.
 - La madre debe dar el pecho al niño cada vez que éste lo pida, sin horarios fijos, tanto de día como de noche.
 - No requiere lavarse los pezones cada vez que amamanta; el baño diario es suficiente.
- a.20. Advertir sobre la observación de signos y síntomas de alarma en el puerperio tardío que requieran de la búsqueda de atención inmediata. Esto incluye:
 - Sangrado persistente abundante o de mal olor.
 - Fiebre.
 - Mamas congestionadas, dolorosas, enrojecidas.
 - Dolor, hinchazón, o enrojecimiento de miembros inferiores.
 - Cefaleas intensas.
- a.21. Reforzar aspectos generales sobre higiene de la puérpera; reinicio de las relaciones sexuales; alimentación.
- a.22. Toda madre lactante será referida al Programa de Alimentación Temprana Materna Infantil (PACMI) hasta que el niño cumpla 6 meses de vida.
- a.23. Al dar de alta a la madre y al recién nacido se completará el llenado de la HCPB incluyendo el estado al egreso de ambos. El personal que determina el alta, es responsable de transcribir lo correspondiente a la atención recibida a la madre o al recién nacido y se devolverá a la madre la tarjeta de control prenatal, reforzándole que este documento es la referencia de ambos.
- a.24. Orientar a la madre sobre la asistencia al control de puerperio en la instalación del nivel local correspondiente entre los 7 y 15 días post-parto; insistir en que debe llevar y presentar su tarjeta de control prenatal a su médico y al médico que atiende al niño.

- a.25. A toda puérpera no vacunada previamente se le administrará la primera dosis de Toxoide Tetánico o Toxoide Tetánico Diftérico tipo adulto o la TDaP antes de su egreso y se completará posteriormente el esquema en el nivel local.
- a.26. A toda puérpera se administrará una Megadosis de Vitamina A (200,000UI) antes del egreso.
- a.27. A toda puérpera no vacunada previamente contra la Rubeola se le aplicará la misma antes de su egreso. Se orientará sobre la precaución de evitar otro embarazo durante los tres primeros meses de aplicada la vacuna, no obstante la aplicación accidental de la vacuna contra la Rubeola durante el embarazo no constituye indicación de interrupción del mismo.
- a.28. La vacuna contra la Rubeola está contraindicada en :
- Procesos febriles agudos.
 - Sensibilidad a la Neomicina.
 - Deficiencias inmunitarias congénitas.
 - Enfermedad maligna del sistema linfático.
 - Terapia inmunosupresora.
 - Embarazo.
- a.29. Debe anotarse en la HCPB si se le aplicó a la puérpera el Toxoide o la vacuna contra la Rubeola.
- a.30. Los datos sobre las inmunizaciones en embarazadas y puérperas se consolidan en el informe para el Programa Ampliado de Inmunización (PAI).
- a.31. De ser necesaria alguna de estas vacunas, debe ser aplicada aún los fines de semana o días feriados.
- a.32. De estar indicada, la vacunación de la puérpera se realizará independientemente del resultado del embarazo (postaborto, óbito fetal o nacimiento vivo).
- a.33. Debe asegurarse la revisión de los resultados de laboratorios ordenados durante la hospitalización, antes del egreso de la paciente y su anotación en la tarjeta de control prenatal.
- a.34. Toda puérpera sin control prenatal y/o sin VDRL; y/o VIH previo se le realizará serología luética y/o prueba de VIH y deberá conocerse el resultado antes de ser dada de alta. Anotar los resultados en la tarjeta de control prenatal.
- a.35. Si la madre tiene serología positiva debe administrarse tratamiento contra la Sífilis a la madre y profiláctico al recién nacido. Llenar el Formulario de Notificación Obligatoria de Enfermedades Transmisibles y notificar a Epidemiología. Anotarlo en la tarjeta de control prenatal.

- a.36. Toda puérpera Rh negativo no sensibilizada post-parto y post-aborto, con producto Rh positivo, recibirá tratamiento profiláctico de la isoimmunización con Globulina anti D
(Ver Isoimmunización Materno Fetal. Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).
- a.37. Toda puérpera debe recibir orientación sobre la importancia del espaciamiento de los hijos y las alternativas para la regulación de la fecundidad. Especial interés debe aplicarse a la orientación de adolescentes, multíparas y en puérperas post aborto.
- a.38. Toda mujer durante el post parto o en el post aborto se debe evaluar por síntomas de depresión y referir para manejo especializado
(Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).
- a.39. Se instruirá a la puérpera que desea planificar su familia, a que no utilice métodos hormonales que contengan estrógenos durante la lactancia, durante las primeras seis semanas.
- a.40. 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. La instalación de Salud debe ofrecer todos los métodos anticonceptivos disponibles para que la usuaria, luego de la consejería, elija libremente. De ser posible debe iniciar el método inmediatamente.
- a.41. Toda paciente con historia de aborto habitual debe ser referida a la consulta especializada.
- a.42. Toda puérpera post-aborto debe ser referida a la consulta de Ginecología. con cita en un plazo no mayor de dos semanas
(Ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo).
- a.43. Se llenará la HCPB intrahospitalaria con la Solapa de aborto a toda puérpera post-aborto.

b. Atención ambulatoria del puerperio normal

- b.1. La puérpera normal recibirá un control en la consulta de puerperio, el cual será programado dentro de los 7 a los 15 días siguientes al parto, coincidiendo, preferiblemente, con el control del recién nacido. La asistencia con la pareja es recomendable.
- b.2. La puérpera presentará como referencia la tarjeta de control prenatal con todos los datos transcritos de su atención intrahospitalaria, así como los datos del recién nacido sano.
- b.3. La revisión de la tarjeta de seguimiento de caso, de aquellas puérperas que se controlaron el embarazo, permitirá identificar por la F.P.P. a toda puérpera que no haya asistido a la consulta para la fecha aproximada en que se le esperaba. En este caso deberá procurarse en el nivel local localizar a la paciente por cualquier medio de comunicación y de ser necesario realizar una visita domiciliaria.
- b.4. Durante la consulta de puerperio deben realizarse las siguientes acciones:
 - Evaluación inicial rápida, si presenta algún signo o síntoma de complicación, debe ser atendida de inmediato.
 - Revisar y transcribir los resultados del parto y del recién nacido de la tarjeta de control prenatal (Referencia) a la HCPB ambulatoria del expediente de la embarazada.
 - Evaluación clínica completa.
 - Solicitud de exámenes de laboratorio de acuerdo a la evaluación.
 - Reforzamiento sobre: Higiene personal, en especial los genitales y mamas; la alimentación y nutrición y sobre el momento adecuado para reiniciar relaciones sexuales.
 - Se la dará orientación y se le ofrecerán los servicios de planificación familiar.
 - A Toda Puérpera se le indicará que debe continuar con dosis de hierro 60 mg hierro elemental y 400 ug de ácido fólico por día, por un mínimo de 3 meses post parto.
 - Indicar hematínicos y vitaminas según hemoglobina al egreso.
 - Puérpera con Hb 7g y más: 60 mg de hierro elemental y 400 mcg de ácido fólico por día por 8 meses
 - Puérpera con Hb < 7g: 180 mg de sulfato ferroso y 500 mcg de ácido fólico por 4 meses y reevaluar.
 - Toda puérpera con patologías previas o asociadas al embarazo, o aquella que presente algún tipo de complicación del puerperio debe ser referida para atención especializada.
 - Se llevará registro estadístico de las patologías del puerperio.

c. Diez Pasos para la Lactancia Materna Exitosa

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

- c.1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia natural, que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de salud.
- c.2. Capacitar a todo el personal de salud, de la forma que esté en condiciones para poner en práctica esa política.
- c.3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia natural y la forma de ponerla en práctica.
- c.4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al parto.
- c.5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactación, incluso si han de separarse de sus hijos.
- c.6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida de no ser que estén médicamente indicados.
- c.7. Facilitar la cohabitación de las madres y los niños durante las 24 horas del día.
- c.8. Fomentar la lactancia natural cada vez que el niño lo solicite.
- c.9. No dar a los niños alimentados al pecho chupetes o mamonos artificiales.
- c.10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia natural y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

6. Normas para la Interrupción del Embarazo

a. Por indicación legal

Los casos de solicitud de interrupción del embarazo por indicación legal, referidos por los juzgados, serán admitidos para su intervención en los hospitales estatales respectivos.

b. Por indicación médica

b.1. En los casos de indicación médica, se facilitarán los trámites para la solicitud de interrupción del embarazo a través de la Comisión Nacional Multidisciplinaria de Aborto Terapéutico, cuya coordinación se ubica en la Sección de Salud Sexual y Reproductiva de la Sub-Dirección General de Salud.

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

- Solicitud y consentimiento por escrito de la mujer.
- En caso de mujeres menores de edad o inhabilitadas por razones legales, deberá presentarse el consentimiento del representante legal.
- Informe médico que especifique y sustente el o los diagnósticos motivo de la solicitud.
- Si la causa no es obstétrica, deberá incluirse la evaluación del médico consultante.
- Exámenes de laboratorio y/o complementarios que confirmen el diagnóstico.

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

b.4. En aquellos casos que sea necesario, se solicitará la opinión de otros profesionales de la salud, quienes deberán colaborar con los miembros de la Comisión.

b.5. En cada área o Región, el Jefe de Ginecología y Obstetricia de cada Hospital analizará las solicitudes correspondientes y verificará el cumplimiento de todos los requisitos mencionados. Estos documentos serán remitidos oportunamente a la Comisión Nacional para su estudio y decisión final, de modo que se atiendan estas solicitudes en etapas tempranas de la gestación.

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

b.7. La Comisión se reunirá una vez convocados sus miembros, en un lapso de aproximadamente 48 horas y dará respuesta por escrito, del resultado de su deliberación, al médico referente.

- b.8. En caso de que se considere justificada la interrupción del embarazo la Comisión expedirá la autorización para la ejecución de la misma.
- b.9. Una vez autorizada por la Comisión la realización del aborto, éste se realizará bajo la responsabilidad de médicos Ginecólogos Obstetras idóneos.
- b.10. Se utilizarán, de preferencia, procedimientos que reduzcan los daños debido a la dilatación del cuello uterino, por ejemplo: uso del misoprostol y/o la Aspiración Manual Endouterina (AMEU)
(ver Guías de Manejo de las Complicaciones del Embarazo)
- b.11. Después del aborto se realizarán acciones de educación y se orientará y ofrecerá a la paciente y su pareja sobre los servicios de planificación familiar.
- b.12. La HCPB intrahospitalaria, junto con la solapa de aborto, debe llenarse a toda paciente atendida por un aborto terapéutico.

7. Indicación y Práctica de la Operación Cesárea.

a. Antecedente

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

Objetivo general

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

Objetivos específicos

- Conciensar al personal médico y paramédico sobre los beneficios y riesgos del uso de la operación cesárea.
- Fortalecer la vigilancia de la práctica de la operación cesárea a nivel institucional, a través de diversas acciones, antes de decidir su realización, la aplicación de protocolos de atención obstétrica y la educación continua del equipo de salud.
- Contribuir a disminuir la práctica de la operación cesárea no justificada, manteniendo el número de cesáreas por debajo del 25% del total de nacimientos atendidos en unidades médicas.

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

1. Se deberá vigilar mensualmente el indicador hospitalario del número de cesáreas, en relación al número de nacimientos.
 - Las instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, las autoridades regionales y de las instituciones de salud revisarán y analizarán las tendencias del indicador hospitalario de cesáreas, con relación a las metas establecidas.
 - Establecer procedimientos hospitalarios que contribuyan a disminuir el número de cesáreas innecesarias.
 - Seguimiento de las acciones y compromisos establecidos y retroalimentación al personal de la unidad.
2. Se deberá capacitar de forma permanente al equipo de salud sobre las indicaciones de la cesárea.

- Integrar el lineamiento técnico para la indicación y práctica de la cesárea en el programa de capacitación de cada unidad hospitalaria.
 - Reforzar la enseñanza del personal médico, incluyendo a los internos y residentes de gineco-obstetricia.
 - Asegurar la disponibilidad y accesibilidad del personal operativo a las Normas y lineamientos técnicos.
 - Capacitar al personal en el uso de la tecnología perinatal moderna.
3. Se deberá establecer medidas estrategicas en las unidades de salud, que contribuyan a controlar la realización de cesáreas innecesarias.
- Incorporar la estrategia de la segunda opinión en la toma de decisiones para la realización de la cesárea.
 - Utilizar correcta y sistemáticamente el Partograma.
 - Promover el uso adecuado de la Historia Clínica Perinatal Base.
 - Identificar a través de una marca o sello los expedientes clínicos y tarjetas de control prenatal de las embarazadas de alto riesgo.
4. Se promoverá la investigación sobre el tema de la cesárea.
- Realizar investigaciones clínicas, sociales y operativas, que identifiquen los factores asociados al incremento de la cesárea en las diferentes instituciones y las estrategias implementadas para su disminución.
 - Difundir los resultados de estudios de investigación para incrementar la calidad de la práctica obstétrica.
5. Se ofrecerán programas de Información, Educación, Comunicación en salud perinatal.
- Realizar sesiones educativas dirigidas a embarazadas y al público en general, sobre las ventajas y desventajas de ambas vías de terminación del embarazo. para desalentar falsas expectativas de la operación cesárea, basada en ideas de que evita el dolor del trabajo de parto o se conserva la estética corporal (integridad del piso pélvico).
 - Informar sobre los beneficios del uso de la cesárea cuando está correctamente indicada y sobre los riesgos anestésicos y quirúrgicos cuando se practica innecesariamente.
 - Establecer en la unidad hospitalaria un área de comunicación educativa y social en salud reproductiva.
6. En todas las unidades de atención obstétrica deberán estar disponibles y accesibles las Normas y lineamientos técnicos para consulta del personal operativo.
(*Ver Guía para el Manejo de las Complicaciones del Embarazo*).

7. Los jefes de los Departamentos de Ginecoobstetricia y Servicios de Obstetricia deberán revisar periódicamente:
 - La evaluación del indicador hospitalario del número de operaciones cesáreas por número de nacimientos.
 - Las indicaciones que dieron lugar a operaciones cesáreas.
 - Los casos clínicos en los que la toma de decisión fue particularmente difícil y aquellos en los cuales la segunda opinión permitió modificar la forma de terminación del embarazo.

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

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

I. Atención Ginecológica

A. Normas de la Atención Integral de la Mujer

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

1. Independientemente del motivo de la consulta, toda vez que se atiende a una mujer, se deberán realizar acciones preventivas integrales, incluyendo la toma de Papanicolaou, examen de mamas, verificación de necesidades de planificación familiar, cobertura de vacunas, así como necesidades de atención en aspectos del área psico-social.
2. Se debe realizar examen clínico de mamas a toda mujer adulta que acuda a la consulta por cualquier motivo, considerando los factores de riesgo y antecedentes de la paciente, de la siguiente forma.
 - a. Inicio a los 20 años.
 - b. De los 20 hasta los 40 años, por lo menos cada 3 años.
 - c. A partir de los 40 años cada año.
3. Todo caso de patología ginecológica, tales como diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, infecciones ginecológicas, tumores benignos o malignos, ginecología infanto-juvenil, ginecología geriátrica, deberá ser referido al Gineco-obstetra.
4. El manejo de las infecciones de transmisión sexual debe ser conocido y aplicado tanto por el especialista como por el médico general.
5. En toda consulta a mujeres en edad fértil, sin importar el motivo, debe evaluarse sus necesidades, en materia de regulación de la fecundidad y ofrecer servicios de planificación familiar con la debida orientación.
6. Se debe recomendar la suplementación semanal con 60 mg de hierro elemental y 2,800 mcg (2.8 mg) de ácido fólico, por tres meses seguidos y tres meses de pausa, a toda mujer post menarca. Si tiene antecedentes de malformaciones congénitas en embarazos previos, la dosis de ácido fólico debe aumentarse a 800-1000 mcg diarios.

7. Se debe revisar el estado vacunal de toda mujer en edad fértil (MEF), embarazada o no, que por cualquier motivo entre en contacto con los servicios de salud, considerando lo siguiente:
 - Toda MEF con esquema completo para Toxoide y Difteria (Td) se le aplicará un segundo refuerzo 10 años después del primer refuerzo. La mujer sólo recibirá una dosis de Td, se le aplicarán las dosis subsiguientes de Td de adulto de acuerdo al esquema.
 - Toda MEF con esquema completo para Rubeola (1 dosis a los 12 meses y 1 refuerzo entre los 4-5 años), se le considerará como previamente vacunada. Si nunca ha sido vacunada se le aplicará MR de acuerdo al esquema.
 - Aplicar a MEF estudiantes de Ciencias de la Salud y funcionarias de salud la vacuna contra Hepatitis B, de acuerdo al esquema.
 - Debe entregarse una tarjeta de vacunación del adulto a toda MEF vacunada.
 - Ofrecer orientación a las MEF, previa administración de la vacuna contra la rubeola sobre su contraindicación en el embarazo y postergación del mismo, mínimo 3 meses posterior su aplicación.

II. Ginecología Infanto-Juvenil

A. Normas

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

III. Climaterio y Menopausia

A. Protocolo.

1. La patología ginecológica de las pacientes climatéricas serán atendidas preferentemente por el Gineco-obstetra (*Ver Normas de Atención Ginecológica*).
2. Las mujeres en el climaterio deben ser evaluadas con respecto a factores de riesgo o predisponentes de osteoporosis, enfermedad cardiovascular, Diabetes Mellitus, cáncer, problemas urogenitales, problemas cutáneos, salud bucal, deterioro de la vista y del oído, depresión y enfermedad de Alzheimer y considerar referencia al especialista para el tratamiento.
3. Se promoverá la educación en salud sobre estilos de vida saludables, alimentación, vida sexual, salud mental y auto cuidado de la salud y medidas de prevención a toda mujer climatérica, con el objetivo de que lleven una vida prolongada vital y sana.
4. Evaluación de las mujeres entre los 40 a 64 años:

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

- **Historia clínica actualizada cada año que incluya:**

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

5. **Examen físico:**

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

- Examen abdominal.
- Examen pélvico.

6. Laboratorios y exámenes de gabinete:

- Citología cervical (Papanicolaou) cada 2 años. Después de 3 Papanicolaou negativos consecutivos se puede espaciar a cada 3 años. (referirse a las Normas de prevención, detección, y Guías de Manejo y seguimiento de las lesiones pre invasoras de cuello uterino)
- Si se cuenta con el recurso, se recomienda realizar las pruebas moleculares para el tamizaje de las pacientes a partir de los 30 años hasta los 64. Si son negativas cada 3 años.
- Densitometría ósea axial (DXA) desde los 65 a los 74 años o antes si hay factores de riesgo. Si amerita tratamiento repetir a los 2 años y evaluar mejoría de la paciente.
- Mamografía. Cada 2 años, comenzando a los 40 años hasta los 74 años, en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal
- En pacientes con antecedentes familiares, en primer grado de consanguinidad, de cáncer de mama, se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar.
- En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía se recomienda referir para estudios especiales.
- Perfil lipídico: colesterol, HDL, LDL y triglicéridos cada 5 años, comenzando a los 45 años (si tiene factores de riesgo o es dislipidémica, hacerlo anual).
- Prueba de glucosa en ayunas: cada 3 años, comenzando los 45 años (si tiene factores de riesgo-obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico efectuarlo anual).
- TSH: cada 5 años comenzando a los 50 años.
- Prueba de VIH previa consejería.
- Evaluación colorectal: comenzar a los 50 años, antes si hay factores de riesgo.

Se recomienda una de las siguientes alternativas.

- Colonoscopia cada 10 años.
- Recto-Sigmoidoscopia flexible cada 5 años y sangre oculta en heces cada 3 años
- Enema de bario de doble contraste cada 5 años
- Heces por sangre oculta en tres muestras seriadas, anual.

7. Inmunizaciones:

- Vacuna de la Influenza. Se recomienda comenzar su uso anual desde los 60 años.

- Refuerzos de Vacuna de Difteria y tétanos (Td) o Tdap cada 10 años.
- Vacunas de Hepatitis A y B, MR, Meningitis, Neumococo, Varicela, Influenza están indicadas en grupos de riesgo.

Evaluación de las Mujeres de 65 años y más.

Historia clínica actualizada cada año que incluya

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

● **Examen físico:**

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

● **Evaluación funcional.**

- Visión.
- Audición.
- Brazos (tocar cabeza, agarrar objetos del suelo).
- Piernas (sentarse, levantarse).
- Continencia urinaria y fecal.
- Nutrición y ejercicios.
- Salud bucal.
- Salud mental y depresión.
- Uso de instrumentos para actividades rutinarias.
- Ambiente del hogar.
- Soporte social y económico.
- Sexualidad.

- **Laboratorios y gabinete**
 - Igual que grupo de 40 a 65 años.
 - Citología cervical (Papanicolaou) cada 2 años. Después de 3 Papanicolaou negativos consecutivos se puede espaciar a cada 3 años (referirse a las Normas de prevención, detección, y Guías de Manejo y seguimiento de las lesiones preinvasoras de cuello uterino).
 - Densitometría ósea axial (DXA) desde los 65 a los 74 años o antes si hay factores de riesgo. Si amerita tratamiento repetir a los 2 años y evaluar mejoría del paciente.
 - Mamografía. Cada 2 años comenzando a los 40 años hasta los 74 años, en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal.
 - En pacientes con antecedentes familiares, en primer grado de consanguinidad, de cáncer de mama, se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar.
 - En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía, se recomienda referir para estudios especiales.
 - Perfil lipídico: colesterol, HDL, LDL y triglicéridos cada 5 años, comenzando a los 45 años. (si tiene factores de riesgo o es dislipidémica, hacerlo anual).
 - Prueba de glucosa en ayunas: cada 3 años, comenzando los 45 años (si tiene factores de riesgo-obesidad, dislipidemia, síndrome metabólico efectuarlo anual).
 - TSH: cada 5 años comenzando a los 50 años.
 - Prueba de VIH previa consejería.
 - Evaluación colorectal: comenzar a los 50 años, antes si hay factores de riesgo.

- **Se recomienda una de las siguientes alternativas:**
 - Colonoscopia cada 10 años.
 - Recto-Sigmoidoscopia flexible cada 5 años y sangre oculta en heces cada 3 años.
 - Enema de bario de doble contraste cada 5 años.
 - Heces por sangre oculta en tres muestras seriadas, anual.
 - Cáncer de piel: biopsias en pacientes de riesgo.

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

- **Terapia Hormonal**

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

Antes de considerar cualquier régimen toda mujer debe tener una evaluación de salud integral que incluya historia clínica completa, examen físico y examen ginecológico, mamografía, según norma, de preferencia en el último año antes de iniciar la terapia. De preferencia, iniciar en el período de la transición (peri menopausia) o dentro de los 5 primeros años para garantizar el adecuado proceso de transición.

- **Indicaciones de la terapia hormonal:**

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

- **Tipos de terapia hormonal (Para el tratamiento de las indicaciones previas) Parches, oral, transdérmico, intrauterino**

- TE: Terapia estrogénica (estrógenos solos)
- TEP: Terapia combinada (estrógeno/ progestágeno o estradiol / progestágeno)
- TEP-CC: TEP continua (administración diaria combinada continua)
- TEP- CS. TEP continua secuencial (estrógeno diario y progestágeno añadido en una secuencia)

- **Advertencias:**

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

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

IV. Prevención y Control del Cáncer Cérvico Uterino.

A. Protocolo

1. Prevención

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

2. Detección

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

3. Protocolo para la Detección.

- El médico y la enfermera, u otro personal capacitado, revisará el carné de Papanicolaou de la paciente, si lo tiene, de no ser así, le expedirá una tarjeta para la prevención del cáncer cérvico uterino, con la toma de la citología. (anexo 26)
- Se revisará en el expediente de la paciente el Formulario de Solicitud de Evaluación Citológica (anexo 25) y en el mismo se anotarán los datos actualizados para solicitar la nueva citología.
- En el carné debe anotarse la fecha de la toma, el resultado cuando se obtiene y la fecha de la próxima cita.
- Se establecerá un tarjetario de seguimiento de casos, para citar por cualquier medio (teléfono, visita domiciliaria u otro) a toda mujer que no acuda a su cita de control o para localizar a pacientes con resultado anormal del Papanicolaou.
- El funcionario que toma la citología cervicovaginal anotará la actividad en el Registro Diario de Consulta.

- La lectura de las citologías es responsabilidad de los laboratorios provinciales de citodiagnóstico de cáncer, quienes son responsables de llevar las estadísticas según resultado y edad de la paciente.
- Los citotecnólogos llenarán diariamente un registro diario de lectura.
- Registros de Estadística de Salud del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social llevarán el registro de las actividades de detección, a través de la recopilación de las estadísticas de lectura y resultados de Papanicolaou de todas las Unidades de Atención de Salud y los Laboratorios de Citología Nacionales y Regionales de ambas instituciones.
- Registros de Estadísticas de Salud del MINSA deberán recopilar la información proveniente de la CSS y los Laboratorios de citopatología privados para consolidar los datos nacionales de cobertura y resultados de Papanicolaou.
- Las Unidades de Patología Cervical y Colposcopia llevarán el Registro de sus actividades de confirmación diagnóstica, tratamiento y seguimiento y enviarán informes semestrales y anuales a la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia y a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia cuya coordinación tiene su sede en la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva de la Sub-Dirección General de Salud.
- Toda paciente cuyo resultado de PAP reporte infección por el Virus del Papiloma Humano (IVPH), lesión intraepitelial de bajo grado o de alto grado (LIE-BG, LIE-AG) y Cáncer cervicouterino será referida a una Unidad de Patología Cervical y Colposcopia
- 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.
- El Registro Nacional del Cáncer mantendrá actualizada la información estadística de morbi-mortalidad por cáncer cervicouterino. Deberá coordinar el registro y depuración de los casos de cáncer cervicouterino procedentes del Instituto Oncológico Nacional, la Caja de Seguro Social, el Hospital Santo Tomás, Hospitales Regionales, Hospitales y Clínicas Privadas y de la ANCEC.
- La Auditoría de caso de cáncer cervicouterino invasor es obligatoria y es responsabilidad de la Comisión Regional de Patología Cervical y Colposcopia que la misma se realice. Se utilizará el formulario de Auditoría de casos de cáncer cervicouterino invasor y se enviará copia del mismo a la Comisión Nacional Asesora de Patología Cervical y Colposcopia. (ver este anexo en las normas de patología cervical)
- Se promoverá la formación especializada de personal médico y técnico dedicado a las actividades del programa: citología, cito-patología, colposcopia y biopsia, técnicas quirúrgicas ambulatorias y hospitalarias.
- Se programará la capacitación continua de personal de atención primaria en la evaluación clínica del cuello de la matriz, la técnica correcta de la

toma y fijación de la citología cervicovaginal y la interpretación de los resultados de la misma.

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

V. Detección oportuna del cáncer de mamas.

- En todo examen físico realizado a una mujer se realizará el examen clínico de las mamas y la orientación a la paciente sobre el auto examen, así como la orientación a la paciente sobre la conveniencia de realizarse el tamizaje mamográfico y/o por ultrasonografía, según su edad y factores de riesgo.
- Se referirá a consulta especializada a toda paciente a quien se le sospeche o detecte una patología mamaria.
- Toda mujer será educada sobre como realizar el auto examen de las mamas, todos los meses después de terminado el periodo menstrual.
- Se promoverá el tamizaje mamográfico de acuerdo a la edad y los factores de riesgo.
 - Mamografía. Cada 2 años comenzando a los 40 años hasta los 74 años . en pacientes sin factores de riesgo, asintomática y con examen clínico normal
 - En pacientes con antecedentes familiares en primer grado de consanguinidad de cáncer de mama se debe iniciar el tamizaje 10 años antes de que apareciera el cáncer en el familiar
 - En pacientes con prótesis mamaria que dificulta el examen clínico y la mamografía e recomienda referir para estudios especiales
- Registros Médicos y Estadísticos mantendrá actualizados la información sobre el tamizaje por cáncer de mamas en las instituciones públicas.
- El Registro Nacional del Cáncer mantendrá actualizada la información estadística de morbi-mortalidad por cáncer de mamas. Deberá coordinar el registro y depuración de los casos de cáncer de mamas procedentes del Instituto Oncológico Nacional, la Caja de Seguro Social, el Hospital Santo Tomás, Hospitales Regionales, Hospitales y Clínicas Privadas; de la ANCEC y APLAFA.
- Se cumplirá con las indicaciones sobre el manejo del cáncer mamario contenidas en las Normas de Tratamiento del Instituto Oncológico Nacional.

- El Examen clínico de las mamas es una actividad independiente y debe consignarse en la hoja de registro diario de consulta con el código Z12.3

VI. Infecciones de transmisión sexual

- Se aplicarán las Normas Técnicas para la Atención de las Infecciones Transmitidas Sexualmente y el VIH/SIDA.
- Estos casos se notificarán de acuerdo a la metodología establecida por Epidemiología, en los formularios establecidos de notificación obligatoria que deberá llenar el que haga el diagnóstico clínico y/o confirmatorio con prueba de laboratorio.
- Se dará tratamiento al 100% de las mujeres y sus parejas, que se detecten con serología luética reactiva.
- Debe asegurarse el tratamiento de todos los contactos para eliminar la cadena de transmisión y las barreras económica no deberán ser un impedimento para el tratamiento.
- El Gineco-obstetra coordinará con el epidemiólogo la investigación del caso y su seguimiento.
- Se apoyarán las actividades realizadas por el personal para la búsqueda y tratamiento de contactos.
- Los laboratorios clínicos y de microbiología deberán disponer de los medios que permitan hacer los diagnósticos de infecciones de transmisión sexual.
- Se realizará examen directo por Tinción de Gram del exudado endocervical y/o cultivo a todo caso sugestivo de gonorrea.
- A toda paciente que consulte por una ITS se le dará orientación y se le solicitará la prueba rápida del VIH. Posterior al resultado se le dará orientación y /o consejería.
- Los Comités de Infecciones Nosocomiales de los hospitales, reportarán a Epidemiología del nivel Regional los casos de morbilidad asociadas a ITS en mujeres hospitalizadas.
- Se llevará registro estadístico para el control de la morbi-mortalidad ginecológica por ITS en todos los niveles de atención, tanto en el sector público como privado
- Todo lo relacionado a la detección, diagnóstico y manejo de la infección por virus del papiloma humano (VPH) se realizará de acuerdo a las Normas de Prevención, Detección y Guías de Manejo y Seguimiento de las Lesiones Pre invasoras del Cuello Uterino.

VII. Atención de la pareja infértil.

- Los médicos y las enfermeras en atención primaria, recibirán capacitación, de manera general sobre problemas de infertilidad, centros de referencia para el manejo de estos problemas y apoyo emocional para las parejas afectadas.
- Se crearán Consultas de Infertilidad en todos los Servicios de Gineco-obstetricia de los hospitales Nacionales y Regionales. Estos serán dotados con los equipos e insumos necesarios para el estudio de la pareja infértil

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

Capítulo IV Normas del Programa de Planificación Familiar

I. Objetivo General

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

II. Objetivos Específicos.

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

III. Estrategias del Programa

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

1. Toda persona usuaria tiene derecho a ser atendida con discreción, confidencialidad y con respeto a su privacidad.
2. Tiene derecho a obtener del proveedor de forma clara y comprensible, la información sobre su diagnóstico, tratamiento y procedimientos; información sobre la sexualidad y función de los órganos sexuales y reproductivos y sobre las características, beneficios, efectos y posibles complicaciones, posibilidades de falla y contraindicaciones de los métodos anticonceptivos.
3. Conocer la identidad de los proveedores de los servicios y de las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.
4. Tener seguridad en la atención, mediante prácticas adecuadas y el cumplimiento de estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos.
5. Poder comunicarse de manera verbal o escrita con personas de su elección durante su hospitalización, tener derecho a un intérprete cuando no habla el idioma español.
6. Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención; recibir explicaciones acerca de su condición, procedimientos técnicos implícitos,

riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.

7. No ser sometido a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario; no ser sometido a presión alguna para elegir un método anticonceptivo.
8. Consultar una segunda opinión; participar voluntariamente o rehusar participar en proyectos de investigación.
9. Rehusar procedimientos y/o atención luego de haber recibido información sobre los mismos.
10. Respeto a sus creencias, valores y actitudes propias de su cultura.
11. Derecho a reclamo o resarcimiento por daños y perjuicios por el ejercicio imprudente, negligente o imperito del personal de salud.
12. El personal de salud dará información y proveerá el método anticonceptivo previa elección informada, independientemente de su propia idiosincrasia y religión.

B. Promoción de los derechos sexuales y reproductivos

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

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

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

ciudadanos, perspectivas y participación de los usuarios en la evaluación de los servicios de planificación familiar.

C. Aplicación del enfoque de género.

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

D. Disposiciones generales.

1. Los servicios generales, que se imparten por personal médico y para médico de las instituciones de salud, agentes comunitarios y médicos privados debe comprender las siguientes actividades:
 - Promoción y difusión.
 - Información y educación.
 - Consejería.
 - Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
 - Identificación y manejo o referencia de casos de infertilidad y esterilidad.
2. Se brindará atención y orientación a toda persona que solicite un método de planificación familiar, en el momento que lo solicita.
3. La prestación de servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente a toda persona en edad reproductiva, que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.
4. Además de información, el usuario interesado debe ser orientado y en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo, lo cual puede ocurrir desde la primera atención.
5. Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.
6. Los proveedores de servicios de planificación familiar estarán capacitados sobre las indicaciones, contraindicaciones específicas y efectos secundarios de cada método anticonceptivo, incluyendo aspectos anatómicos, fisiológicos y psicosociales.
7. El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.

8. Los locales en donde se presten los servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios, sin riesgos para su salud.
9. Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta norma.
10. Cada nivel es responsable de hacer la programación anual de planificación familiar y determinar la cantidad de anticonceptivos requeridos para el desarrollo del programa.
11. Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta norma.
12. Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos o de costo mínimo cuando sean prestados por instituciones del sector público.
13. A todo adolescente se le educará sobre las ventajas de la posposición del inicio de vida sexual, los riesgos del embarazo precoz, sobre sexualidad y reproducción humana y sobre los métodos anticonceptivos, haciendo énfasis en los adolescentes con vida sexual activa. De requerirlos, se les facilitará sin costo, el método anticonceptivo que seleccionen con base a la orientación recibida. (*Ver Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil 2006*)
14. Se promoverán investigaciones sobre la aceptabilidad, eficacia, efectos secundarios y complicaciones de los métodos anticonceptivos utilizados en nuestro medio.

IV. Componente Administrativo

A. Funciones del Nivel Central:

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

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

La Dirección Nacional de Promoción de la Salud es responsable de los aspectos de Información, Comunicación y Educación sobre la salud sexual y reproductiva y de la participación social.

B. Funciones del Nivel Regional:

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

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

C. Funciones del Nivel local:

1. La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del Programa de Planificación Familiar, de acuerdo a las normas establecidas y su nivel de complejidad.
2. Hospitales: La Dirección del establecimiento es responsable de desarrollar y monitorear las acciones del programa de planificación familiar de acuerdo a las normas. La Jefatura del Departamento de Gineco-obstetricia designará al coordinador del programa, conduciendo ambos estas actividades.
3. Se debe asegurar la disponibilidad de métodos anticonceptivos que permitan el servicios de la planificación familiar. Parto, post-aborto, cesárea, transcesárea.
4. Los Hospitales que desarrollen actividades docentes deberán optimizar el uso del campo clínico para la formación de profesionales de salud de acuerdo a la competencia de atención de calidad en salud reproductiva y planificación familiar.
5. Centros de Salud, Policentros, Policlínicas, MINSA CAPSI, ULAPS, CAPPS: La Jefatura de la instalación es responsable de monitorear que las actividades del programa de planificación familiar se realicen de acuerdo a las normas. Estas serán ejecutadas por los profesionales de acuerdo a su perfil.
6. Sub Centros, Puestos de Salud, OES, UBAS (Red fija o itinerante): La Jefatura del Centro de Salud de referencia es responsable de que las actividades del programa de planificación familiar se realicen de acuerdo a las normas y el nivel de complejidad. Los proveedores de servicios de este nivel tienen la responsabilidad de actuar de acuerdo a su competencia técnica, a las normas del programa y el respeto a los derechos de las personas. Se debe garantizar que estos niveles tengan los insumos para la prestación de servicios en Planificación Familiar.
7. El personal de Salud de todos los niveles de atención está en la obligación de proporcionar consejería y orientación en planificación familiar, basados en la herramienta para la toma de decisiones para clientes y proveedores de Planificación Familiar de OPS y el nuevo Modelo de Consejería en Planificación Familiar desarrollado para áreas de difícil acceso. Los promotores de salud, ayudantes de salud, técnicos de enfermería, enfermeras y enfermeras obstetras podrán realizar las actividades de planificación familiar que incluyen la entrega o aplicación del método anticonceptivo.

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

Tabla 4. Competencia de los Proveedores en la Atención en Planificación Familiar y Salud Reproductiva

Personal de Salud	Tipo de atención en salud reproductiva															
	Consejería y orientación	Acciones Educativas	Métodos Naturales	MELA	Condón	Espermicida	A. Orales	A. Inyectables	D.I.U.	Implantes Progestágeno	Salping	Vasectomía	Detección y DX. CACU	Violencia	Inmunización MEF	Infertilidad
Ginecólogo obstetra	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Urólogo	X	x	X	X	X	X	X	X				X	X	X	X	X
Médico Familiar	X	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 General	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	
Técnico de Enfermería	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	
Asistente de salud	X	x	X	X	X	X	X	X	X	X			X	X	X	
Promotor de salud comunitario	X	x	X	X	X	X	X							X		

Nota:

- (1) Si ha recibido entrenamiento en el procedimiento
- (2) Descarta factores de riesgo, provee y aplica el insumo, realiza controles
- (3) Sólo detección. Confirmación diagnóstico sólo si está capacitado y certificado para hacerlo.
- (4) Sólo detección.

V. Líneas de acción del Programa de Planificación Familiar

1. Programación

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

Se programarán actividades en las siguientes áreas:

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

2. Promoción de los métodos anticonceptivos

Estas actividades están dirigidas a proveer información en los temas de salud reproductiva y planificación familiar para favorecer la elección informada.

Se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de los medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales y visitas domiciliarias, para dar a conocer la importancia de la práctica de planificación familiar para la salud, así como los servicios disponibles.

3. Contenidos de los mensajes:

- Sexualidad y salud reproductiva en el aspecto físico, psicológico y sociocultural.
- Factores de riesgo relacionados a la salud reproductiva en las diferentes etapas de la vida.
- Responsabilidad en el autocuidado de la salud sexual y reproductiva.
- Métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
- Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.
- Prevención del cáncer cervicouterino y de mama (Ver guías de manejo de atención ginecológica y guías de patología cervical y colposcopia).
- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Conducta que deben esperar de los proveedores de servicios.
- Derechos sexuales y reproductivos.
- Responsabilidad compartida de la pareja en relación a la fecundidad.

- Promoción de conocimientos y uso de métodos anticonceptivos de máxima eficacia a los adolescentes para evitar embarazos no deseados y prevenir ITS-VIH/SIDA (Ver normas de atención de VIH/SIDA, IMAN y las Normas del Programa de Atención Integral al Adolescente).
- Asegurar que los programas integran la interculturalidad.

4. Capacitación

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

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

5. Consejería.

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

La consejería debe tomar en cuenta que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados.

- El consejero debe constatar que los aceptantes han comprendido la información completa sobre las características, uso y riesgos de los diferentes métodos, así como su responsabilidad por el buen uso de los mismos. En virtud de que no existe un método 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.
- La consejería debe dar particular atención a los adolescentes; los usuarios que solicitan métodos permanentes; individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión; en el puerperio post aborto, post parto y postcesárea; cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo.
- La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes y los que requieren un procedimiento invasivo (DIU, Implante, vasectomía, Salpingectomía, entre otros) debe ir precedido por consejería, debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento y se debe ratificar por escrito (consentimiento informado) por el usuario e incluir este documento en el expediente.

6. Sistema de Información.

- Se recolectará información mediante el uso de la Hoja de Registro Diario de Consulta y Actividades (ver anexo 33.).
- Se registrará en el Registro Diario de Consulta y Actividades, la atención en planificación familiar y el registro del método.
- La información consolidada del mes vencido será enviada desde los establecimientos que brindan servicios de planificación familiar a Registros Médicos y Estadísticos Regionales durante los primeros 7 días del mes. Éstos a su vez enviarán la información consolidada de la Región a Registros Médicos y Estadísticos del Nivel Central. Los coordinadores del programa regional y nacional deberán solicitar la información para el monitoreo y la evaluación.

7. Sistema Logístico

- Tiene como objetivo garantizar la disponibilidad de insumos en las cantidades y condiciones adecuadas para la prestación de los servicios. Este sistema está conformado por una serie de actividades.
 - Selección de los anticonceptivos.
 - Proyección y estimación de cantidades a ser adquiridas.
 - Estimación y asignación del presupuesto necesario.
 - Adquisición.
 - Recepción, almacenamiento, manejo de inventarios y niveles de existencia, re-empaque, procesamiento de pedidos.
 - Distribución y envío a niveles inferiores.

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

8. Directrices técnico administrativas de logística:

- La Dirección Regional es responsable de mantener la información y el sistema de reportes actualizado del Programa de Planificación Familiar. El Departamento de Farmacias y Drogas de la Dirección Nacional de Provisión de Servicios de Salud es responsable del envío oportuno para mantener las existencias necesarias en el nivel central y en los almacenes intermedios de acuerdo a lo siguiente:
 - La distribución de insumos desde el Almacén Central hacia los Almacenes Regionales se realizará trimestralmente, teniendo como condición básica que el nivel central reciba la solicitud de anticonceptivos los primeros 10 días de iniciado cada trimestre.
 - Los almacenes regionales deberán llevar una hoja de análisis de insumos anticonceptivos.
 - Los insumos serán remitidos por el almacén central a los regionales utilizando los documentos oficiales.
 - Los almacenes regionales enviarán mensualmente los insumos a los establecimientos del nivel local utilizando los formatos correspondientes.

VI. Programas Comunitarios de Planificación Familiar.

A. Protocolo.

1. Se promoverán programas comunitarios de planificación familiar con apoyo de los asistentes de salud y la colaboración de Promotor de salud comunitarios sobre todo en las áreas postergadas.
2. Se capacitará a los de asistentes de salud y Promotores de salud comunitarios para dar orientación sobre métodos de planificación, discriminar factores de riesgo, aplicar algunos métodos accesibles y referir a niveles de mayor complejidad según lo requiera el método seleccionado. En áreas alejadas y de poco acceso, el asistente de salud y el Promotor de salud podrá distribuir métodos naturales y modernos (inyectables, orales, condones).

3. El promotor de salud comunitario promoverá la lactancia materna exclusiva (Método MELA) en las puérperas como el método más natural y resaltará su efectividad siempre que se practique estrictamente durante los primeros 4 a 6 meses post parto.
4. Podrá distribuir preservativos y sabrá orientar sobre su uso y utilidad para la prevención de embarazos y de ITS-VIH/SIDA.
5. Podrá distribuir anticonceptivos orales y deberá saber identificar factores de riesgo que los contraindiquen a través del siguiente cuestionario (siempre que hayan recibido capacitación de los criterios de elegibilidad para la selección del método):
 - FUM; signos y síntomas sugestivos de embarazo
 - Problemas presentes o pasados relacionados a trombosis, embolismo, cardiopatías.
 - Edad mayor de 40 años.
 - Hábito de fumar.
 - Antecedente de cáncer de mama
 - Enfermedades activas del hígado; tumores hepáticos, antecedente de ictericia durante el embarazo.
 - Lactancia materna actual
 - Diabetes Mellitus
 - Hipertensión arterial
 - Sangrado vaginal anormal durante los últimos 3 meses o post-coito
 - Ingesta de Rifampicina o anticonvulsivantes.
6. Ante la presencia de cualquiera de los factores de riesgo antes mencionados el promotor de salud comunitario deberá referir a la usuaria a la consulta de Planificación Familiar en el Centro de Salud.
7. En áreas de difícil acceso los proveedores comunitarios, promotores y ayudantes de salud y técnicos de enfermería podrán ser facultados para administrar determinados métodos anticonceptivos siempre y cuando se les capacite en los factores de riesgo y criterios de elegibilidad.
8. Descartados los factores de riesgo, el proveedor comunitario, dará la orientación e iniciará el método.
9. En caso de presentarse molestias o síntomas que la usuaria o el proveedor consideren preocupantes, la paciente será referida a la consulta de Planificación Familiar del Centro de Salud sin discontinuar el método.

VII. Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

A. Clasificación

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

1. Temporales

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

2. Permanentes

- Oclusión tubárica bilateral
- Vasectomía

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

- Interrogatorio. Identificación de factores de riesgo y valoración del riesgo reproductivo.
- Examen físico en función de la capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como los requerimientos de los métodos anticonceptivos.
- Consejería que garantice la selección informada de un método específico por el usuario/a.
- Utilizar los criterios de elegibilidad de la OMS para selección del método.
- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso correcto.
- De ser factible se iniciará el método en la primera consulta.
- Solicitud de exámenes de laboratorio que se consideren necesarios según la evaluación y el criterio médico. No ordenar exámenes de laboratorio de forma rutinaria.
- Verificar si la paciente tiene pendiente toma de Papanicolaou o otra acción preventiva como la vacuna antitetánica o antirubeóla. Estas actividades deben ofrecerse pero no deben representar una precondición al ingreso al programa de planificación familiar.
- Referir a otra unidad de salud cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método seleccionado.

- Otorgar cita subsiguiente.
- Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales antes de las 6 semanas postparto, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.
- Cuando además de la prevención del embarazo, se desee disminuir el riesgo de contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, sólo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas ITS.
- Durante las consultas subsiguientes se realizarán las siguientes actividades:
 - Evaluación de probables complicaciones por el uso del método y revisión de exámenes ordenados.
 - Determinación de cambio de método de ser necesario.
 - Cita subsiguiente.

VIII. Criterios de Elegibilidad para la Selección del Método Anticonceptivo

Cuadro 8. Categorías de Elegibilidad Establecidos por la OMS.

1.	Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.	3.	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
2.	Una condición donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.	4.	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.
CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO		CON CRITERIO LIMITADO
1.	Use el método en cualquier circunstancia.		SI (Use el método)
2.	En general, use el método		
3.	El uso del método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.		NO (No use el método)
4.	No debe usar el método		

Tabla 5. Categorías según Características Personales e Historia Reproductiva

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

IX. Métodos Anticonceptivos

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

a. Presentación

Contienen dosis constantes de estrógeno y de progestina en cada tableta o gragea. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen 7 tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas sino sólo hierro lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida. También se contemplan algunos anticonceptivos orales con cajas de 28 tabletas donde 24 tabletas contienen principio activo y 4 tabletas solo hierro o lactosa.

Tabla 6. Formulación de Hormonales Combinados Orales

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

b. Formulación

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

c. Indicaciones

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

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

d. Contraindicaciones

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

e. Precauciones

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

f. Forma de administración

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

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

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas que contienen hormonas diariamente por 21 o 24 días consecutivos, seguidos de siete o 4 días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene concentración hormonal diferente, hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

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

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

- 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.

g. Efectos colaterales

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

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso. *Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:*

- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa.
- Alteraciones visuales.
- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.

- Ictericia e Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de 6 meses.

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

- En caso de olvido de una tableta o gragea: Cuando recuerde, debe tomar inmediatamente la tableta olvidada y además la que le corresponde en el horario habitual
- En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: Ingerir dos tabletas o grageas ese mismo día y al día siguientes y adicionar un método de barrera por siete días.
- En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas: El método ya no es efectivo. Se debe suspender la ingestión de tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.
- La diarrea y los vómitos intensos puede interferir con la efectividad del método. En estos casos se recomienda el uso adicional de un método de barrera por siete días y continuar tomando las tabletas o grageas.

i. Seguimiento de la usuaria

- Se efectuará mediante una visita inicial a las 6 semanas y posteriormente cada año o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y examen clínico de mamas.

2. Hormonales orales que sólo contienen progestina

a. Formulación

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

b. Presentación.

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

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

c. Indicaciones

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

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

d. 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.

e. Precauciones

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

f. Forma de administración

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

g. 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.

h. 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.

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

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

j. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a las 6 semanas y posteriormente una vez al año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se dotará de tabletas o grageas.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcione estará determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cervico-vaginal y examen clínico de mamas.

3. Anticoncepción de emergencia (AE)

a. Formulación y dosis a administrar las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

- Dosis dedicada de Levonorgestrel:
 - Presentación en una Tableta de 1.5 mg y presentación en dos tabletas de 75 mg.
- Dosis:
 - una tableta de 1.5 mg vía oral lo mas pronto posible luego de una relación sexual desprotegida o
 - una tableta de 75 mg vía oral lo mas pronto posible luego de una relación sexual desprotegida y repetir en 24 horas.
- Anticonceptivos sólo de Progestina:
Cada tableta o gragea contiene 0.03 - 0.0375 mg de levonorgestrel.
- Dosis:
 - 20 tabletas de 0.0375 mg de levonorgestrel o 25 Tabletadas de 0.03 mg de levonorgestrel
 - Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.
 - La primera dosis se administra lo más pronto posible dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.
- Método de Yuzpe: Píldoras combinadas que contengan en cada tableta o gragea 35 a 50 ug de etinilestradiol y 500 ug de norgestrel o 250 ug de levonorgestrel. La primera dosis se administra lo más pronto posible dentro de las primeras 72 horas del coito no protegido.

Las Alternativas son:

- 4 tabletas de dosis baja, 35 ug (p. ej. Microgynon, Primafen, ciclotab, norgylen, cylest).
- 2 tabletas de dosis alta , 50 ug (p.ej. Ovral).
- Repetir la dosis a las 12 horas con igual cantidad de tabletas.

b. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, las píldoras de Levonorgestrel de dosis dedicada previenen alrededor del 85% de los embarazos esperados y las píldoras combinadas (método de Yuzpe) reducen el riesgo de embarazo en un 57 a 75 %. La anticoncepción de emergencia no debe usarse como anticoncepción corriente porque es menos eficaz que otros métodos de planificación familiar y tienen más efectos secundarios.

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

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

c. Indicaciones.

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

- Violación
- Uso incorrecto u olvido del método anticonceptivo
- Ruptura del condón
- Luego de una relación sexual no esperada sin protección.

d. Contraindicaciones.

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

e. Precauciones.

Los proveedores deben considerar antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves, angina de pecho, migrañas focales agudas y enfermedad grave del hígado. Las directrices de elegibilidad médica de la OMS respecto a estas enfermedades, dicen que las ventajas de usar las píldoras contrarrestan los riesgos teóricos o comprobados.

f. Duración de la protección anticonceptiva.

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

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

g. 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.

h. 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 progestina (AIC).

a. Formulación.

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

b. Presentación.

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

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

c. Efectividad anticonceptiva.

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

d. Indicaciones.

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

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

e. Contraindicaciones.

- Primeras seis semanas postparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario
- Tener o haber tenido enfermedad trombo embolica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes, pacientes con diagnóstico de epilepsia o trastorno bipolar.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Insuficiencia renal.

f. Precauciones.

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

g. Forma de administración.

Se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección.

- La primera aplicación debe hacerse en los primeros cinco días del ciclo después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.
- Si el método se inicia después del quinto día del ciclo debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección.
- Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.
- El intervalo de aplicación depende de la combinación de los principios activos.
- En el postparto o post cesárea cuando la mujer no está lactando, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.
- Después del aborto se puede iniciar de inmediato la administración del hormonal combinado inyectable.

- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después. Debe recomendarse un método de barrera o no hormonal durante este periodo.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos colaterales.

Algunas mujeres pueden presentar:

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

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

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

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

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

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

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

k. Seguimiento de la usuaria.

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

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

c. Efectividad anticonceptiva.

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

d. Indicaciones.

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

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

- En el post parto o post cesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el post aborto.

e. Contraindicaciones.

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

f. Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor de 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

g. Forma de Administración.

- Se aplican las de DMPA en presentación de 150 mg y las NET - EN por vía intramuscular profunda en la región glútea, utilizando jeringas y agujas estériles desechables. No debe darse masaje en el sitio de la inyección.
- La presentación de DMPA con 104 mg. se aplica de forma subcutánea.
- La primera aplicación debe efectuarse en los primeros cinco días del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos meses, independientemente de cuando se presente el sangrado.
- En el post parto, cuando la mujer está lactando, la aplicación debe iniciarse después de la sexta semana.
- En el post parto, cuando la mujer no va a lactar, puede aplicarse la primera inyección durante los primeros 28 días.
- En el post aborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

- DMPA de 150mg y 104mg 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
- Riesgo de osteopenia y osteoporosis con el uso prolongado

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

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

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

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 de 150 y 104 mg. puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, también puede aplicarse hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.
- Si la usuaria acude a ponerse la inyección más allá del periodo de gracia, debe descartarse un embarazo previo a la aplicación de la nueva inyección.

k. Seguimiento de la usuaria.

- Visita inicial a los 3 meses y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes, se pueden entregar tres a cuatro ampolletas. El número de ampolletas que se

proporcionen depende de razones programáticas, logísticas o financieras.

- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y el examen de mamas.
- Recomendar, a criterio médico, la realización de densitometría ósea en pacientes con uso prolongado.

6. Método Hormonal Parche Anticonceptivo Combinado(PAC).

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

a. Formulación.

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

b. Presentación.

- Parche de aplicación semanal transdérmico.

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, en las siguientes circunstancias:

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

e. Contraindicaciones.

- Lactancia materna en las primeros seis semanas postparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido enfermedad trombo embólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.

- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Insuficiencia renal.
- Hipertensión Arterial.

f. Precauciones.

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Diabetes Mellitus.
- Migraña con síntomas neurológicos focales.
- Leiomiomatosis uterina.
- Alteraciones de la coagulación.
- Enfermedad vesicular sintomática.
- Pacientes con peso mayor de 90 kilos (disminuye la efectividad).

g. Formas de Administración.

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

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos Colaterales.

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

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

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

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

j. Seguimiento a la usuaria.

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

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

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

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

- **Anillo vaginal de progestina sola.**

El anillo vaginal de progesterona, se utiliza para ampliar la eficacia anticonceptiva de la amenorrea de la lactancia entre las mujeres que amamantan. Los anillos vaginales de progesterona se insertan en la vagina para un uso continuo de hasta tres meses y se cambian por uno nuevo si la lactancia continúa y se desea prolongar la anticoncepción³.

a. Formulación.

- Hormonal combinado: Etilil estradiol 2.7 mg y etonogestrel 11.7 mg.

Con solo progestina: progesterona 2.074 gramos.

b. Presentación.

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

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

c. Efectividad anticonceptiva.

Anillos combinados de Progestagenos y Estrogenos, 99.7 por ciento.

Anillos solo de progestina, por encima del 98,5 por ciento⁴.

d. Indicaciones

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

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

³http://www.rhsupplies.org/fileadmin/user_upload/RHSC_tech_briefs_PDFs/Spanish/rhsc-brief-progesterone_A4_SPANISH.pdf

⁴Brache V, Payán LJ, Faundes A. Current status of contraceptive vaginal rings. *Contraception*. 2013;87(3):264–272.

- **Anillo vaginal progestina sola.**

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

e. Contraindicaciones.

- **Anillo Vaginal Combinado:**

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

- **Anillo solo de progestina:**

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

f. Precauciones.

- **Anillo Vaginal Combinado**

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

- **Anillo solo de progestina⁵**

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

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

- Depresión.
- Migraña focal.
- Alteraciones de la coagulación.

g. Forma de administración:

Ambos anillos deben ser aplicados por la usuaria vía vaginal.

- **Anillo Vaginal combinado.**

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

- **Anillo Solo de Progestina⁶.**

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

h. Técnica de inserción.

- **Instrucciones a la usuaria:**

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

i. Técnica de remoción.

- **Anillo Vaginal Combinado.**

- **Instrucciones a la usuaria:**

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

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

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

- **Anillo vaginal solo de progestina.**

- **Instrucciones a la usuaria:**

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

j. Efectos colaterales.

- **Anillo combinado.**

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

- **Anillo de progestina sola.**

Algunas mujeres pueden presentar:

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

k. Duración de la efectividad anticonceptiva⁷

- **Anillo Combinado:**

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

- **Anillo solo de progestina:**

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

l. Seguimiento de la usuaria.

- **Anillo combinado:**

- Se efectuará mediante una visita inicial a las 6 semanas y posteriormente cada año o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y examen clínico de mamas.

- **Anillo de Progestina sola:**

- Visita inicial a los 3 meses, o cuando se estime necesario por el prestador de servicios o la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales.
- Siempre que sea posible, se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal y el examen de mamas. De acuerdo a la norma correspondiente.
- Recomendar, a criterio médico, la realización de densitometría ósea en pacientes con uso prolongado.

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

8. Método Hormonal Subdérmico.

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

a. Formulación.

Existen varias formulaciones, entre ellas:

Jadelle™ Consta de dos implantes. El principio activo es levonogestrel. Cada implante contiene 75 mg de levonogestrel. Los excipientes son sílice coloidal anhidra y elastómera de silicona.

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

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

b. Presentación

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

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

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

c. Efectividad anticonceptiva.

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

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

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

d. Efectividad uso⁸:

- Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10,000 mujeres). Esto significa que 9,995 de cada 10,000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas.
- Existe un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.
 - En los últimos 5 años de uso de Jadelle™: Alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres.
 - En los 3 años del uso de Implanon™: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (1 en 1,000 mujeres)
 - En los 7 años de uso de Norplant™: Alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres
- Los implantes de Jadelle™ y Norplant™ comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso:
 - Para mujeres que pesan 80 kg o más, Jadelle™ y Norplant™ pierden eficacia después de 4 años de uso.
 - Para las mujeres que pesan 70–79 kg, Norplant™ pierde eficacia después de 5 años de uso.
 - Es aconsejable que estas usuarias cambien sus implantes antes.

e. Indicaciones.

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

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

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

f. En el post aborto inmediato.

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

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

g. Contraindicaciones.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)

h. •Precauciones.

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

i. Forma de administración.

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

- La remoción debe efectuarse al cumplir la vida útil del método:
Jadelle: hasta cinco años.
Implanon: hasta tres años
Norplant: hasta siete años.
- También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva.

j. Técnica de inserción.

- Antes de todo, lávese las manos con agua y jabón.
- Se debe utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables para aplicar anestesia. O utilizar si están disponibles los kits comerciales de aplicación del método.
- La usuaria debe estar acostada boca arriba durante la inserción.
- Seleccionar el brazo izquierdo si es diestra, el derecho si es zurda.
- La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con antiséptico.
- **Norplant™** Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm en una zona de piel sana en la cara interna del brazo. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trocar estéril calibre 10, en dirección opuesta al codo. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.
No se requiere sutura. Se aplica una pequeña venda.

k. 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.

l. Duración de la protección anticonceptiva.

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

m. Efectos colaterales.

• **Algunas mujeres pueden presentar:**

- Hematoma en el área de inserción.
 - Infección local.
 - Dermatitis.
 - Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado, amenorrea).
 - Cefalea.
 - Mastalgia.
 - Queloides.
- Reforzar la consejería con relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes.
 - En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales, remover implantes.
 - En caso de embarazo, remover los implantes.

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

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

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

6.1 Jadelle™

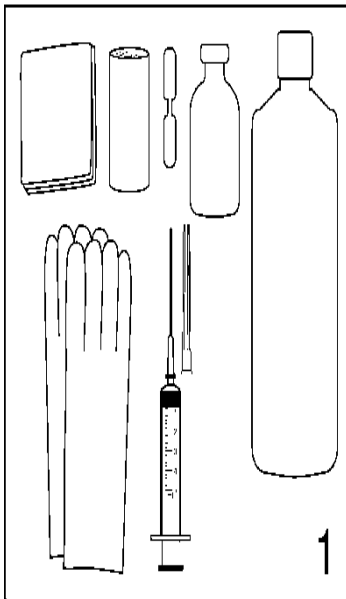


Figura 1

Se necesita el siguiente equipamiento para insertar JADELLE™ implantes:

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

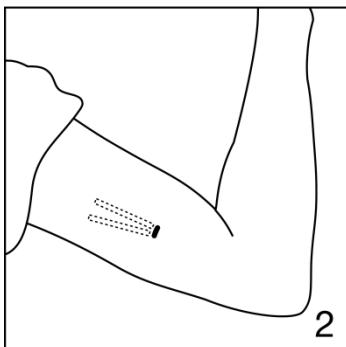


Figura 2

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

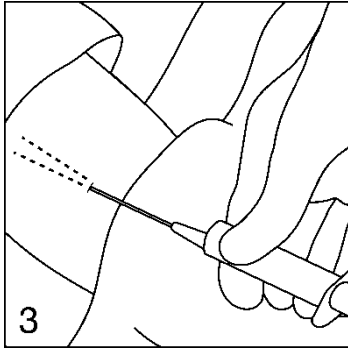


Figura 3

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

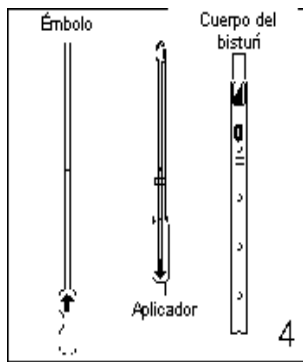


Figura 4

Esta figura muestra los componentes del aplicador.

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

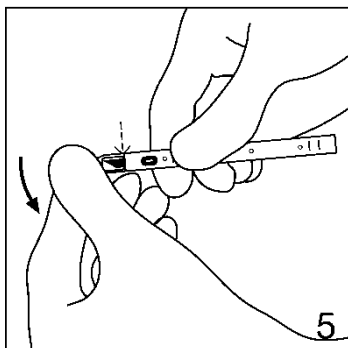


Figura 5

Retire la protección de la cuchilla del bisturí.

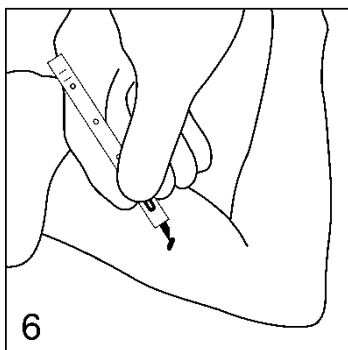


Figura 6

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

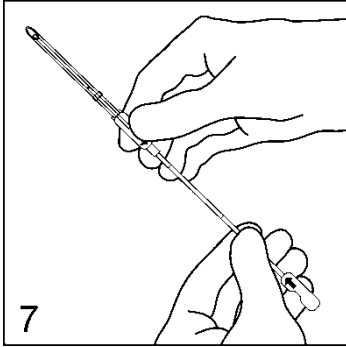


Figura 7

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

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

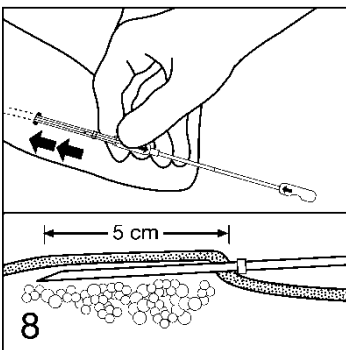


Figura 8

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

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

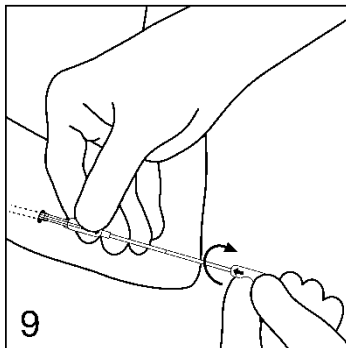


Figura 9

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

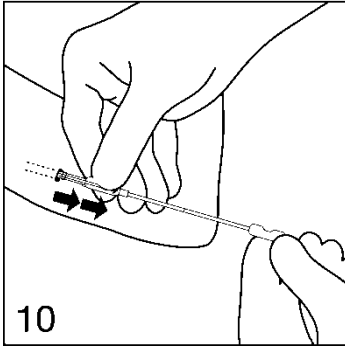


Figura 10

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

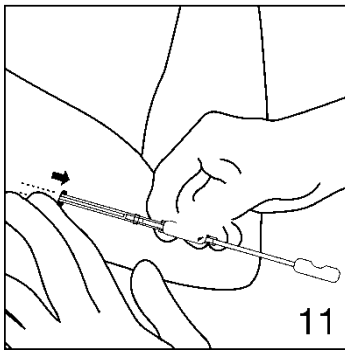


Figura 11

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

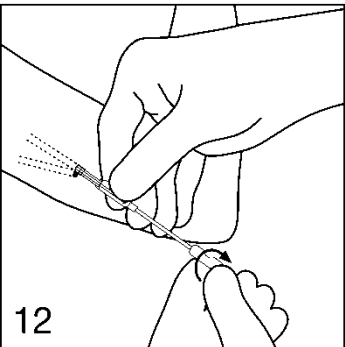


Figura 12

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

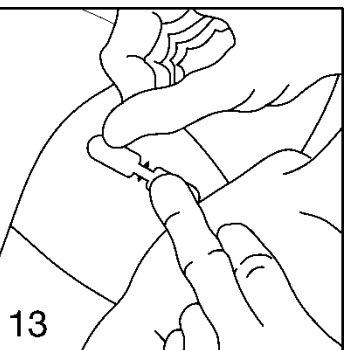


Figura 13

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

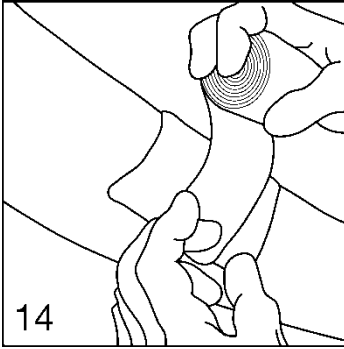


Figura 14

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

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

6.2 Implanon™

1. Inserción subdérmica del implante en el brazo no dominante y de acuerdo con las instrucciones entregadas.
2. Tanto el profesional de la salud como la paciente deben ser capaces de sentir el implante bajo la piel de la mujer luego de su colocación. Si el implante es insertado de manera muy profunda, puede ocurrir daño neural o vascular. Inserciones demasiado profundas o incorrectas se han asociado con parestesia (debido a daño nervioso) y la migración del implante (debido a inserción intramuscular o fascial) y en raros casos con inserción intravascular. Aún más, cuando el implante se inserta demasiado profundamente, puede no ser palpable y su ubicación y/o extracción puede ser difícil.
3. La inserción de Implanon debe ser realizada bajo condiciones asépticas y sólo por un profesional de la salud calificado familiarizado con el procedimiento.
4. La inserción del implante sólo debe ser realizada con el aplicador precargado.
5. Se recomienda que el profesional de la salud se encuentre en posición sentada durante todo el procedimiento de inserción de manera que el lugar de la inserción y el movimiento de la aguja puedan ser observados con claridad.
6. Coloque a la mujer acostada sobre la espalda en la camilla con su brazo no dominante flexionado a la altura del codo y rotado hacia el exterior de manera que su muñeca esté paralela a su oreja o su mano se encuentre cerca de la cabeza (Figura 1).
7. Identifique el lugar de inserción, que se encuentra en la cara interna del brazo no dominante, alrededor de 8-10 cm (3-4 pulgadas) sobre el epicóndilo medio del húmero.
8. Realice 2 marcas con un marcador estéril: primero marque el punto donde se insertará el implante y, segundo, marque un punto a pocos centímetros

próximos a la primera marca. Esta segunda marca servirá posteriormente como guía de dirección durante la inserción.

9. Limpie el lugar de la inserción con una solución antiséptica.
10. Anestesia el área de inserción (por ejemplo, con un spray anestésico o inyectando 2 ml de lidocaína al 1% justo bajo la piel a lo largo del túnel planificado para la inserción).
11. Retire el aplicador estéril desechable precargado de Implanon, sacando el implante de su blíster.
12. Sostenga el aplicador por encima de la aguja tomándolo del área de la superficie texturizada, y retire la tapa de protección transparente de la aguja que contiene el implante. Si la tapa no sale fácilmente, el aplicador no debe ser usado. Puede ver el implante de color blanco mirando por la punta de la aguja. No toque el deslizador púrpura o violeta hasta que haya insertado la aguja subdérmica por completo, ya que ello retraerá la aguja y liberará el implante del aplicador. Con su mano libre, estire la piel alrededor del lugar de inserción con los dedos índice y pulgar.
13. Pinche la piel con la punta de la aguja en un ángulo de 30° . Baje el aplicador a una posición horizontal. Mientras levanta la piel con la punta de la aguja, deslice la aguja hasta su longitud completa. Puede sentir una ligera resistencia, pero no ejerza una fuerza excesiva. Si la aguja no es insertada en su totalidad, el implante no será insertado adecuadamente.
14. Mientras mantiene el aplicador en la misma posición y la aguja insertada en toda su longitud, desbloquee el deslizador púrpura presionándolo ligeramente hacia abajo. Mueva el deslizador totalmente hacia atrás hasta que se detenga, dejando el implante ahora en su posición subdérmica final y bloqueando la aguja dentro del cuerpo del aplicador. Si el deslizador no está completamente movido hacia atrás, la aguja no se retraerá totalmente y el implante no se insertará adecuadamente. El aplicador puede ser retirado ahora.
15. Siempre verifique la presencia del implante en el brazo de la mujer inmediatamente después de la inserción por medio de la palpación. Palpando ambos extremos del implante, debe ser capaz de confirmar la presencia de la varilla de 4 cm . *Si no puede sentir el implante o duda de su presencia:* Revise el aplicador. La aguja debe estar totalmente retraída y sólo debe ser visible la punta violeta del obturador. Use otros métodos para confirmar su presencia. Métodos adecuados son: radiografías bidimensionales, tomografía computada

9. Dispositivos Intrauterinos

Tabla 7. Criterios de Elegibilidad

Condición	Categoría	
	DIU – Cu	SIU - LNG
EMBARAZO	4	4
EDAD <ul style="list-style-type: none"> Menarquia hasta <20 <ul style="list-style-type: none"> ≥ 20 años 	2 1	2 1
PARIDAD <ul style="list-style-type: none"> Nulípara 1 o más partos 	2 1	2 1
POST PARTO <ul style="list-style-type: none"> a.<48 horas <ul style="list-style-type: none"> Amamantando No amamantando b.≥48 horas a 4semanas c. > 4 semanas d. Sepsis puerperal 	1 1 3 1 4	3 1 3 1 4
POST ABORTO <ul style="list-style-type: none"> Primer Trimestre Segundo Trimestre Inmediatamente después de aborto séptico 	1 2 4	1 2 4

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

a. Presentación.

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

b. Efectividad anticonceptiva.

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

c. Indicaciones.

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

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

d. Contraindicaciones.

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

e. Precauciones.

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

f. Tiempo de colocación.

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

Técnica de inserción en el intervalo intergenésico.

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

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

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

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

- Se toma el DIU con la pinza de anillo, procurando que el tallo vertical de la T forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de

alejar los hilos guía; la pinza se deja a la altura de la mano en la mesa de instrumentos.

- Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza de anillo recta (no debe usarse pinza de Pozzi o tenáculo uterino), se toma el labio anterior, el cual se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa externamente el fondo uterino.
- Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que el dispositivo esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no halar los hilos, y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, si la aplicación es correcta, éstos no deben ser visibles a través del cérvix; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual de inserción post alumbramiento.

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

Técnica de inserción intracésárea con pinza de anillos (Foerster).

- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Foerster en el borde superior de la histerotomía.
- El DIU se toma con la pinza de anillos curva, procurando que el tallo vertical de la T forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía.
- Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
- Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
- Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no halar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.

- Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerografía.

Técnica de inserción manual transcesárea.

- Se toma el DIU entre los dedos índice y medio, con los hilos guía en el dorso de la mano.
- La otra mano se coloca en la parte más alta del útero, para verificar que el DIU llegue hasta el fondo de la cavidad.
- Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad cuidando de no halar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.
- Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerografía.

Técnica de inserción post aborto no infectado.

- La inserción del DIU en post aborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita en el intervalo intergenésico.
- Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza o manual de inserción.

Técnica de inserción en el periodo pre alta.

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

g. Duración de la protección anticonceptiva.

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo T Cu 380^a, disponible generalmente en Panamá, y otros dispositivos similares es de diez, y para DIU liberador de levonorgestrel (Mirena) es de cinco años.

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

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

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

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

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

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

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

9.2. Dispositivo intrauterino con Progestina (SIU-LNG)

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

a. Presentación

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

b. Efectividad anticonceptiva.

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.. Índice de Pearl (IC del 95%) 0,0 (0.0 – 0,59) para el Mirena⁹.

c. Indicaciones.

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

- Se recomienda para las mujeres que ya han tenido un niño
- En el intervalo intergenésico
- En el post aborto no infectado.

d. Contraindicaciones

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

⁹ International Journal of Women's Health 2014:6

e. Precauciones

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

f. Tiempo de colocación

El DIU LNG puede ser insertado en los siguientes momentos¹⁰:

- Periodo intergenésico: Insertar preferiblemente durante la menstruación, o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- Si comienza durante los 7 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo.
- Si han pasado 7 días desde el comienzo de su menstruación, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo¹¹ los primeros 7 días después de colocado el DIU-LNG.

g. Cambio de un método hormonal

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o, de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si está dejando los inyectables, puede colocarse el DIU-LNG cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la colocación.

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

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

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

h. Post parto inmediato:

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

Lactancia Exclusiva o casi exclusiva:

Menos de 6 meses después del parto:

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

Más de seis meses después del parto:

- Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días posteriores a la colocación.
- Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual

Técnica de inserción en el intervalo intergenésico.

Es importante seguir las instrucciones de inserción exactamente como se describen con el fin de garantizar la inserción adecuada y evitar la liberación prematura del DIU LNG (Mirena®) antes de la inserción. Recuerde: una vez que DIU-LNG® se libera, no se puede recargar.

Proceda con la inserción sólo después de completar los pasos de preparación y la determinación de que la paciente es la adecuada. Asegurar el uso de una técnica aséptica durante todo el procedimiento.

- **Pasos preparatorios**

Con la paciente cómodamente en posición ginecológica, hacer un examen bimanual para determinar el tamaño, la forma y la posición del útero.

Inserte suavemente un espéculo para visualizar el cuello uterino.

Limpie bien el cuello del útero y la vagina con una solución antiséptica adecuada.

Prepárese para sondear la cavidad uterina. Sujete el borde superior del cuello del útero con una pinza de tenáculo y aplique suavemente la tracción para estabilizar y alinear el canal cervical con la cavidad uterina. Realizar un bloqueo para cervical, *si es necesario*. Si el útero está en retroversión, puede ser más adecuado captar el labio inferior del cuello del útero. El tenáculo debe permanecer en posición y mantener una tracción suave en el cuello uterino durante todo el procedimiento de inserción.

Insertar suavemente un histerómetro maleable para comprobar la permeabilidad del cuello del útero, medir la profundidad de la cavidad uterina, confirmar la dirección de la cavidad, y detectar la presencia de cualquier anomalía uterina. Si usted encuentra alguna dificultad o estenosis cervical, utilice la dilatación, y no la fuerza, para vencer la resistencia. Si se requiere dilatación cervical, considere el uso de un bloqueo paracervical. El útero debe tener una profundidad de 6 a 10 cm. La inserción en una cavidad uterina inferior a 6 cm puede aumentar la incidencia de la expulsión, sangrado, dolor, perforación, y posiblemente el embarazo.

- **Inserción de SIU-LNG (Mirena®)**¹²

Paso 1: Abrir el paquete. El contenido del paquete es estéril. Usando guantes estériles, levante el mango de la herramienta de inserción estéril y extraiga el paquete estéril.

Paso 2: Carga del DIU-LNG en el tubo de inserción. Empuje la corredera hacia adelante lo más lejos posible en la dirección de la flecha, moviendo de tal modo el cuerpo del DIU-LNG en el tubo de inserción. Las puntas de los brazos se reunirán para formar un extremo redondeado que sobrepasa ligeramente el tubo de inserción.

Paso 3: Coloque el tope. Sosteniendo el deslizador en esta posición adelantada, fijar el borde superior del tope para corresponder a la profundidad uterina (en centímetros) medida durante la histerometría.

Paso 4: El DIU-LNG está listo para ser insertado. Continúe sosteniendo el deslizador en esta posición hacia delante. Avanzar la herramienta de inserción a través del cuello uterino hasta el reborde aproximadamente 1.5 a 2 cm del cuello uterino y luego deténgase. No fuerce la herramienta de inserción. Si es necesario, dilatar el canal cervical.

Paso 5: Abrir los brazos del DIU. Manteniendo firme el introductor, mueva el control deslizando a la marca para liberar los brazos del DIU-LNG.

Paso 6: Avanzar a la posición del fondo uterino. Haga avanzar el insertador suave y gentilmente hacia el fondo del útero hasta que el reborde toque el cuello del útero. Si encuentra resistencia uterina, no siga avanzando. El DIU-LNG está ahora en posición en el fondo uterino. La colocación uterina correcta del DIU-LNG es importante para prevenir la expulsión.

Paso 7: Liberación del DIU-LNG y retiro del introductor. Sosteniendo firmemente el insertador del todo en su lugar, liberar el DIU-LNG moviendo el control deslizando hacia abajo. Continúe sosteniendo el control deslizando hacia abajo mientras lentamente y con cuidado retira al introductor del útero.

Paso 8: Corte de los hilos. Usando una tijera afilada, curva, dejando unos 3 cm visibles fuera del cuello uterino corte los hilos perpendicularmente, (cortar los hilos en ángulo

¹² <http://hcp.mirena-us.com/placement-and-removal/precise-placement.php>

pueden dejar extremos afilados). Para evitar el desplazamiento del DIU-LNG, no aplique tensión ni tire de los hilos cuando corte.

La inserción del DIU-LNG está ahora completa. Prescribir analgésicos si está indicado. Mantenga una copia del formulario de consentimiento con el número de lote para sus registros.

Técnica de inserción post aborto no infectado

- La inserción del DIU en post aborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita en el intervalo intergenésico.
- **Duración de la protección anticonceptiva.**

Uno de los métodos de mayor eficacia y larga duración¹³:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y el riesgo continúa mientras que la mujer utilice el DIU-LNG.
- Más de 5 años de uso del DIU-LNG: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres (5 a 8 por 1000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado durante más de 5 años.
- Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU-LNG: Sin demora.
- Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): **Ninguna.**
- Al término del periodo de efectividad, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.
- **Efectos colaterales.**

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado infrecuente

¹³ Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.

- Sangrado irregular
- Ausencia de menstruación
- Sangrado prolongado
- Acné
- Cefaleas
- Dolor o sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios de humor

9.3 Otros posibles cambios físicos:

a. Quistes ováricos

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.

b. 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 tres cm por fuera del orificio externo del cérvix, de ser necesario
- La segunda revisión será a los 6 meses a partir de la inserción y posteriormente cada año o cuando la usuaria lo considere necesario.
- En cada visita debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y descartar infecciones cérvico-vaginales.
- En caso de embarazo, si los hilos son visibles se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.
- Si no se observan los hilos del DIU en cualquiera de las visitas de seguimiento se debe solicitar un ultrasonido para verificar su ubicación.
- Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal.

10. Esterilización total o permanente

a. Oclusión Tubárica Bilateral

a.1 Descripción

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

a.2. Efectividad anticonceptiva.

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

a.3. Indicaciones.

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

- Pacientes que lo soliciten de 23 o más años con dos o más hijos (*ver Ley 7 de 5 de marzo de 2013*).
- Razones médicas o legales que contraindiquen el embarazo.
- Cuando se realice en el intervalo intergenésico se realizará una prueba de embarazo.
- En el caso de pacientes que tengan afectada la capacidad jurídica de decisión, sus tutores o representantes legales podrán tomar la decisión, luego de las evaluaciones correspondientes.
- Es requisito indispensable que la solicitante o sus representantes legales estén debidamente orientados sobre todos los aspectos del procedimiento y firmen el consentimiento informado. (*ver consentimiento informado en anexos*)

a.4. Contraindicaciones.

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

a.5. Precauciones.

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

a.6. Tiempo de realización.

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

a.7. Técnica.

- Para el procedimiento en general, se recomienda, de acuerdo a OMS, la anestesia local más sedación. Según el caso se podrá utilizar bloqueo epidural o anestesia general. La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
- La vía de acceso a las trompas uterinas puede ser por mini laparotomía, laparoscopia, histeroscopia o colpotomía.
- El procedimiento de oclusión tubárica puede ser por salpingectomía y ligadura; salpingotomía (fimbriectomía); técnica de Pomeroy, Parckland, Uchida e Irving; Mecánica (anillos de Yoon o electro fulguración), histeroscopia con implantes internos en ostium tubárico.

a.8. Lineamientos generales para la prescripción.

- Consejería amplia sobre la técnica, sus complicaciones y riesgos, entre otros, previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria, o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda el anestésico.
- Debe ser efectuada por personal médico debidamente capacitado.
- Puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, una vez descartado un embarazo.

a.9. Protocolo para la realización de la Salpingectomía

- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Puede ser ambulatorio.
- No se debe ingerir nada via oral previo al procedimiento.
- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
- Administrar analgésico post operatorio con Ibuprofeno 400 mg C/8 horas por 2 a 3 días.
- Observar por el apareamiento de efectos colaterales. (Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o quirúrgico).
- Puede reiniciar la actividad laboral a los 15 días post cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.

- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud, asociado con el procedimiento, la paciente debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención

a.10.Duración de la protección anticonceptiva.

Este método es permanente.

a.11.Seguimiento de la usuaria.

- La revisión subsecuente debe programarse para la primera semana post cirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la paciente para que acuda a la consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:
 - Sintomatología urinaria.
 - Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
 - Hemorragia en la herida quirúrgica.
 - Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.
- En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones serán anuales. Siempre que sea posible, en la revisión anual se efectuará toma de muestra para citología cérvico-vaginal y examen clínico de mamas.

b. Vasectomía

b.1.Descripción

Es un método anticonceptivo sencillo, seguro y generalmente sin efectos secundarios. Aunque es reversible en algunos casos, es considerado como permanente.

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

b.2.Efectividad anticonceptiva

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

b.3.Duración de la protección anticonceptiva

La vasectomía no es efectiva de forma inmediata. Pueden presentarse espermatozoides en el semen eyaculado hasta en las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso de preservativos u otro método

anticonceptivo seguro, para evitar embarazos no deseados, hasta que el recuento de espermatozoides en los espermogramas de control sea negativo (azoospermia).

b.4.Indicaciones

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

- Pacientes mayores de 18 años (ver Ley 7 de 5 de marzo de 2013).
- Razones médicas o legales que contraindiquen la reproducción.
- En el caso de pacientes que tengan afectada la capacidad jurídica de decisión, sus tutores o representantes legales podrán tomar la decisión luego de las evaluaciones correspondientes.
- Es requisito indispensable que el solicitante o sus representantes legales estén debidamente orientados sobre todos los aspectos del procedimiento y firmen el consentimiento informado.

b.5.Contraindicaciones

- Infección genitourinaria activa.
- Masas escrotales no estudiadas.
- Disfunción eréctil.
- Criptorquidia.

b.6.Precauciones

- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis escrotal.
- Hernia inguino-escrotal.
- Trastornos de la coagulación.
- Antecedentes de cirugías escrotales o testiculares.

b.7.Técnica quirúrgica

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

- Técnica de Vasectomía Convencional con bisturí
- Técnica quirúrgica donde se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.
- Técnica con dos incisiones, una a cada lado de la raíz del escroto y cerca de la base del pene. Técnica tipo Schmidt.
- Técnica con incisión única sobre el rafe. Técnica tipo Tilak.
- Técnicas de oclusión deferencial.

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

b.8.Lineamientos generales para su prescripción

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

b.9.Duración de la protección anticonceptiva

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

b.10.Efectos colaterales

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

- Infección del sitio quirúrgico.
- Granuloma.
- Epididimitis, orquiepididimitis.
- Hemorragia, equimosis, hematoma.
- Orquialgias crónicas.
- Fístulas deferente- cutáneas.
- Hidrocele, espermatocelo.
- Reacciones vagues (lipotimia, paro cardiorrespiratorio).
- Alteraciones psico-sexuales.

b.11.Conducta a seguir

- Reposo relativo domiciliario, por 48 horas, con aplicación local de hielo.
- Puede reiniciar actividad laboral a los dos días post cirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado, durante los primeros siete días.
- Se debe suspender las relaciones sexuales u otro tipo de esfuerzos físicos por siete días.

- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado por siete días mientras está sentado o de pie.
- Cumplir con órdenes médicas, en lo referente a utilización de antibióticos, analgésicos, antiinflamatorios.
- Acudir de inmediato a la atención médica si se detectan complicaciones.

b.12. Seguimiento del usuario

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

11. Condón o preservativo.

a. Descripción.

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

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

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

b. Efectividad anticonceptiva.

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

c. Indicaciones.

Hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.

- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

d. Contraindicaciones.

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

e. Duración de la protección anticonceptiva.

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

f. Forma de uso.

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

g. Lineamientos generales para su prescripción.

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

h. Efectos colaterales.

- Intolerancia al látex o al espermicida.
- En estos casos, reforzar consejería y cambiar a otro método.

i. Seguimiento del usuario.

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

12. .Condón Femenino.

a. Descripción.

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

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

b. Efectividad anticonceptiva.

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

c. Indicaciones.

Mujeres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

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

d. Contraindicaciones.

- Alergia o hipersensibilidad al látex.

e. Duración de la protección anticonceptiva.

- Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

f. Forma de uso.

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual, y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede utilizarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor de cinco años.

- El condón femenino viene lubricado con gel de silicona, no requiere espermicida.
- Se coloca un anillo en el fondo de saco protegiendo el cérvix y funciona como mecanismo de inserción y anclaje interno. El anillo externo permanece fuera de la vagina brindando protección a los labios y a la base del pene durante el coito.
- Dirigir la entrada correcta del pene a través del condón
- El condón puede ser colocado hasta 8 horas antes del coito. Debe retirarse después de 6 horas.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

g. Lineamientos generales para su prescripción.

La 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, para reforzar instrucciones de su uso y para consejería.

13. Espermicidas.

a. Descripción.

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

b. Efectividad.

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

c. Formulaciones.

- Cremas: el vehículo es ácidos esteáricos y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9, o cloruro de bencetonio.
- Óvulos: el vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es Cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9,

- polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido poli sulfúrico.
- Espumas de aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

d. Indicaciones.

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

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

e. Contraindicaciones.

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

f. Forma de administración

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

g. Lineamientos generales para su prescripción.

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

h. Duración de la protección anticonceptiva.

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

i. Efectos colaterales.

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

En estos casos reforzar la consejería y cambiar de método.

j. Seguimiento de la usuaria.

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

14. Métodos Naturales o de Abstinencia Periódica.

a. Descripción.

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

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

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

b. Efectividad.

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

c. Indicaciones.

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

d. Contraindicaciones.

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

e. Lineamientos generales para su prescripción.

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicios y la pareja usuaria.

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

f. Duración de la protección anticonceptiva.

Se extiende dependiendo de su práctica constante y correcta.

g. Efectos colaterales

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

Reforzar consejería y de ser necesario, recomendar cambio de método.

h. Seguimiento de la pareja.

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

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

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales.

Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

a. Técnica del Método de la temperatura.

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

día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días post elevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

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

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

c. Técnica del Método Sintotérmico.

Este método combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil.

Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema, cambios en el estado de ánimo.

Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero su interpretación puede ser difícil para algunas mujeres.

14.2.Método de Lactancia Amenorrea (MELA)

a. Descripción.

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

b. Efectividad.

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

c. Indicaciones.

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

d. Contraindicaciones.

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

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

e. Lineamientos generales para su prescripción.

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

g. Duración de la protección anticonceptiva.

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

h. Efectos colaterales.

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

Reforzar consejería y de ser necesario, recomendar cambio de método.

i. 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.

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

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

**PANAMÁ
2014**

Introducción

La mortalidad materna es todavía un grave problema de salud pública en el continente, el cual afecta sobre todo a las comunidades indígenas de Latinoamérica y el Caribe. La muerte materna permite evidenciar el grado de desarrollo de los países, ya que las tasas más altas de muerte materna se encuentran en zonas pobres, deprimidas, de difícil acceso y en donde las mujeres no tienen un trato social igualitario, según género.

En 2003 la OMS, UNICEF y la UNFPA reportaron, por estadísticas obtenidas del año 2000, que el índice de mortalidad materna promedio mundial es de 400 x 100.000 nacidos vivos, en países desarrollados es de 20 x 100.000 nacidos vivos y en países en vías de desarrollo es de 440 x 100.000 nacidos vivos.

A nivel nacional, durante el período 2005 a 2010 no se registra cambios de tendencia, ya que las tasas son variables, sin embargo, a partir del 2006 existe una tendencia a la disminución de la Mortalidad Materna, con cifras que van de 80 MM x 100.000 nacidos vivos en el 2006 a 62 MM x 100.000 nacidos vivos en el 2010. Durante este período las regiones con población indígena fueron las regiones de salud de mayor riesgo, con tasas acumuladas en las comarcas Ngäbe Buglé (CNB) y Kuna Yala (CKY) de 164 MM x 100.000 nacidos vivos cada una, pero con mayor riesgo en la CNB porque allí se presentan el mayor número de nacimientos dentro de todos los grupos indígenas; le sigue Darién con tasa acumulada de 75 MM x 100.000 nacidos vivos.

En el mundo se estima que todos los años nacen muertos casi 3.3 millones de niños, 2 millones no llegan a las primeras 24 horas y más de 4 millones fallecen en los primeros 28 días de vida; en total las muertes perinatales se estiman en 6.9 millones anualmente. Un 98% de las muertes perinatales se producen en el mundo en desarrollo, aunque en Asia es donde se registra el más alto número, las tasas de mortalidad neonatal y mortinatalidad más elevadas son las del África subsahariana, donde se reportan tasas de 76 por 1000 nacidos vivos y en algunas áreas, hasta de 200 por 1000 nacidos vivos.

A nivel nacional, en el período de 1997-2010 las tasas de MP tienen una tendencia a la disminución, siendo de 13.5 por mil embarazos en 1997 a 10.3 por mil embarazos en el 2010. Aunque la mayor frecuencia de las muertes perinatales del último quinquenio (2006-2010), ocurren en la provincia de Panamá; las provincias con las mayores tasas de MP son las provincias que tienen población indígena (BDT, DAR, CKY, CHI), todas con cifras mayores que la tasa nacional.

Antecedentes

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

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

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

En Panamá, en el marco de las acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna, se inició en 1992 el proceso de organización de un sistema de vigilancia epidemiológica de la muerte materna, en primera instancia dando las directrices a través del Departamento Materno Infantil para la realización de auditorías de las muertes maternas en todas las Regiones. A partir de entonces se realizaron en los años 1993, 1995, 1997 y 2001, reuniones nacionales de análisis de la mortalidad materna. En el año 1994 se estableció una

comisión Ad Hoc de Mortalidad Materna en la cual se dio inicio al trabajo interinstitucional e intersectorial, con participación del Ministerio, la Caja de Seguro Social, la Contraloría General de la República y el Hospital Santo Tomás.

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

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

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

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

Capítulo I Objetivos de la Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal

A. Propósito

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

B. Objetivo General.

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.

- Notificar las causas de muerte materna y perinatal.
- Identificar las causas de muerte materna y perinatal.
- Analizar las causas de muerte materna y perinatal.
- Clasificar las causas de muerte materna y perinatal.
- Formular medidas de prevención e intervención adecuadas.
- Ejecutar medidas de prevención e intervención adecuadas.
- Difundir la información a todos los niveles.

D. Elementos esenciales del sistema de vigilancia.

1. **La recolección** de datos precisos sobre toda muerte materna.
 - **Número:** identificación de toda muerte materna.
 - **Causa:** investigación y verificación de toda muerte materna.

2. **El análisis de los datos** recolectados por medio de la vigilancia e investigación de casos.
 - Tendencias de la mortalidad materna y perinatal.
 - Causas médicas y no médicas asociadas.
 - Estrategias para la prevención de la mortalidad materna y perinatal.
 - 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.
 - La educación a nivel comunitario.
 - La oportunidad de la referencia.
 - El acceso y la entrega de los servicios.
 - La calidad de la atención, las necesidades de adiestramiento del personal de salud y la disponibilidad y cumplimiento de normas.
 - La legislación pertinente.
 - La distribución de los recursos.
4. El incremento del conocimiento sobre la magnitud, los efectos sociales y la prevención de la mortalidad materna y perinatal y la disseminación de los hallazgos y de las recomendaciones entre los formuladores de políticas, el personal de salud y los miembros de la comunidad.
5. La evaluación del impacto de las intervenciones.
6. La comparación de las estadísticas nacionales, regionales e internacionales.
7. La identificación de áreas prioritarias de investigación.

E. Sub-sistemas y procesos en la vigilancia de la muerte materna y perinatal.

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

Cuadro 1 Subsistemas en el Proceso de vigilancia de la muerte Materna Perinatal

Vigilancia	Subsistemas	Procesos
Prevención primordial (antes que se instalen los factores de riesgo)	Planificación Familiar Salud Preconcepcional	Educación en salud reproductiva Programa de planificación familiar Atención integral a mujer en edad fértil
Prevención primaria (Vigilancia a los factores de riesgo)	Atención al embarazo, parto y puerperio	Atención prenatal Atención al parto Atención al recién nacido Atención al puerperio
Al daño (Grupos de riesgo)	Registro de muerte materna y perinatal	Detección de mm y p Notificación Investigación Análisis Intervenciones

a. **Definiciones**

Probable muerte materna.

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

Muerte Materna Confirmada

Toda muerte de una mujer en edad fértil, en la que la investigación determinó que fue causada, directa o indirectamente, por embarazo, parto, sus complicaciones o su manejo, cuya muerte ocurrió hasta un año después del evento obstétrico.

Toda muerte de una mujer en edad fértil, con historia de haber estado embarazada en los 42 días antes de su fallecimiento y cuya muerte no pudo ser investigada.

Muerte Perinatal.

Toda muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal en los primeros 7 días de nacido.

b. **Procesos básicos.**

El sistema de vigilancia se estructura con tres procesos básicos:

Auditoría de la Muerte Materna Institucional (AMM).

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

Autopsia Verbal de Muerte Materna (AVMM).

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

Auditoría de la Muerte Perinatal (AMP).

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

c. **Flujo de la información.**

A.M.M.

Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia a las comisiones hospitalarias/Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la Comisión Nacional.

H.C.P.B.

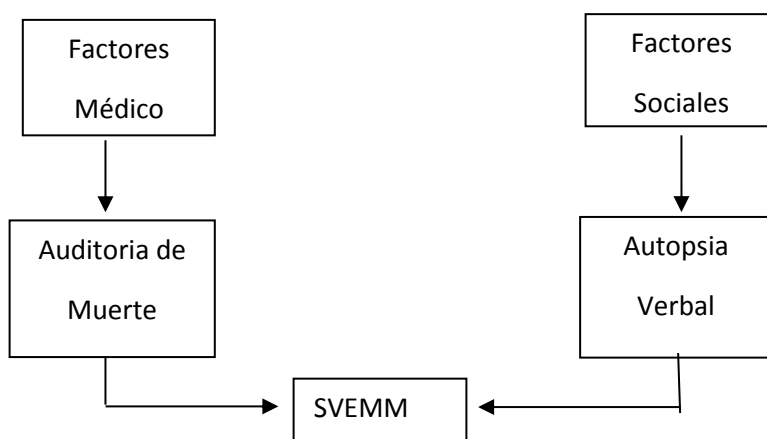
Fluye desde los servicios locales a los de Gineco-obstetricia y de ser necesario desde cualquiera de ellos hacia las comisiones hospitalarias/ Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la Comisión Nacional.

A.V.M.M.

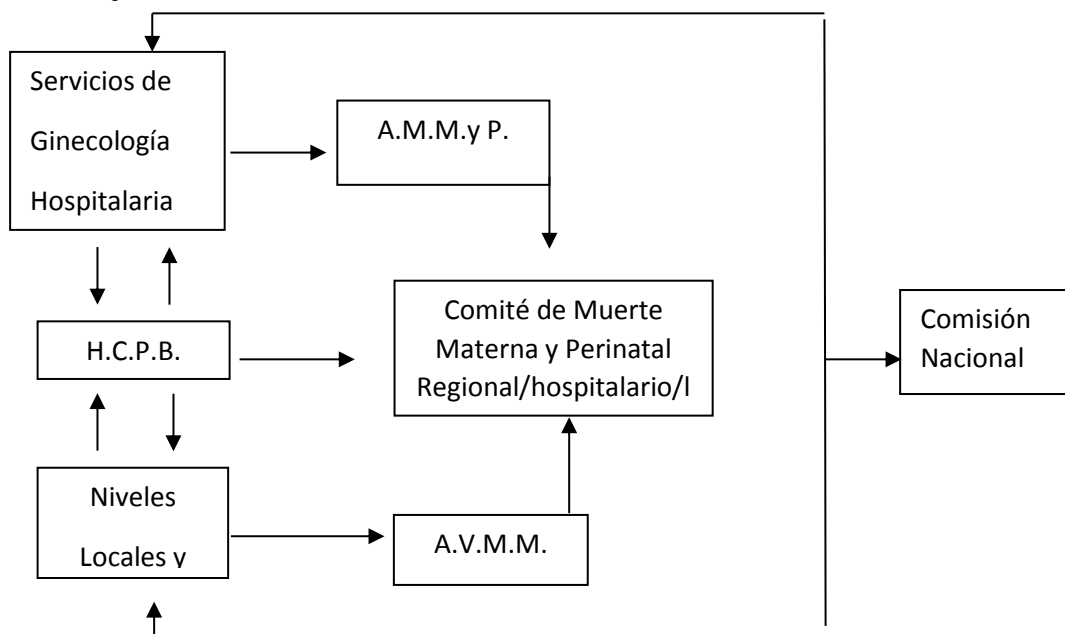
Fluye desde los niveles locales hacia las comisiones Regionales de Mortalidad materna y perinatal y de allí a la comisión Nacional.

AMP.

Fluye desde los Servicios de Gineco-obstetricia, Pediatría o Neonatología (según el caso), a las comisiones Regionales/Hospitalarias de Mortalidad materna y perinatal y a la Comisión Nacional.



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



F. Normas para la notificación e investigación de muertes maternas.

1. Notificación de muertes maternas:

La notificación es obligatoria, individual e inmediata de acuerdo al sustento legal vigente.

La información será obtenida de:

- Instituciones de salud pública y privadas.
- Departamento y secciones de estadística.
- Coordinadores Regionales de Epidemiología.
- Departamento de Epidemiología.
- Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Comunidad.
- Contraloría General.
- SISVIG (Sistema de Vigilancia) vía web.

La defunción se registra en diferentes formularios:

- Registro diario de consulta.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Informe del cuarto de urgencia.
- Informe de egreso hospitalario.
- Historia Clínica Perinatal/Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Certificado de defunción.
- Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal (AMP).
- Informe ejecutivo semanal regional y nacional.
- Registro de la clínica anatómo-patológica.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

La información es recolectada a nivel local. El Departamento de Estadísticas y Registros en Salud (REGES) del nivel local/hospitalario y la Oficina de Registro de Defunciones deberán notificar a Epidemiología local/hospitalaria y a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la ocurrencia individual de la probable muerte materna y reportarán al nivel regional el número semanal de probables muertes maternas en la instalación, y estos al nivel nacional de Epidemiología y SSR.

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

y estos notificarán a su vez al nivel superior correspondiente de Epidemiología; a través del informe de notificación rutinario semanal de los martes, siendo el nivel local el responsable de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso.

Las probables muertes maternas serán incluidas en el Informe Epidemiológico semanal, especificando las edades y diferenciando las ocurridas en las Instalaciones de Salud de las que fueron notificadas por el Sistema de Escucha Comunitario.

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

2. Investigación de las muertes maternas

La investigación de caso se realiza en los 15 días siguientes a la notificación. Si la muerte se dio en una instalación de salud, la investigación la realiza el personal de la Comisión Institucional o Regional de Mortalidad Materna y si fue en la comunidad, le corresponde su investigación al nivel local donde ocurrió el evento.

Formularios o Ficha de investigación de caso: se utilizará el Formulario de Auditoría de Muerte Materna (AMM) para recolectar la información biológica y médica asociada a la muerte materna ocurrida en una instalación de salud, y el formulario de Autopsia Verbal (AV) para recolectar la información de las muertes maternas que ocurran fuera de las instalaciones de salud y como complemento a la información de la AMM.

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

- Formulario de Auditoría de Muerte Materna.
Caso Intra-hospitalario).
- Autopsia Verbal de Muerte Materna
(Casos Intra-hospitalario y comunitario).
- Historia Clínica Perinatal Base Intra-hospitalaria
(Casos Intra-hospitalarios).
- Historia Clínica Perinatal Base Ambulatoria
(Casos comunitarios si hubo control prenatal).
- Expediente materno.
- Informes de entrevistas al personal que atendió el caso.
- Certificado de defunción*
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

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

Tan pronto los documentos básicos correspondientes a la investigación de la probable muerte materna son revisados por la Comisión Regional/Hospitalaria, se confirman o se descartan las Muertes Maternas. En ese momento se generará el número de probables muertes maternas investigadas y el número de confirmadas o descartadas. Las comisiones regionales y/o hospitalaria enviarán a la Comisión Nacional mensualmente la información de su casuística, en el formato establecido para este efecto (ver anexo 6).

La Comisión Nacional revisará y analizará cada caso y clasificará el mismo de acuerdo a los códigos establecidos en la CIE-10.

Desde el punto de vista clínico de la CIE-10, se codifica de acuerdo a la causa como:

Causas Directas: son aquellas generadas como consecuencia de complicaciones del embarazo, parto o puerperio o por tratamientos incorrectos, intervenciones inoportunas, omisiones o por la conjugación de estos.

- O00-O08: Embarazo terminado en aborto.
- O10-O16: Edema. Proteinuria y trastornos hipertensivos en el embarazo, parto y puerperio.
- O20-O29: Otros trastornos relacionados principalmente con el embarazo.
- O30-O48: Atención materna relacionada con el feto y la cavidad amniótica y con posibles problemas del parto.
- O60-O75: Complicaciones del trabajo de parto y el parto.
- O80-O84: Parto.
- O85-O92: Complicaciones principalmente relacionadas con el puerperio.

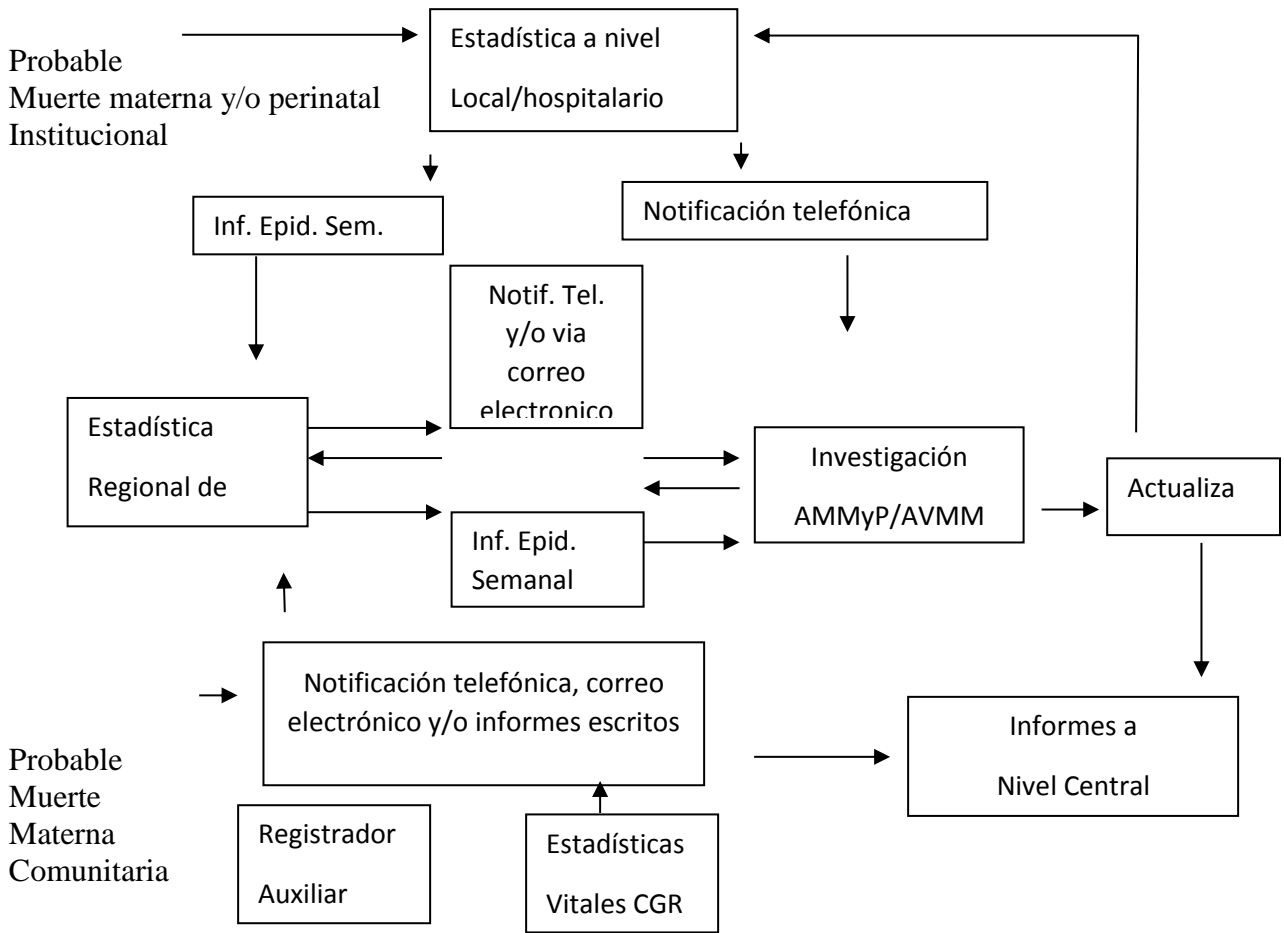
Causas Indirectas: son aquellas generadas como consecuencia de enfermedades preexistentes o de otras que aparecen en el transcurso del embarazo y que, sin estar relacionados con éste, provocan la muerte al ser agravados por el efecto fisiológico del embarazo.

- O95-O99: Otras afecciones no clasificadas en otra parte.
- O95: Muerte obstétrica de causa no especificada.
- O96: Muerte materna por cualquier causa obstétrica, que ocurre después de 42 días, pero antes de 1 año del parto.
- O97: Muerte por secuela de cualquier causa obstétrica.
- O98: Enfermedades maternas infecciosas y parasitarias clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio.
- O99: Otras enfermedades maternas, clasificables en otra parte, pero que complican el embarazo, parto y el puerperio.

La Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal generará la base de datos para análisis periódicos de tipo cualitativo y cuantitativo para entender la presencia del hecho en un espacio geográfico poblacional dado.

El producto de estos análisis retornará a los Niveles Locales, Regionales y a los Hospitales para complementar la información generada en cada una de éstas y así producir ajustes en las estrategias y planes de control.

Copia de los mismos serán remitidos al Nivel Central a la Sub Dirección General de la Salud de la Población del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, específicamente a la Coordinación Nacional de Salud Sexual y Reproductiva



3. Evaluación de la vigilancia

La evaluación de las actividades realizadas por el Sistema de Vigilancia se hará a través de los indicadores generales y específicos que se produzcan, con una periodicidad trimestral y su envío al nivel nacional será semestral y anual.

Indicadores de Seguimiento.

- Proporción de muertes maternas investigadas del total de probables muertes maternas notificadas.
- Proporción de probables muertes maternas confirmadas y descartadas del total de investigadas.

Indicadores de Evaluación.

- Porcentaje de distritos de riesgo de muerte materna, es decir de distritos o corregimientos en los que ha ocurrido al menos una muerte materna en los últimos 3 años.
- Porcentaje de distritos silenciosos de muerte materna, es decir sin un caso de muerte materna en los últimos 3 años.

4. Medidas de prevención y control

Deben ser dirigidas a mejorar las coberturas de control prenatal, mantener altas coberturas de partos institucionales, con calidad y brindar apoyo comunitario en las áreas más apartadas con la instalación de albergues, entre otras.

Se debe definir un conjunto integral de medidas necesarias para reducir la mortalidad materna, haciendo hincapié en el cuidado obstétrico, la atención calificada del parto y el acceso a la planificación de la familia.

Como otras medidas y no menos importantes están: mejorar la calidad de los servicios de salud, la capacitación y coordinación permanente con los promotores de salud, parteras y líderes comunitarios.

Se debe brindar educación continuada en hospitales e instalaciones de salud que atienden mujeres embarazadas sobre actualización básica en temas de obstetricia y neonatología para lograr disminuir las tasas de mortalidad materna de aquellas mujeres embarazadas que accedan a los servicios de salud.

G. Normas para la notificación e investigación de muerte perinatal.

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

1. Objetivo General.

Conocer la incidencia de las muertes perinatales, sus causas y factores de riesgo con el fin de reducir su magnitud.

2. Definición de Caso confirmado.

Es toda aquella muerte fetal de 28 y más semanas de gestación y toda muerte neonatal en los primeros 7 días.

3. Notificación de muertes perinatales.

- Es obligatoria, individual e inmediata de acuerdo al sustento legal vigente.
- La notificación debe hacerse en el formulario para la notificación de defunción.

La información será obtenida de:

- Instituciones de salud pública y privadas.
- Departamento y secciones de estadística.
- Coordinadores Regionales de Epidemiología.
- Departamento de Epidemiología.
- Comité de Mortalidad Materna y Perinatal.
- Comunidad.
- Contraloría General.
- SISVIG (Sistema de Vigilancia) vía web.

La Defunción se registra en diferentes formularios:

- Registro diario de consulta.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Informe del cuarto de urgencia.
- Informe de egreso hospitalario.
- Historia Clínica Perinatal/Sistema de Información Perinatal (SIP).
- Certificado de defunción.
- Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal (AMP).
- Informe ejecutivo semanal regional y nacional.

- Registro de la clínica anatómo-patológica.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

H. Metodología para la recolección y transferencia de la información desde el nivel local de Salud hasta el nivel Central.

- La información es recolectada a nivel local.
- El Departamento de Estadísticas y Registros en Salud (REGES) del nivel local/hospitalario y la Oficina de Registro de Defunciones deberán notificar a Epidemiología local/hospitalaria y a la Coordinación de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) la ocurrencia individual de la muerte perinatal y reportarán el número semanal de muertes perinatales en la instalación al nivel regional y estos al nivel nacional de Epidemiología y SSR.
- Esta notificación se hará a Epidemiología a través del informe de notificación rutinario semanal de los martes, siendo el nivel local el responsable de captar y notificar con periodicidad semanal, en los formatos y estructura establecidos, la presencia del evento de acuerdo a las definiciones de caso.
- Las probables MP serán incluidas en el informe epidemiológico mensual, especificando si se trata de muerte fetal (óbito) o muerte neonatal y diferenciando las registradas en instalaciones de salud de las notificadas a nivel comunitario.

1. Investigación epidemiológica

La investigación de caso se realiza en los 15 días siguientes de la notificación. Si la muerte se dio en una instalación de salud, la investigación la realiza personal de la Comisión institucional o Regional de Mortalidad Materna y Perinatal y si fue en la comunidad, le corresponde su investigación al nivel local donde ocurrió el evento.

Formularios o Ficha de investigación de caso: a nivel local/hospitalario se utilizará el Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal (AMP) para recolectar la información biológica y médica asociada a la muerte perinatal ocurrida en una instalación de salud.

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

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

- Formulario de Auditoría de Muerte Infantil.
- Expediente materno e HCPB ambulatoria e intrahospitalaria.

- Expediente del recién nacido.
- Certificado de defunción.
- Informe semanal de enfermedades o eventos notificables.
- Hojas electrónicas del SISVIG (Sistema de Vigilancia) a saber: ENO (Enfermedad o evento de Notificación Obligatoria), VIGMOR (Vigilancia de Mortalidad en Hospitales) y RAE (Registro de Admisión y Egresos).

2. Evaluación de la vigilancia

La evaluación de las actividades realizadas por el sistema de vigilancia se hará a través de los indicadores generales y específicos que se produzcan y con una periodicidad trimestral y su envío al nivel nacional será semestral y anual.

Indicadores de Seguimiento.

Proporción de muertes perinatales investigadas del total de probables muertes perinatales notificadas.

Indicadores de Evaluación.

- Porcentaje de distritos de riesgo de muerte perinatal, es decir de distritos o corregimientos en los que ha ocurrido al menos 10 muertes perinatales, en el último año.
- Porcentaje de distritos silenciosos de muerte perinatal, es decir sin un caso de muerte perinatal en el último año.

3. Medidas de prevención y control.

Deben ser dirigidas a mejorar la calidad de los servicios de atención materna y perinatal, mantener altas coberturas de partos institucionales con calidad y brindar apoyo comunitario para procurar el acceso oportuno en las áreas más apartadas, con la instalación de albergues entre otras. Como otras medidas y no menos importantes están: mejorar la calidad de los servicios de salud, la capacitación y coordinación permanente con los promotores de salud, parteras y líderes comunitarios. Se debe brindar educación continuada en hospitales e instalaciones de salud que atienden mujeres embarazadas sobre actualización básica en temas de obstetricia y neonatología, para lograr disminuir las tasas de mortalidad perinatal de aquellas mujeres embarazadas que accedan a los servicios de salud.

IV. Miembros y funciones de las comisiones según niveles.

A. Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal.

Cada miembro designado podrá nombrar un suplente para que lo reemplace.

- Coordinador Técnico Nacional de Salud Sexual y Reproductiva del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población, quien coordinara la Comisión.
- Coordinador Técnico Nacional de Salud a la Niñez y Adolescencia del Departamento de Salud y Atención Integral a la Población.
- Jefe Nacional del Programa Materno Infantil de la Caja de Seguro Social.
- Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Santo Tomás.
- Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia del Complejo Hospitalario Dr. Arnulfo Arias Madrid.
- Jefe del Departamento de Epidemiología, MINSA.
- Jefe del Departamento de Registros Estadísticos de Salud de la Dirección de Planificación y Política de Salud, MINSA.
- Director Nacional de Asesoría Legal MINSA.
- Presidente de la Sociedad Panameña de Obstetricia y Ginecología (SPOG) o su representante.
- Presidente de la Sociedad Panameña de Medicina Perinatal o su representante
- Jefe de Servicios de Neonatología del Hospital del Niño.
- Jefe de Servicios de Neonatología del CHDr.AAM CSS.
- Jefe de la Sección de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (INEC).
- Director del Registro Civil.
- Jefe del Departamento de Monitoreo y Evaluación de la Dirección de Provisión de Servicios de Salud.
- Jefe Nacional de Enfermería MINSA.

1. Funciones de la Comisión Nacional.

- a.** Establecer las directrices generales a los comités regionales, institucionales y locales de muerte materna y perinatal:
- Garantizar la confiabilidad y comparabilidad de las estadísticas a nivel nacional e internacional.
 - Integrar las fuentes de información de Estadísticas Vitales del INEC , del sistema de estadísticas de salud, el SISVIG/ SISGMOR y el SVMMP.de la Comisión Nacional de Mortalidad Materna y Perinatal.
 - Dar seguimiento a las Comisiones Regionales, Hospitalarias y Locales de mortalidad materna y perinatal.

- Recibir Mensualmente de los Comités Regionales y Hospitalarios de Mortalidad Materna y Perinatal la información de que dispongan de las muertes maternas y perinatales en los formatos de auditoría de muerte materna y perinatal y formato de consolidados.
- Recopilar, consolidar, analizar todas las fuentes de información a nivel nacional para la toma de decisiones.

b. Divulgar la información y análisis de los resultados a:

- Nivel político institucional.
- Autoridades de Salud del Nivel Central, Regional y local.
- Personal de Salud.
- Actores Sociales y comunidad en general.
- Niveles internacionales.
- Capacitar, asesorar, recomendar y plantear estrategias a las instancias interesadas.

B. Comisión Regional de Mortalidad Materna y Perinatal.

- Director Regional MINSA.
- Director Institucional de la CSS.
- Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva.
- Coordinador de Salud de Niñez y Adolescencia.
- Coordinador Materno Infantil de la CSS.
- Enfermera Jefe Regional.
- Enfermera Jefe de la CSS en la región.
- Epidemiólogo Regional del MINSA y de la CSS.
- Jefe de registros de estadísticas en Salud regional del MINSA y de la CSS
- Jefe de oficina regional de la Sección de Estadísticas Vitales del Instituto Nacional de Estadística y Censo de la Contraloría General de la República (INEC).

1. Funciones del Comité Regional.

- Velar que se notifiquen y se realicen las auditorías, análisis y discusión de todos los casos intra y extra hospitalarios.
- Coordinar con el Comité Local de muerte materna y perinatal para la detección de muertes maternas y perinatales extrahospitalarios y levantamiento de las autopsias verbales de muerte materna.
- Elaborar y enviar mensualmente el informe de ocurrencia o no de muertes maternas regional en el formato establecido (anexo 6)a la Comisión Nacional de Mortalidad Maternal.

2. Funciones específicas de los miembros del comité regional.

Cuadro.2 Funciones de los Miembros del Comité Regional

Director regional MINSA	<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
Director 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.
Coordinador salud sexual y reproductiva /coordinador de salud de niñez y adolescencia/coordinador materno infantil CSS	<ul style="list-style-type: none"> • Los Coordinadores de SS Y R MINSA o los designados por CSS establecerán la coordinación con el Comité de M.M. y P. Hospitalario. • Verificar que se notifiquen y se realicen las auditorías y las autopsias verbales de MM y P intra y extra hospitalarias • Coordinar presentación y discusión de casos con Nivel Local • Verificar, actualizar, consolidar y analizar la información regional de MM y P • Proponer recomendaciones a las autoridades regionales • Divulgar estrategias y acciones al equipo de salud y la comunidad • Informar mensualmente la ocurrencia de casos y enviar copia de las auditorías al Coordinador de Salud Sexual y Reproductiva Nivel Nacional de MINSA. • Remitir informe anual consolidado a coordinación de Salud Sexual y Reproductiva Nacional MINSA. • Divulgar el informe anual consolidado a los Niveles Locales
Epidemió-Logía regional	<ul style="list-style-type: none"> • Participar en las reuniones y actividades del Comité Regional • Verificar los casos en el informe epidemiológico semanal y activar el sistema para su reporte.
Registros estadísticos y de salud MINSA regional/hospitalario CSS	<ul style="list-style-type: none"> • Velar porque el personal de estadística local , registre la información necesaria de muerte materna y perinatal en el informe semanal y enviar al nivel nacional la información consolidada. • Participar en las auditorias local, hospitalaria y Regional de muerte materna y perinatal
Oficina provincial de est. Vitales	<ul style="list-style-type: none"> • Reportar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología las muertes de mujeres en edad fértil con historia de haber estado embarazada hasta un año antes de su fallecimiento. • Informar semanalmente a la Coordinación Materno Infantil y Epidemiología mensualmente perinatales registradas. • Incorporar registros de casos procedentes del sector privado y del sistema de escucha comunitario.

C. Comité de Mortalidad Materna y Perinatal Hospitalario.

- Director Médico.
- Jefe de Servicios de Obstetricia. .
- Jefe de Servicios de Pediatría.
- Jefe de Servicio de Neonatología.
- Jefa de Departamento de Enfermería.
- Enfermera Jefe Sala de Partos.
- Enfermera Jefe de Sala de Neonatología.
- Jefe de Enfermedades Nosocomiales.
- Patólogo o Médico Forense.
- Jefe de Registros de Estadísticas en Salud.
- Jefe de Residentes de Gineco Obstetricia y Pediatría.
- Coordinador Salud Sexual y Reproductiva Regional (o su equivalente).
- Epidemiología del Hospital (o el regional en su defecto).
- Consultores de otras especialidades o médicos y enfermeras designados por el Director Médico.

1. Funciones del comité hospitalario

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

2. Nivel hospitalario funciones específicas del Comité Hospitalario.

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

D. Comité Local de Mortalidad Materna y Perinatal

- Director médico.
- Médico y enfermera coordinadores de los programas de Salud Sexual y Reproductiva, Salud Niñez y Adolescencia y epidemiología o Médico y enfermera designados por el Director Médico.
- Registros estadísticos en Salud.
- Registradores auxiliares de la contraloría o registro civil.

1. Funciones del nivel local.

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

Bibliografía

- American College of Obstetricians and Gynecologists. (1977), Guidelines for Perinatal Care. Fourth Edition. American Academy of Pediatrics. March of Dimes Birth Defects Foundation. Rev.
- Caja de Seguro Social. Dirección General de Salud. Departamento de Salud y Atención Integral a la Población. Panamá. (1999), Programa para la Prevención y Atención de las Enfermedades Transmitidas Sexualmente y el VIH-SIDA. Normas Técnicas Administrativas. Ministerio de Salud.
- Centro Latino Americano de Perinatología. (2002), Sistema Informático Perinatal, Manual de Uso, Versión 1.13, Montevideo, Uruguay.
- Domingo Bernal, Adelina; Esquivel D., Francisco B. (2005), Legislación Panameña en Salud, Panamá.
- Gómez Sánchez, Pio Iván. (2010), Anticoncepción; pasado, presente y Futuro, Colombia.
- FLASOG. (2013), Uso del Misoprostol en obstetricia y ginecología.
- Despacho de la Primera Dama de la República de Panamá; en el marco del Programa de Desarrollo Infantil Temprano. (2013), Manual de Parteras Tradicionales, Panamá.
- Instituto Nacional de Estadística. (2009), Encuesta Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, Panamá.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología. (2012), Módulo de Capacitación en Pre-eclampsia/ eclampsia, Panamá.
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, Sociedad Panameña de obstetricia y ginecología. (2012), Guía Clínica de Ruptura Prematura de Membranas GC: 2011:1, Panamá.
- Ministerio de Salud, CONFOLACMA-PANAMA. (1995), Ley No.50 del 23 de noviembre, por la cual se protege y fomenta: La Lactancia Materna en Panamá, 1996.
- Ministerio de Salud. (2002), Guía de Atención integral para las Personas viviendo con VIH/ SIDA. Panamá.
- Ministerio de Salud. (2006), Guías de Atención de Salud Reproductiva Infanto Juvenil, Panamá.
- Ministerio de Salud, OPS/OMS. (2006), Normas para la Atención Integral a las Personas con VIH, Panamá.
- Ministerio de Salud / Caja de Seguro Social (2010), Normas de Prevención, Detección y Guías de Manejo y seguimiento de las Lesiones preinvasoras del Cuello Uterino, Panamá.
- Ministerio de Salud. (2013), Decreto Ejecutivo No.1457 del 30 de octubre del 2012, Que reglamenta la Ley 50, Decreto No. 513 del 14 de mayo de 2013.
- Organización Mundial de Salud(2002), Selección de prácticas Recomendadas para Utilización de Anticonceptivos, Ginebra Suiza.
- Organización Mundial de la Salud. (2005), Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, 3ª Edición, Ginebra, Suiza.

- Organización Mundial para la Salud. (2012), Aborto Sin Riesgos: guía técnica y de política para sistemas de salud, Segunda Edición. Traducción al español ha sido realizada por Suzanne Serruya, Asesora Regional De Salud Sexual y Reproductiva y Ricardo Fescina, Director del Centro Latinoamericano de Perinatología y Coordinador del Programa de Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP/SMR – OPS/OMS),
- Organización Mundial de Salud. (2013), Medicamentos esenciales. Pp 23. Accesado en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2924s/4.html>
- Organización Panamericana para la Salud. (2010), Iniciativa Regional para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, Documento Conceptual, Publicación CLAP/SMR No.1569.
- Organización Panamericana para la Salud. (2010), Guía Clínica para la Eliminación de la Transmisión Materno Infantil del VIH y de la Sífilis Congénita en América Latina y el Caribe, Publicación Científica CLAP/SMR No.1570.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011), Salud Sexual y Reproductiva; Guías para el Continuo de Atención de la mujer y el recién nacido focalizado en APS, Tercera Edición.
- Organización Panamericana de la Salud. (2011), Sistema Informático Perinatal, Historia Clínica Perinatal y formulario complementarios; Instrucciones de llenado y definición de términos, Publicación CLAP/SMR No 1584.
- Reyes Osvaldo A., MD ; González, Geneva M, MD. (2011), Department of Obstetrics and Gynecology, Saint Thomas Maternity Hospital, Carbetocin Versus Oxytocin for Prevention of Postpartum Hemorrhage in Patients With Severe Preeclampsia: A Double-Blind Randomized Controlled Trial, Panamá.

Anexos

Anexo 1
MINSA/CSS
Formulario de auditoría de muerte materna

FECHA	REGIÓN	ESTABLECIMIENTO	N° ORDEN

DATOS GENERALES

NOMBRE _____ EDAD ____ CÉDULA _____
ASEGURADA: 1. SI 2. NO
RESIDENCIA: PROVINCIA _____ DISTRITO _____
CORREGIMIENTO _____ COMUNIDAD _____
ESTADO CIVIL: 1. CASADA 2. UNIDA 3. SOLTERA 4. OTRO 5. N.E. _
ESCOLARIDAD: 1. PRIMARIA 2. SECUNDARIA 3. UNIVERSITARIA
3. NINGUNA 4. N.E. ULTIMO AÑO APROBADO _____
TRABAJO REMUNERADO: 1. SI 2. NO 3. N.E.
LUGAR DE TRABAJO: 1. HOGAR 2. FUERA DEL HOGAR 3. NO APLICA
LUGAR DEL FALLECIMIENTO: 1. HOSPITAL PÚBLICO 2. HOSPITAL PRIVADO
3. CENTRO DE SALUD 4. DOMICILIO 5. VÍA PÚBLICA

ANTECEDENTES

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS NO OBSTÉTRICOS _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:

GESTA ____ PARTOS VAGINALES ____ CESÁREAS ____ ABORTOS ____
NACIDOS VIVOS ____ NACIDOS MUERTOS ____
FECHA ÚLTIMO PARTO/ABORTO _____ FUM _____
NUMERO DE CONSULTAS PRENATALES ____ FPP _____
FACTORES DE RIESGO OBSTÉTRICOS _____

REFERIDA SEGÚN RIESGO? 1. SI 2. NO
ESTADO NUTRICIONAL: 1. NORMAL 2. BAJO PESO 3. OBESA

HOSPITALIZACIONES PREVIAS DURANTE ESTE EMBARAZO

1. SI ____ 2. NO ____ NOMBRE DEL HOSPITAL _____
FECHA DE INGRESO _____ HORA _____ MINUTOS _____
DIAGNÓSTICO DE INGRESO _____

FECHA DE EGRESO _____ HORA _____ MINUTOS _____
DIAGNÓSTICO DE EGRESO _____

HOSPITALIZACIÓN ACTUAL

FECHA DE INGRESO _____ HORA _____ MINUTOS _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO _____

FECHA TERMINACIÓN DEL EMBARAZO _____ HORA ____ MIN ____

FECHA DEL FALLECIMIENTO _____ HORA ____ MIN ____

TIEMPO DE ESTANCIA EN LA UNIDAD DE SALUD:

DÍAS _____ HORAS _____ MINUTOS _____ NO APLICA _____

MUERTE DURANTE EL TRABAJO DE PARTO O PUERPERIO

CONTROL DE LA LABOR DE PARTO:

1. ESPECIALISTA
2. RESIDENTE
3. MÉDICO GENERAL
4. INTERNO
5. ENFERMERA OBSTETRA
6. ENFERMERA BÁSICA
7. AUXILIAR DE ENFERMERÍA
8. ESTUDIANTE (especifique) _____
9. OTRO (especifique) _____

DURACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: HORAS ____ MINUTOS ____

RECIÉN NACIDO 1. VIVO 2. MUERTO

MODO DE TERMINACIÓN DEL EMBARAZO:

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

MUERTE ASOCIADA A ABORTO

1. A. INCOMPLETO
2. A. SÉPTICO
3. A. RETENIDO
4. TERAPEUTICO/LEGAL
5. E. ECTÓPICO
6. E. MOLAR

MÉTODO: 1. AMEU 2. LEGRADO INTRAUTERINO 3. MEDICO 4. NO APLICA

ATENCIÓN DEL EVENTO OBSTÉTRICO (PARTO / ABORTO) INSTITUCIONAL:

1. MÉDICO GENERAL
2. MÉDICO INTERNO
3. ESPECIALISTA
4. ENFERMERA
5. AUXILIAR DE ENFERMERA
6. ESTUDIANTE(especifique) _____
7. OTRO(especifique) _____

TRATAMIENTO MÉDICO

MEDICAMENTO	DOSIS	FECHA	HORA

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

CIRUGÍA	ANESTESIA	FECHA	HORA

SALA DONDE OCURRIÓ EL DECESO:

1. URGENCIAS Y ADMISIÓN
2. SALA DE BAJO RIESGO
3. SALA DE ALTO RIESGO
4. SALA DE PARTOS
5. SALA DE PUERPERIO
6. SALÓN DE OPERACIONES
7. U. C. INTENSIVOS
8. SALA NO OBSTÉTRICA
9. NO APLICA

CAUSA DE LA MUERTE

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA _____

CAUSA ORIGINARIA O BÁSICA _____

PATOLOGÍAS CONTRIBUYENTES _____

CLASIFICACIÓN CLÍNICA:

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

DIAGNÓSTICO ANATOMO-PATOLÓGICO: AUTOPSIA N° _____

Dx1 _____ Cod. _____

Dx2 _____ Cod. _____

Dx3 _____ Cod. _____

Dx4 _____ Cod. _____

EVALUACION DE LA EVITABILIDAD DE LA MUERTE

I. ACCESO A LA UNIDAD DE SALUD

1. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INICIO DE SIGNOS O SÍNTOMAS HASTA LA LLEGADA A LA UNIDAD

- INICIO DE SÍNTOMAS ____ DÍAS ____ HORAS ____ MINUTOS ____ NR
- BÚSQUEDA DE ATENCIÓN ____ DÍAS ____ HORAS ____ MINUTOS ____ NR
- ATENCIÓN RECIBIDA ____ DÍAS ____ HORAS ____ MINUTOS ____ NR

2. HUBO PROBLEMAS ASOCIADOS A LA BÚSQUEDA OPORTUNA DE ATENCIÓN O DE ACCESO A LA UNIDAD ?

- DESCONOCIMIENTO DE FACTORES DE RIESGO, SITUACIÓN SOCIO-EDUCATIVO, SIN CONTROL PRENATAL O INADECUADO _____
- PROBLEMAS DE TRANSPORTE (COSTO, INACCESIBILIDAD, CONDICIÓN DE LOS CAMINOS) _____
- FACTORES CULTURALES, RELIGIOSOS, TRADICIONALES _____

3. MEDIANTE QUÉ MECANISMO SE PRESENTÓ LA USUARIA EN LA UNIDAD DE SALUD QUE LE BRINDÓ ATENCIÓN EN DONDE FALLECIÓ?

- ACUDIÓ ESPONTÁNEAMENTE _____
- REFERIDA DE:
PROMOTOR DE SALUD ____ PARTERA TRADICIONAL ____ ONG ____ PUESTO DE SALUD ____ SUB- CENTRO DE SALUD ____ CENTRO DE SALUD ____
ULAPS ____ POLICENTRO DE SALUD ____ POLICLÍNICA DE SALUD ____ HOSPITAL RURAL ____ HOSPITAL REGIONAL ____ H. NACIONAL ____

4. EXISTE ALGÚN DOCUMENTO DE REFERENCIA EN EL EXPEDIENTE CLÍNICO? SI ____ NO ____

5. DESCRIBA LA CONDICIÓN EN QUE SE RECIBIÓ LA USUARIA UNA VEZ QUE LLEGÓ A LA UNIDAD DE SALUD.

BUENA CONDICIÓN (ESTABLE) ____ CONDICIÓN EN RIESGO ____
CONDICIÓN DETERIORADA ____ INESTABLE ____ FALLECIDA ____

6. CUÁL FUE EL MOTIVO POR EL CUAL DECIDIÓ ACUDIR A LA UNIDAD DE SALUD?

ATENCIÓN DE PARTO NORMAL ____ HEMORRAGIA ANTE / POST PARTO ____
FIEBRE ____ ATENCIÓN DE PARTO POR CESÁREA ____ TRABAJO DE PARTO ____

DETENIDO _____ IVU _____ RETENCIÓN PLACENTARIA _____ PRE-
ECLAMPSIA/ECLAMPSIA _____ OTROS _____

7. QUIÉN DIO LA PRIMERA ASISTENCIA EN EMERGENCIA / ADMISIÓN?
GINECO-OBSTETRA _____ RESIDENTE _____ M. GENERAL _____ ENFERMERA _____
INTERNO _____ ESTUDIANTE DE MEDICINA _____ OTRO _____

8. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE LA LLEGADA A LA INSTITUCIÓN HASTA QUE FUE
ATENDIDA POR UN MÉDICO?
_____ HORAS _____ MINUTOS NR _____

9. CUÁL FUE LA IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INICIAL EN URGENCIAS / ADMISIÓN?

10. CUÁL FUE EL TRATAMIENTO Y /O PROCEDIMIENTO INICIAL RECIBIDO?
ANTIHIPERTENSIVOS _____ ANTIBIÓTICOS _____ OXITÓCICOS _____
_____ ANTICONVULSIVANTES _____ CESÁREA _____ PARTO
ASISTIDO _____ SANGRE _____ LEGRADO _____ TERAPIA
INTENSIVA _____
OTROS _____

II. CIRCUNSTANCIAS RELATIVAS A LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN (FLUJO Y SEGUIMIENTO DE LA USUARIA)

1. A QUÉ SALA DE INTERNAMIENTO FUE REMITIDA LA USUARIA UNA VEZ
ATENDIDA EN URGENCIA /ADMISIÓN ?

2. TIEMPO TRANSCURRIDO DESDE EL INGRESO HASTA LA NOTA DE INGRESO EN LA
SALA DE INTERNAMIENTO Y/O QUIRÚRGICA?
_____ HORAS _____ MINUTOS

3. CUÁLES FUERON LOS TRATAMIENTO Y/O PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN LA
SALA DE INTERNAMIENTO / QUIRÚRGICO?
ANTIHIPERTENSIVOS _____ ANTIBIÓTICOS _____ OXITÓCICOS _____
ANTICONVULSIVANTES _____ CESÁREA _____ PARTO ASISTIDO
SANGRE _____ LEGRADO _____ TERAPIA INTENSIVA _____
OTROS _____

4. CUÁLES DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES SE PRESENTARON DURANTE EL
SEGUIMIENTO DE LA USUARIA?

EXISTIERON MEDICAMENTOS QUE FUERON ORDENADOS Y NO ADMINISTRADOS
PARA RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA? _____

EXISTIERON PROCEDIMIENTOS QUE FUERON ORDENADOS Y NO EFECTUADOS PARA
RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA? _____

EXISTIERON EXÁMENES DE LABORATORIO QUE FUERON ORDENADOS Y NO
EFECTUADOS PARA RESOLVER LA EMERGENCIA OBSTÉTRICA? _____

EXISTIERON EXÁMENES DE LABORATORIO O PROCEDIMIENTOS QUE ESTABAN
INDICADOS REALIZAR Y QUE NO FUERON ORDENADOS? _____

EN CASO DE QUE ALGUNA (S) DE LAS ANTERIORES SEA AFIRMATIVA ESPECIFICAR LAS RAZONES:

5. SI LA USUARIA SUFRIÓ LA COMPLICACIÓN DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA, CUÁL FUE EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y EL TRATAMIENTO? ____ HORAS ____ MINUTOS

6. SI FALLECIÓ POR CAUSA OBSTÉTRICA, LA COMPLICACIÓN OBSTÉTRICA FUE DADA:

- ANTES DE SU INGRESO _____
- DURANTE SU ESTANCIA HOSPITALARIA _____
- DESPUÉS DE SU EGRESO HOSPITALARIO _____

7. TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL DIAGNÓSTICO DE LA COMPLICACIÓN Y LA MUERTE DE LA USUARIA:

____ HORAS ____ MINUTOS

8. NÚMERO DE NOTAS DE EVOLUCIÓN EN LAS 72 HORAS PREVIAS A LA DEFUNCIÓN:

Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	Médico Especialista					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		3:00 p.m. – 11:00 p.m.		11:00 p.m. – 7:00 a.m.	
	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	Médico Residente					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		3:00 p.m. – 11:00 p.m.		11:00 p.m. – 7:00 a.m.	
	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	Médico Interno					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		3:00 p.m. – 11:00 p.m.		11:00 p.m. – 7:00 a.m.	
	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						
Notas de evolución en las 72 hs Previas a la defunción	Enfermera					
	7:00 a.m. – 3:00 p.m.		3:00 p.m. – 11:00 p.m.		11:00 p.m. – 7:00 a.m.	
	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio	Hora	Intervalo promedio
0						
1						
2						
3						
4						
> 4						

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. Preeclampsia severa

Tratamiento quirúrgico: Enumerar en orden cronológico las distintas intervenciones.

Ejemplo: Operación N°1 Raspado uterino
Operación N°2. Histerectomía total con anexectomía bilateral.
Operación N°3. 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 efectuado, concordancia del diagnóstico clínico y la necropsia, evitabilidad de la muerte y medidas que se pueden tomar para evitar casos similares.

Plan de mejoras y seguimiento: Determinar áreas o situaciones a modificar; resultados esperados; actividades planteadas; fecha y responsables

Anexo 2.
MINSA/CSS
Formulario de autopsia verbal/SVEMM

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

DATOS GENERALES:

Nombre de la difunta _____
Cédula _____ Edad _____ 1. Se desconoce
Estado civil: 1. Casada 2. Unida 3. Soltera 4. Divorciada 5. Otra
Escolaridad: 1. Primaria 2. Secundaria 3. Universitaria 4. No 5. Se ignora
Ultimo año aprobado: _____ Trabajo remunerado: 1. Si* 2. No
*Lugar de trabajo: _____ Religión: _____
Composición familiar: Esposo o compañero estable: 1. Si 2. No
Hijos previos: Total _____ Menores de 2 años _____
Fecha o año del último parto o aborto: _____ 1. Se ignora
Otros parientes en el hogar? _____
Contribución económica del cónyuge: 1. Si 2. No 3. Se ignora
Lugar de residencia: Provincia _____ Distrito _____
Corregimiento _____ Comunidad _____
Lugar donde falleció: Provincia _____ Distrito _____
Corregimiento _____ Comunidad _____
Sitio donde falleció: 1. Domicilio 2. Vía Pública 3. Ambulancia
4. Puesto de Salud 5. Centro de Salud 6. Hospital 7. Otro _____

RECONOCIMIENTO DEL PROBLEMA Y TOMA DE DECISIÓN

Tuvo control prenatal? 1. Si* 2. No * Cuántos controles _____
Si no se controló, por qué no? _____

Tenía factores de riesgo? 1. Si* 2. No
*Cuáles factores de riesgo? _____

Cuando se dio el problema, se reconoció con prontitud? 1. Si 2. No
Quién reconoció el problema? 1. Familiar 2. Partera capacitada
3. Partera no capacitada 4. Ayudante de Salud 5. Auxiliar de enfermería
6. Enfermera 7. Médico 8. Otro _____

Se hizo una referencia a una instalación de Salud? 1. Si 2. No
Qué decisión tomó la familia? 1. Esperar 2. Traslado a una instalación de
Salud 3. Otra _____
Quién o quienes atendieron a la difunta cuando se dio el problema, antes de

que llegara al hospital?

1. Familiar
2. Partera no capacitada
3. Partera capacitada
4. Ayudante de Salud
5. Auxiliar de enfermería
6. Enfermera
7. Médico
8. Otro _____

Falleció súbitamente antes de recibir atención médica? 1. Si 2. No

CUÁL FUE LA CAUSA DE LA MUERTE?

Diagnóstico esencial	Diagnóstico específico
1. Muerte durante el embarazo Temprano	a. Ectópico b. Aborto espontáneo c. Aborto inducido
2. Sangrado antes del parto	a. Placenta previa b. 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:

ACCESO A LA ATENCIÓN

Cuál es la forma de transporte disponible para llegar a una instalación de salud: _____

A qué distancia en tiempo residía la paciente de las instalaciones de salud más próximas?

Institución	Lugar o nombre de la Institución	Tiempo desde el domicilio	
		Minutos	Horas
Puesto de Salud			
Centro de Salud			
Hospital			

En caso de muerte no hospitalaria, cuáles fueron las razones que impidieron que la paciente tuviera acceso a un hospital?

1. Vivía muy lejos
2. Malos caminos
3. No hay transporte
4. No tenía dinero para transporte
5. Murió repentinamente
6. Rehusó la atención médica
7. Obstáculos familiares
8. Creencias culturales/religiosas
9. Experiencias no satisfactorias con el sistema de salud?
10. Otras: _____

Resumen narrativo del caso:

Firma del responsable del Informe:

Código:

INSTRUCTIVO:

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

Anexo 3.
MINSA/CSS
Formulario de Auditoría de Muerte Perinatal.

REGIÓN _____ **ESTABLECIMIENTO** _____

DATOS GENERALES

NOMBRE DE LA MADRE _____

NOMBRE DEL HIJO(A) _____

SEXO: 1. MASCULINO 2. FEMENINO 3. INDEFINIDO 4. SE IGNORA

DOMICILIO _____

AREA: 1. URBANA 2. RURAL

DISTANCIA DE LA PRÓXIMA INSTALACIÓN DE SALUD: 1. MENOS DE 1 HORA

2. 1 HORA 3. 2-3 HORAS 4. MÁS DE 3 HORAS

FECHA DE NACIMIENTO: DÍA _____ MES _____ AÑO _____

DATOS DE LA VIVIENDA

ABASTECIMIENTO DE AGUA:

1. POTABLE INTRADOMICILIARIA 2. EXTRADOMICILIARIA 3. OTRO 4. NO TIENE 5. SE IGNORA

DISPOSICIÓN DE EXCRETAS:

1. ALCANTARILLADO 2. LETRINA 3. TANQUE SÉPTICO 4. OTRA 5. SE IGNORA

DISPOSICIÓN DE BASURA:

1. SISTEMA DE RECOLECCIÓN 2. INCINERACIÓN 3. AL AIRE LIBRE
4. ENTERRAMIENTO 5. SE IGNORA

DATOS DE LA FAMILIA

TIPO DE FAMILIA: 1. NUCLEAR (padre-madre) 2. MADRE SOLA 3. FAMILIA EXTENSA 4. OTRA(especifique) _____ 5. SE IGNORA

SI EL PADRE NO VIVE CON LA FAMILIA, AYUDA ECONÓMICAMENTE EN FORMA SIGNIFICATIVA? 1. SI 2. NO

EDAD DEL PADRE _____ EDAD DE LA MADRE _____

ESCOLARIDAD DEL PADRE: 1. NINGUNA 2. PRIMARIA 3. SECUNDARIA
4. UNIVERSIDAD 5. SE IGNORA

ESCOLARIDAD DE LA MADRE: 1. NINGUNA 2. PRIMARIA

3. SECUNDARIA 4. UNIVERSIDAD 5. SE IGNORA

CONDICIÓN LABORAL DEL PADRE: 1. TRABAJO PERMANENTE

2. OCASIONAL 3. CESANTE 4. INDEPENDIENTE 5. SE IGNORA

CONDICIÓN LABORAL DE LA MADRE: 1. TRABAJO PERMANENTE

2. OCASIONAL 3. CESANTE 4. INDEPENDIENTE 5. AMA DE CASA

6. SE IGNORA

FUMA EL PADRE: 1. SI* 2. NO 3. SE IGNORA *CIGARRILLOS/DÍA _____

FUMA LA MADRE: 1. SI* 2. NO 3. SE IGNORA *CIGARRILLOS/DÍA _____

INGESTA DE ALCOHOL DEL PADRE: 1. ABSTEMIO 2. MODERADO

3. EXCESIVO 4. ALCOHÓLICO 5. SE IGNORA

INGESTA DE ALCOHOL DE LA MADRE: 1. ABSTEMIA 2. MODERADO

3. EXCESIVO 4. ALCOHÓLICA 5. SE IGNORA
OTRAS ADICCIONES EN EL PADRE O MADRE _____
SITUACIÓN CONYUGAL DE LA MADRE: 1. SOLTERA 2. CASADA
3. UNIDA 4. DIVORCIADA 5. OTRA 6. SE IGNORA

DATOS PREGESTACIONALES DE LA MADRE:

Nº NACIDOS VIVOS _____ 1. SE IGNORA
Nº NACIDOS MUERTOS _____ 1. SE IGNORA
USO ANTICONCEPTIVOS: 1. SI 2. NO 3. SE IGNORA
RESULTADO EMBARAZO ANTERIOR: 1. NACIDO VIVO 2. NACIDO MUERTO
3. ABORTO 4. MUERTE NEONATAL 5. SE IGNORA
FECHA DE TERMINACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO: MES ____ AÑO ____
1. SE IGNORA

DATOS GESTACIONALES:

PESO 1er CONTROL PRENATAL _____ KILOS 1. SE IGNORA
TALLA _____ CM 1. SE IGNORA
SEMANAS DE GESTACIÓN AL NACIMIENTO _____ 1. SE IGNORA
CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE CONTROL: 1. 5 Y MÁS CONTROLES
2. MENOS DE 5 CONTROLES 3. SIN CONTROL 4. SE IGNORA
DETECCIÓN PATOLÓGICA: 1. SI* 2. NO
*DIAGNÓSTICO DE LAS PATOLOGÍAS DETECTADAS:

CODIGO _____

CODIGO _____

CODIGO _____

ANTECEDENTES DEL PARTO:

FECHA DE INGRESO: DÍA ____ MES ____ AÑO ____ HORA ____ MINUTOS ____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO:

CODIGO _____

CODIGO _____

CODIGO _____

PESO MATERNO AL INGRESO _____ KG 1. SE IGNORA
CONTROL SISTEMÁTICO DE LA FCF: 1. SI 2. NO 3. SIN FCF
PRESENTACIÓN: 1. CEFÁLICA 2. PODÁLICA 3. TRANSVERSA
4. OTRA (especifique) _____ 5. SE IGNORA
ROTURA DE MEMBRANAS: 1. ESPONTÁNEA 2. ARTIFICIAL
3. SE IGNORA
LÍQUIDO AMNIÓTICO: 1. CLARO 2. MECONIAL CLARO 3. MECONIO
ESPESO 4. SANGUINOLENTO 5. OTRO (especifique) _____
6. SE IGNORA
LAPSO ENTRE ROTURA DE MEMBRANAS Y PARTO _____ HORAS
1. SE IGNORA
INICIO DE TRABAJO DE PARTO: 1. ESPONTÁNEO 2. INDUCIDO
3. CESAREA ELECTIVA

TERMINACIÓN DEL TRABAJO DE PARTO: 1. ESPONTÁNEO 2. FORCEPS
PROFILÁCTICO 3. FORCEPS TERAPÉUTICO 4. CESAREA DE URGENCIA

5. OTRA(especifique)_____

ATENDIÓ EL PARTO: 1. ESPECIALISTA 2. RESIDENTE 3. INTERNO

4. MÉDICO GENERAL 5. ENFERMERA OBSTETRA 6. ENF. BÁSICA

7. ESTUDIANTE (especificar)_____ 8. AUXILIAR DE ENFERMERA

9. AYUDANTE DE SALUD 10. PARTERA CAPACITADA 11. PARTERA NO
CAPACITADA 12. OTRO(especifique)_____ 13. SE IGNORA

ANESTESIA: 1. LOCAL 2. REGIONAL 3. GENERAL 4. NINGUNA

5. SE IGNORA

ADMINISTRACIÓN DE ANESTESIA: 1. ANESTESIÓLOGO 2. OTRO MÉDICO

3. TÉCNICO ANESTESISTA 4. ENFERMERA 5. OTRO

(especifique)_____ 6. NO CORRESPONDE 7. SE IGNORA

LUGAR DEL PARTO: 1. HOSPITAL 2. CENTRO DE SALUD 3. SUB CENTRO
DE SALUD 4. PUESTO DE SALUD 5. DOMICILIO

6. OTRO (especifique)_____

ANTECEDENTES DEL RECIÉN NACIDO

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

MUERTE OCURRIDA DURANTE: 1. EMBARAZO 2. PERIODO DE
DILATACIÓN 3. PERIODO EXPULSIVO 4. SE IGNORA

ATENCIÓN INMEDIATA: 1. NEONatóLOGO 2. PEDIATRA 3. RESIDENTE

4. INTERNO 5. OBSTETRA 6. MÉDICO GENERAL 7. ANESTESIÓLOGO

6. ENFERMERA 7. AUXILIAR 8. AYUDANTE DE SALUD 9. PARTERA
CAPACITADA 10. PARTERA NO CAPACITADA 11. SE IGNORA

11. OTRO(especifique)_____ 13. NO CORRESPONDE

AREA DE ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO: 1. SALA DE PARTOS

2. SALON DE OPERACIONES 3. UCI NEONATALES

4. OTRO (especifique)_____ 5. SE IGNORA

6. NO CORRESPONDE

TIPO DE NACIMIENTO: 1. SIMPLE 2. PRIMER GEMELO 3. SEGUNDO
GEMELO 4. OTRO MÚLTIPLE

APGAR 1er MINUTO ___ APGAR 5º MINUTO ___ 1. NO CORRESPONDE

REANIMACIÓN: 1. SI 2. NO 3. NO CORRESPONDE

MALFORMACIONES: 1. SI 2. NO 3. SE IGNORA

PESO _____ GRAMOS TALLA ___ CM 1. NO SE PESÓ/TALLÓ

EDAD AL EGRESO DEL RECIÉN NACIDO ___ DÍAS ___ HORAS

ESTADO AL EGRESO DEL RECIEN NACIDO: 1. VIVO SANO 2. VIVO CON
PATOLOGÍA 3. MUERTO 4. SE IGNORA

ANTECEDENTES PERIODO NEONATAL

CONTROL DE SALUD: 1. SI 2. NO 3. NO CORRESPONDE

PRIMER CONTROL: EDAD ___ PESO ___ GRAMOS TALLA ___ CM

ÚLTIMO CONTROL: EDAD ___ PESO ___ GRAMOS TALLA ___ CM

ALIMENTACIÓN: 1. PECHO EXCLUSIVA ___ POR ___ DÍAS

2. PECHO MÁS FÓRMULA LACTEA ___ POR ___ DÍAS

3. OTRA (especifique)_____ 4. NO CORRESPONDE

CAUSA DE INCORPORACIÓN DE FORMULA LACTEA:

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

PATOLOGÍAS DEL RECIEN NACIDO: 1. SI* 2. NO 3. SE IGNORA

***DIAGNÓSTICO:**

_____ CODIGO_____ EDAD_____ DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: 1. SI 2. NO HOSPITALIZACIÓN: 1. SI* 2. NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

***DIAGNÓSTICO:**

_____ CODIGO_____ EDAD_____ DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: 1. SI 2. NO HOSPITALIZACIÓN: 1. SI* 2. NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

***DIAGNÓSTICO:**

_____ CODIGO_____ EDAD_____ DÍAS
ATENCIÓN MÉDICA: 1. SI 2. NO HOSPITALIZACIÓN: 1. SI* 2. NO
DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN* _____

INTERVENCIONES: 1. SI* 2. NO 3. NO CORRESPONDE

*DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIONES:_____

INFECCIÓN NOSOCOMIAL: 1. SI* 2. NO 3. NO CORRESPONDE

*DIAGNÓSTICO INFECCIÓN NOSOCOMIAL:

_____ CÓDIGO_____
_____ CÓDIGO_____

ANTECEDENTES DE LA DEFUNCIÓN

FECHA: DÍA_____ MES_____ AÑO_____ HORA_____ MINUTOS_____

1. SE IGNORA

DONDE MURIÓ: 1. CASA 2. CONSULTORIO EXTERNO 3. HOSPITAL
MENOS DE 48 HORAS 4. HOSPITAL MÁS DE 48 HORAS

5. OTRO (especifique)_____

CAUSA DE LA MUERTE

CAUSA INMEDIATA O DIRECTA_____ CODIGO_____

CAUSA BÁSICA U ORIGINARIA_____ CODIGO_____

PATOLOGÍA CONCOMITANTE_____ CÓDIGO_____

Anexo 4.

Ver observaciones al reverso de la última página

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

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN FETAL (Use uno para cada aborto o nacido muerto)

PROVINCIA: _____ LUGAR DE REGISTRO: _____

I. DATOS DEL FETO

1. Sexo: Hombre..... <input type="checkbox"/> 1 Mujer..... <input type="checkbox"/> 2 No especificado..... <input type="checkbox"/> 9	2. Lugar de nacimiento: _____ <i>Distrito</i> _____ <i>Corregimiento</i> <i>Lugar poblado o barrada</i>	3. Fecha de nacimiento: _____ <i>Día</i> <i>Mes</i> <i>Año</i>
---	--	---

II. DATOS DEL PADRE

4. Nombre(s) y Apellido(s): _____	5. Edad cumplida (años): _____
6. Ocupación actual: _____	

III. DATOS DE LA MADRE

7. Nombre(s) y Apellido(s): _____	8. Edad cumplida (años): _____
9. Cédula No. _____	12. Estado conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Soltera..... <input type="checkbox"/> 2 Casada <input type="checkbox"/> 3 Separada/ Viuda <input type="checkbox"/> 4
10. Residencia habitual (permanente): _____ <i>Distrito</i> _____ <i>Corregimiento</i> _____ <i>Lugar poblado o barrada</i>	12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño _____ <i>Mes</i> _____ <i>Año</i>
11. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL..... a. ¿Cuántos viven actualmente?..... b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron?..... c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos?.....	13. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno..... <input type="checkbox"/> 00 Universitaria <input type="checkbox"/> _____ Año Primaria..... <input type="checkbox"/> _____ Grado Postgrado... <input type="checkbox"/> _____ Año Secundaria..... <input type="checkbox"/> _____ Año Vocacional... <input type="checkbox"/> _____ Año
¿Trabaja actualmente? No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 → Dentro de la casa..... <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la casa..... <input type="checkbox"/> 2	Fecha de nacimiento de la madre: _____ <i>Día</i> <i>Mes</i> <i>Año</i>
¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

IV. DATOS DEL PARTO O NACIDO MUERTO

14. Lugar donde ocurrió el parto: a. Hospital o Institución de Salud: _____ <input type="checkbox"/> 1 <i>(anote el nombre)</i> b. Otro lugar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2	16. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____
15. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s) Médico..... <input type="checkbox"/> 1 Comadrona { Con adiestramiento <input type="checkbox"/> 5 Enfermera Obstetra..... <input type="checkbox"/> 2 { Sin adiestramiento <input type="checkbox"/> 6 Enfermera..... <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4 Otra (especifique) <input type="checkbox"/> 7	17. Peso al nacer: Kilogramos _____ Libras _____ Onzas _____
18. Tipo de defunción fetal: De un niño (singular)..... <input type="checkbox"/> 1 Melizo <input type="checkbox"/> 2 Trillizo <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más <input type="checkbox"/> 4 a. Si es más de uno, indique si este nació muerto: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3 b. ¿Cuántos nacieron vivos?..... <input type="checkbox"/> _____ c. ¿Cuántos nacieron muertos?..... <input type="checkbox"/> _____	

V. CERTIFICADO MÉDICO

(Sólo para ser llenado por un Médico - Estrictamente confidencial)

19. Causa de muerte fetal (anote una causa por línea a., b. y c.): I. Causa directa de la defunción fetal. (No use términos como nacido muerto, óbito fetal, prematuro, asfixia, etc.). Causa antecedentes: Condiciones fetales o maternas si las hubo, que produjeron la causa arriba anotada en a., mencionándose de último en c., la causa básica o fundamental. II. Otras condiciones importantes del estado del feto o de la madre que contribuyeron a la muerte, pero no relacionadas con la enfermedad o condición señalada en c.	a. _____ <i>(debido a., o como consecuencia de b.)</i> b. _____ <i>(debido a., o como consecuencia de c.)</i> c. _____ <i>(causa básica o fundamental)</i>
20. ¿La muerte fetal ocurrió? Antes del parto <input type="checkbox"/> 1 Durante el parto <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	_____ <i>Certificación</i> <input type="checkbox"/>
21. ¿Se le practicó autopsia? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

Nombre del Informante: _____ Firma del Registrador Auxiliar: _____

OBSERVACIONES: _____

ENVIÉSE A: Dirección de Estadística y Censo - Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el hecho).

VALIDO SOLO PARA FINES ESTADISTICOS - (Artículo 13, Decreto - Ley No. 7, 25-2-60).

Anexo 5.

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

B. DEFUNCIONES DE NIÑOS MENORES DE UN AÑO

11. Datos del Nacimiento: a. Lugar donde nació el niño: Hospital o Institución <input type="checkbox"/> 1 En otro lugar <input type="checkbox"/> 2 b. Persona que atendió el parto: Médico <input type="checkbox"/> 1 Ayudante de Salud o Auxiliar de Enfermería <input type="checkbox"/> 4 Enfermera Obstetra <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 _____ Meses _____ d. Peso al nacer: _____ <small>Kilogramos Libras Onzas</small>	12. Datos de la Madre del Niño: Nombre(s) y Apellido(s): _____ a. Edad cumplida: _____ 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 _____ 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? Si <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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Los últimos 12 meses? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

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

16. Causa de muerte: (Anotar una por línea a, b, c.) I. - Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. <i>No quiere decirse con esta la manera o modo de morir, por ejemplo: debilidad cardíaca, asfexia, etc. Significa propiamente la enfermedad, lesión o complicación que causó la muerte.</i> - Causas antecedentes o estados morbosos, si existiera alguno que produjeron la causa arriba consignada, mencionándose en último lugar la causa básica o fundamental. II. - Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morbozo que la produjo.	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte a. _____ b. _____ c. _____
17. ¿Esta defunción estuvo asociada a un embarazo? Si <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? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
17a. ¿La causa de muerte certificada fue confirmada por autopsia? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
18. Si fue operado, cause 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.)

Anexo 6.

**MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL INTERINSTITUCIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
CUADRO RESUMEN DE AUDITORÍA DE MUERTE MATERNA**

REGIÓN _____ MES _____ AÑO _____

Orden	Nombre / Cédula	Fecha / Hora Muerte	Edad	Paridad	Edad Gesta cional	Nº Control Prenatal	Causa de muerte o Patología	Ante parto	Intra parto	Post parto	Lugar Muerte	Proce- dencia	Clasifi cación	Necrop sia	Autopsi a Verbal	Observa ciones

Instructivo para llenar el Consolidado de Muertes Maternas

1. Registrar el N° de Orden del Caso
2. Registrar el Nombre y la Cédula de la Embarazada
3. Registrar la fecha y hora del fallecimiento (hora militar).
4. Anotar la edad cumplida de la embarazada
5. Anotar la Paridad Grava Para Aborto Cesárea
6. Anotar la edad gestacional en semanas y días ej: 34 5/7
7. Anotar el N° de controles prenatales
8. Anotar la causa de la muerte: Diagnóstico clínico y patológico (Si está disponible)
9. Señalar con una cruz el Momento de la muerte: Ante parto, Intraparto o Puerperio.
Si fue en el puerperio, anotar el tiempo transcurrido entre la terminación del embarazo y fallecimiento en horas y minutos, o días.
10. Anotar el lugar donde murió: Domicilio (D); Trayecto (T); Puesto de Salud (PS y las iniciales); Centro de Salud (CS y las iniciales); Hospital (Iniciales del Hospital)
11. Se refiere al Corregimiento o Comunidad donde residía la embarazada permanentemente.
12. Clasificar según si fue por Causa Obstétrica Directa, Indirecta o No Relacionada.
13. Anotar si se le hizo o no autopsia (SI o No)
14. Anotar si se realizó la autopsia verbal del caso o no

Describa los datos de interés adicionales que se obtengan sobre el caso. Ej. Quién atendió el parto: Familiar (F); Partera Tradicional (PT); Médico (M); Enfermera (E); Ayudante de Salud (AS); Intervenciones realizadas a la paciente; otros hallazgos o aspectos relevantes :
(Religión, aspectos culturales particular.

Anexo 7.

**MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
COMISIÓN NACIONAL INTERINSTITUCIONAL DE MORTALIDAD MATERNA Y PERINATAL
CONSOLIDADO DE MUERTES PERINATALES ***

REGIÓN DE SALUD / INSTALACIÓN _____ PERIODO DE _____ HASTA _____

Nº	Nombre/ Cédula Materna	Edad	Procede (Correg.)	Paridad	Sem. Gest.	C.P. Nº	C.P.	Fecha Ingreso materno	Patología Materna Asociada	Fecha / Lugar parto	Modo Termi nación	Defunción			Apgar ₁ 1 / 5 min	Peso Kg	Fecha / Lugar muerte	Edad Gest. Esti mada	Causa de muerte	Ne crop sia Si/No	Observaciones	
							Inicio Semana Gestac.					Ante parto	Intra parto	1 ^a - 7 ^a Día								

*Obitos fetales de 28 semanas a término y muertes neonatales de los primeros 7 días de vida.

estructivo de llenado del Consolidado de Muerte Perinatal

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

1. Anotar las iniciales de la paciente y el número de la cédula.
2. Anotar el lugar de procedencia.
3. Anotar la edad de la paciente.
4. Anotar la procedencia a nivel de Corregimiento
5. Anotar la paridad Grava/Para/Cesárea/Aborto: (GPCA).
6. Anotar la edad gestacional en semanas: por ejemplo 34 5/7
7. Anotar si la paciente tuvo o no control prenatal: Sin control (SC), Menor de 4 controles (< 4), cuatro controles y más (≥ 4).
8. Anotar la semana gestacional en que inició control prenatal.
9. Anotar fecha de ingreso materno al la Institución en que falleció.
10. Anotar patologías maternas asociadas.
11. Anotar fecha y lugar del parto / aborto
12. Anotar modo de terminación del embarazo: No termino (NT); Parto vaginal (PV); Cesárea (C); Aborto (A).
13. Anota momento en que ocurrió la muerte: durante el embarazo: (E); Intraparto (IP); Puerperio: Anotar el día de muerte perinatal precoz del 1° - 7° día
14. Anotar el APGAR al minuto y a los 5 minutos
15. Anotar el peso en Kg
16. Anotar la fecha y el lugar de la muerte neonatal
17. Anotar la edad gestacional estimada
18. Registrar la causa de la muerte
19. Registrar si se realizó o no la necropsia
20. Anotar observaciones pertinentes al caso.

Anexo 8. MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL FORMULARIO DE PROGRAMACIÓN – EVALUACIÓN

PROGRAMACIÓN					EVALUACIÓN									
ACTIVIDAD	UNIVERSO	POBLACIÓN META		CONCENTRACIÓN	ACTIVIDADES PROGRAMADAS	ACTIVIDADES REALIZADAS				TRIMESTRE DE GESTACIÓN DE INGRESO				
		%	Nº			TOTAL	INGRESOS NUEVAS	%	% CUMPLIMIENTO DE META	Ier T		IIº T		CONCENTRACIÓN DE CONSULTA LA
CONTROL PRENATAL	EMBARAZADAS	%	Nº	4	CONSULTAS	TOTAL	Nº	%		Nº	%	Nº	%	
VACUNAS	EMBARAZADAS	%	Nº	2ª D / R	INMUNIZADAS	TOTAL	APLICADA	PREVIA	%	TDaP	INFLUENZA	RUBEOLA		
TD														
TAMIZAJE VIH	EMBARAZADAS	%	Nº	2	PRUEBAS VIH	TOTAL	1ª	2ª	%	VIH +	TARV	RN VIH +		
TAMIZAJE SÍFILIS	EMBARAZADAS	%	Nº	2	PRUEBAS VDRL	TOTAL	1ª	2ª	%	VDRL +	TX	SÍFILIS CONG.		
SUPLEMENTACIÓN FERROSA	EMBARAZADAS	%	Nº	1	EMBARAZADAS SUPLEMENTADAS	TOTAL	Nº	%	%	ANEMIA	BAJO PESO	BAJO PESO PAC		
ATENCIÓN INSTANTÁNEA DEL PARTO	EMBARAZADAS	%	Nº	1	PARTOS ESPERADOS	TOTAL	P.V. %	CESAREAS %	NACIDOS VIVOS	ABORTOS	EMB. ADOL.	NV ADOL.		
CONTROL PUERPERA	EMBARAZADAS	%	Nº	1	CAPTACIÓN PUERPERAS	TOTAL	Nº	%	%	VAC TDaP	MUERTES MATERNAS	MFT	MNP	
PLANIFICACIÓN FAMILIAR	MEF 15 - 49	%	Nº	2	CONSULTAS	TOTAL	Nº	%	%	INY	ACO	DIU	OTRO	
TAMIZAJE CACU	M ≥ 15	%	Nº	1	PAPANICOLAOU	TOTAL	Nº	%	%	15 - 19	20 - 24	25 - 49	≥ 50 AÑOS	
COLPOSCOPIA	LIE-BG Y AG	100%	Nº	1	ESTUDIOS	TOTAL	NUEVAS	SUBSE C	%	EXAMEN CLÍNICO MAMAS	MAMOGRAFÍAS			

Instructivo de llenado

A. Programación

1. Definiciones:
 - Universo: Población objetivo de una actividad determinada según datos demográficos.
 - Población Meta: Número y porcentaje del Universo que se programa para atender, de acuerdo a los recursos disponibles, la producción anterior y las normas de atención.
 - Concentración: Frecuencia con que se debe realizar una actividad en el año según normas establecidas.
 - Actividades programadas: Total de actividades a realizar. Se multiplica la población meta por la concentración.
2. Control Prenatal:
 - Universo: Nacimientos esperados para ese periodo.
 - Población Meta: Según Norma es el 80% del universo; sin embargo puede ser establecida por la Institución o Región de Salud, de acuerdo a la producción del año anterior y el recurso disponible, procurando su incremento cada año.
 - Concentración: La norma establece un mínimo de 4 consultas.
3. Vacunas: El universo y población meta son iguales a los del Control Prenatal.
 - Concentración: 2ª dosis o Refuerzo de la Vacuna antitetánica.
 - Actividades programadas. Número de embarazadas según meta que deberán estar cubiertas con 2ª dosis o Refuerzo de TD.
4. Tamizaje de VIH: El Universo y la meta son iguales a los de Control Prenatal.
 - Concentración: 2 pruebas de VIH durante el control prenatal.
 - Actividades programadas: Población meta por 2, igual al total de pruebas de VIH programadas.
5. Tamizaje para Sífilis: El Universo y la meta son iguales a los de Control Prenatal.
 - Concentración: 2 pruebas de VDRL o RPR durante el embarazo.
 - Actividades programadas: Población meta por 2, igual al total de pruebas de VDRL o RPR programadas.
6. Suplementación con Hierro y Ácido Fólico: El universo y la meta son iguales a los del Control Prenatal.
 - Concentración: Es 1 porque la población meta debe ser igual a las actividades programadas de embarazadas con suplemento de Fe y AF.
7. Atención institucional del parto: La meta del parto institucional según las normas es del 80% del universo, sin embargo puede ser establecida por la Institución o Región de Salud de acuerdo a la producción del año anterior y el recurso disponible, procurando su incremento cada año.
8. Control Puerperal: El universo y la meta son iguales a los del Control Prenatal.
 - Concentración: Es 1 control según normas.
9. Planificación Familiar: el universo corresponde a la población femenina de 15 a 49 años; menos los embarazos esperados.
 - Población meta: Número de usuarias de Planificación Familiar del año previo, más un incremento estimado del 5 – 10%.
 - Concentración: Es de 2 consultas en el año.

10. Tamizaje por Cáncer Cervicouterino: El universo corresponde a la población femenina de 15 y más años. La población meta se establecerá con base en la población femenina de 21 a 59 años, que representa el grupo de mayor riesgo.

Concentración: Es de 1 Papanicolaou en el año.

11. Colposcopia: El universo es el número total de pacientes con LIE-BG y LIE-AG. La meta debe ser el 100%.

B. Evaluación:

1. Control Prenatal.

Actividades realizadas: Total de consultas de Control Prenatal realizadas, de Ingreso, Nuevas y Subsecuentes.

- Cobertura con base en el universo: Número de embarazadas de Ingreso al Programa, más las Nuevas en el año, dividido entre los embarazos esperados por 100.
 - Cobertura con base en la población meta: Número de embarazadas de Ingreso al Programa, más las nuevas en el año, dividido entre la población meta por 100.
2. Captación Ier Trimestre: Número de embarazadas que ingresaron al Programa en el primer trimestre de gestación entre el total de embarazadas que ingresaron al Programa por 100.
3. Captación en el II° Trimestre: Número de embarazadas que ingresaron al Programa en su segundo trimestre de gestación, entre el total de embarazadas que ingresaron al Programa por 100.
4. Concentración: Promedio de consultas por paciente. Total de consultas de control prenatal entre el número de embarazadas (Ingresos + Nuevas) en control prenatal .
5. Vacuna antitetánica: Total de embarazadas cubiertas. Incluye las que recibieron 2 dosis o Refuerzo más las que tenían vacuna previa.
- Cumplimiento de meta: Total de embarazadas cubiertas entre la población meta por 100.
 - TDaP: Anotar el número de embarazadas que recibieron una dosis de TDaP.
 - Influenza: Número de embarazadas que recibieron la vacuna contra la Influenza entre el total de embarazadas captadas por 100.
 - Rubeola: Número de embarazadas con vacuna previa contra la Rubeola entre el total de embarazadas captadas por 100.
6. Tamizaje VIH: Total de pruebas de VIH realizadas a embarazadas:
- 1ª Prueba: Número de embarazadas con una sola prueba.
 - 2ª Prueba; Número de embarazadas que se realizaron las dos pruebas según norma.
 - Cumplimiento: Número de embarazadas con dos pruebas entre el total de embarazadas captadas por 100.
 - Anotar el número de embarazadas con prueba de VIH +. Anotar el número de embarazadas VIH+ con TARV. Anotar el número de RN reportados VIH +.
7. Tamizaje por Sífilis: Total de pruebas de VDRL, RPR, realizadas.
- Número de embarazadas con una prueba realizada. Número de embarazadas con 2 pruebas realizadas.
 - Cumplimiento: Total de embarazadas con dos pruebas de VDRL realizadas entre el total de embarazadas captadas por 100.
 - Número de embarazadas VDRL +. Número de embarazadas VDRL + tratadas. Número de casos de Sífilis congénita.

8. Suplementación con Fe y AF: Total de embarazadas que recibieron suplementación.
 - Cobertura sobre el universo: Embarazadas con Fe y AF entre los embarazos esperados por 100.
 - Cobertura sobre embarazadas captadas: Embarazadas con Fe y AF entre las embarazadas captadas por 100.
 - Anemia: Número de embarazadas que recibieron dosis terapéutica entre el total de embarazadas suplementadas por 100.
 - Bajo Peso: Número de embarazadas con Dx de Bajo Peso entre el total de embarazadas captadas.
 - Número de embarazadas de bajo peso en el Programa de Alimentación Complementaria (PAC) entre el total de embarazadas de bajo peso
9. Atención del parto: Número de partos atendidos. Porcentaje de Partos Vaginales. Porcentaje de partos por Cesárea. Número de Nacidos vivos. Número de Abortos.
 - Número de embarazadas adolescentes captadas entre el total de embarazadas en control prenatal por 100.
 - Número de nacidos vivos de madres adolescentes entre el total de nacidos vivos por 100.
10. Puerperio: total de puérperas captadas. Cobertura sobre el universo: Número de puérperas captadas sobre el total de embarazos esperados por 100. Cobertura sobre las embarazadas captadas: Número de puérperas captadas entre el número de embarazadas captadas por 100.
11. TdaP : Número y porcentaje de puérperas que recibieron la TDaP.
12. Número de Muertes Maternas. Número de Muertes fetales tardías. Número de Muertes Neonatales Precoces.
13. Planificación Familiar: Número de consultas realizadas de PF.
 - Número de usuarias de PF captadas (Ingresos + Nuevas). Cobertura sobre el universo (MEF) y cobertura sobre la población meta.
 - Número de usuarias con método hormonal inyectable, con anticonceptivos orales, con DIU y con otros métodos.
14. Tamizaje CACU: Número de Papanicolaou realizados. Cobertura sobre el universo. Cobertura sobre la población meta.
 - Número de PAP según grupos de edad: 15 – 19, 20 – 24, 25 – 49, 50 y +
 - Confirmación diagnóstica: Número de Colposcopías realizadas. Nuevas. Subsecuentes (de seguimiento y control)
15. Tamizaje Ca Mamas: Número de Exámenes clínicos de mamas realizados. Número de Mamografías realizadas a mujeres ≥ 40 años

Anexo 9 MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

HCPB CONSULTORIA



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL



HISTORIA CLINICA PERINATAL CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	ETNIA	ALFA BETA	ESTUDIOS	ESTADO CIVIL	Lugar del control prenatal
DOMICILIO		dia mes año	blanca no indígena no mestiza no negra no otra no	ninguno no primaria no secund. univers. no años en el mayor nivel no	casada unión estable soltera otra	Lugar del parto/aborto	N° Identidad
LOCALIDAD	TELEF.	EDAD (años)					

ANTECEDENTES	FAMILIARES	PERSONALES	OBSTETRICOS	gestas previas	abortos	vaginales	nacidos vivos	viven	FIN EMBARAZO ANTERIOR
	TBC, diabetes, hipertensión, pre eclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave	TBC, diabetes, hipertensión, pre eclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave, VIH+	gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos	gestas previas, abortos, vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos	abortos, vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos	vaginales, nacidos vivos, nacidos muertos	nacidos vivos, nacidos muertos	viven, nacidos muertos	FIN EMBARAZO ANTERIOR, EMBARAZO PLANEADO, FRACASO METODO ANTICONCEP.

GESTACION ACTUAL	EG CONFIABLE	FUMA ACT	FUMA PAS	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	ANTIRUBEOLA	ANTITETANICA	EX. NORMAL
PESO ANTERIOR, TALLA (cm), FPP, FUM, dia mes año	FUM Eco <20 s.	1° trim, 2° trim, 3° trim	FUMA PAS	DROGAS	ALCOHOL	VIOLENCIA	ANTIRUBEOLA	ANTITETANICA	EX. NORMAL

CERVIX	GRUPO	Rh	Immuniz.	TOXOPLASMOSIS	Hb <20 sem	Fe/FOLATOS	Hb ≥20 sem	VIH - Diag - Tratamiento	SIFILIS
Insp. visual, PAP, COLP	GRUPO, Rh, Immuniz.	Rh	Immuniz.	TOXOPLASMOSIS	Hb <20 sem	Fe/FOLATOS	Hb ≥20 sem	VIH - Diag - Tratamiento	SIFILIS

CONSULTAS ANTENATALES	dia mes año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Inicio Técnico	próxima cita
------------------------------	-------------	------------	------	----	----------------	---------------	-----------	----------------	--------------	--	----------------	--------------

PARTO	ABORTO	HOSPITALIZ. en EMBARAZO	CORTICOIDES ANTENATALES	INICIO espontáneo	ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO	EDAD GEST. al parto	PRESENTACION SITUACION	TAMAÑO FETAL ACORDE	ACOMPANANTE
FECHA DE INGRESO	CONSULTAS PRE-NATALES total	HOSPITALIZ. en EMBARAZO	CORTICOIDES ANTENATALES	INICIO espontáneo	ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO	EDAD GEST. al parto	PRESENTACION SITUACION	TAMAÑO FETAL ACORDE	ACOMPANANTE

TRABAJO DE PARTO	hora min posición de la madre PA pulso contr./10' dilatación altura present. variedad posic. meconio FCF/dips	ENFERMEDADES	HTA previa, HTA inducida embarazo, pre eclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes	HTA previa, HTA inducida embarazo, pre eclampsia, eclampsia, cardiopatía, nefropatía, diabetes	infec. ovular, infec. urinaria, amenaza parto preter., R.C.I.U., anemia, otra cond. grave	HEMORRAGIA 1° trim., 2° trim., 3° trim., postparto	TDP, VIH, Sifilis
-------------------------	---	---------------------	--	--	---	--	-------------------

NACIMIENTO	VIVO	hora min dia mes año	MUERTO	parto ignora momento	MULTIPLE	TERMINACION	INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO
NACIMIENTO	VIVO	hora min dia mes año	MUERTO	parto ignora momento	MULTIPLE	TERMINACION	INDICACION PRINCIPAL DE INDUCCION O PARTO OPERATORIO

POSICION PARTO	DESGARROS	OCITOCICOS	PLACENTA	LIGADURA CORDON	RECIMINACION	FALLECE EN LUGAR DE PARTO	ATENDIDO	NEONATO	PUERPERIO
POSICION PARTO	DESGARROS	OCITOCICOS	PLACENTA	LIGADURA CORDON	RECIMINACION	FALLECE EN LUGAR DE PARTO	ATENDIDO	NEONATO	PUERPERIO

RECIBIENDO	SEXO	PESO AL NACER	P. CEFALICO	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR	TAMIZAJE NEONATAL	ANTIRUBEOLA	ANTICONCEPCION
RECIBIENDO	SEXO	PESO AL NACER	P. CEFALICO	EDAD GESTACIONAL	PESO E.G.	APGAR	TAMIZAJE NEONATAL	ANTIRUBEOLA	ANTICONCEPCION

EGRESO RN	EGRESO MATERNO	CONSEJERIA
EGRESO RN	EGRESO MATERNO	CONSEJERIA

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

Descripción de códigos en el reverso

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

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	J30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HIALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Persistencia de la circulación fetal	P29.3
05 Preeclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preeclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Taquipnea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	56 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4	HIPERBILIRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0	08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION URINARIA	O23.0-O23.4	09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P55.1
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7	10 Ictericia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
61 OTRAS INFECCIONES	O98.0, B06.0-B54.0	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	O98.1	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonoreya complicando EPP	O98.2	19 Anemia falciforme	D57.0-D57.2 y D57.8
11 Malaria	B50-B54	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	INFECCIONES	
63 Hepatitis viral	O98.4	14 Diarrea	G00
64 TBC complicando EPP	O98.0	15 Meningitis	P38
60 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	17 Conjuntivitis	P39.4, L00
77 Chagas	O98.6	59 Infecciones de la piel del recién nacido	P36
78 Toxoplasmosis	O98.8	18 Septicemia	(resto del P35-P39)
66 RESTRICCION DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	49 Tétanos neonatal	A33
13 Incompetencia cervical	O34.3	60 Sífilis congénita	A50
68 DESPROPORCION CEFALOPELVICA	O64, O65, O69	61 Enfermedades congénitas virales	P35
14 Parto obstructo por malposición y anomalía de la presentación del feto	O64	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
15 Parto obstructo debido a anomalía pélvica materna	O65	69 Citomegalovirus (CMV)	P35.1
16 Otros partos obstructos por causa fetal	O66	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	39 HIV positivo	R75
17 Mola hidatiforme	O01	80 Chagas	B57
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
19 Embarazo ectópico	O00	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	33 Hidrocefalia adquirida	G91
21 Amenaza de aborto	O20.0	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE	J44.1	35 Trauma obstétrico con lesión intracranial, del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
22 Placenta previa con hemorragia	O45	36 Hemorragia intracraniana no traumática	P52
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O46.0	37 Convulsiones	P90
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O71.0, O71.1	71 Encefalopatía Hipóxico Isquémica	P21
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.3	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O99.0	METABOLICA/NUTRICIONAL	
71 ANEMIA	D50	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
27 Anemia por deficiencia de hierro	D57.0-D57.2 y D57.8	45 Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	66 OTRAS PATOLOGIAS RN	
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86	40 Retinopatía de la prematuridad	H35
29 Sepsis puerperal	O85	41 Herida inguinal	K40
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72		
31 Placenta retenida	O72.0, O72.2		
32 Útero atónico	O72.1		
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.0, O70.1		
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3		
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)		
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0		
36 Hiperemesis gravídica	O21		
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en N00-N39)		
38 Dependencia de drogas	F10-F19		
39 Sufriamiento fetal	O68		
40 Polihidramnios	O40		
41 Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0		
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69		
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74		
44 Embolismo obstétrico	O88		
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0		
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1		
47 SIDA	B20-B24		
76 HIV positivo	R75		
48 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53		
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50		
INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCION			
01 Cesárea previa	14 Posición transversa		
02 Sufriamiento fetal agudo	15 Ruptura prematura de membranas		
03 Desproporción cefalo-pélvica	16 Infección ovular (sospechada o confirmada)		
04 Alteración de la contractilidad	17 Placenta Previa		
05 Parto prolongado	18 Abrupto placentae		
06 Fracaso de la inducción	19 Ruptura uterina		
07 Desceso detenido de la presentación	20 Preeclampsia y eclampsia		
08 Embarazo múltiple	21 Herpes anogenital		
09 R.C.I.U.	22 Condilomatosis genital		
10 Parto de pretérmino	23 Otras enfermedades maternas		
11 Parto de postérmino	24 Muerte fetal		
12 Presentación podálica	25 Madre exhausta		
13 Posición posterior	26 Otras	76 VIH	
MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO			
01 Lidocaína o similar	16 Inhibidores de Prostaglandinas		
02 Aminas simpatomiméticas	17 Antagonistas del calcio		
03 Gases anestésicos (pentrane-fluorano-óx. nitroso)	18 Sulfato de magnesio		
04 Barbitúricos	19 Hidralazina		
05 Relajantes musculares	20 Beta bloqueantes		
06 Diazepóxidos	21 Otros antihipertensivos		
07 Meperidina	22 Sangre y derivados		
08 Espasmolíticos	23 Heparina		
09 Oxitocina	24 Corticoides		
10 Prostaglandinas	25 Cardiotónicos		
11 Betalactámicos (Penicinas-cefalosporinas)	26 Diuréticos		
12 Aminoglicósidos (gentamicina-amykacina)	27 Aminofilina		
13 Eritromicina	28 Insulina	31 Antiretrovirales	
14 Metronidazol	29 Difenhidantoina	32 Sulfadoxina-Pirimetamina	
15 Betamimético	30 Otros	33 Cloroquinas	
ANOMALIAS CONGENITAS			
120 Anencefalia	Q00.0		
121 Espina bífida/Meningocele	Q05, Q07.0		
122 Hidranencefalia	Q04.3		
123 Hidrocefalia	Q03		
124 Microcefalia	Q02		
125 Holoprosencefalia	Q04.2		
127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	Q04, Q06		
128 Tronco arterioso	Q20.0		
129 Transposición grandes vasos	Q20.3		
130 Tetralogía de Fallot	Q21.3		
131 Ventrículo único	Q20.4		
132 Doble tracto de salida de vent. derecho	Q20.1		
133 Canal atrio-vent. completo	Q21.2		
134 Atresia pulmonar	Q22.0		
135 Atresia tricúspide	Q22.4		
136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	Q23.4		
137 Coartación de aorta	Q25.1		
138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	Q26.2		
139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	Q24, 28, 34		
140 Paladar hendido	Q35		
141 Fístula traqueo-esofágica	Q39.1		
142 Atresia esofágica	Q39.0, Q39.1		
143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9		
144 Ano imperforado	Q42.3		
145 Onfalocoele	Q79.2		
146 Gastroquisis	Q79.3		
147 Atresia duodenal	Q41.0		
148 Atresia yeyunal	Q41.1		
149 Atresia ileal	Q41.2		
150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43, 45		
151 Genitales malformados	Q50-58		
152 Agenesia Renal bilateral	Q60.1		
153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	Q61.1-61.9		
154 Hidronefrosis congénita	Q62.0		
155 Extrofia de la vejiga	Q54		
156 Otras anomalías nefrouriarias	Q63.64		
157 Trisomía 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6		
158 Trisomía 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2		
159 Síndrome de Down	Q90		
160 Otras anomalías cromosómicas	Q92, 97-99		
126 Labio hendido	Q36		
161 Polidactilia	Q69		
162 Sindactilia	Q70		
163 Displasia esquelética	Q77-78		
164 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	Q66.8		
165 Hernia Diafragmática	Q79.0		
166 Hidrops fetal	P56, P83.2		
167 Oligoamnios severo	P01.2		
168 Otras anomalías musculoesqueléticas	Q68, 74, 75, 79		
169 Anomalías tegumentarias	Q82.84		

Anexo 10 MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

TARJETA DE CONTROL PRENATAL

salud		MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL										C.A.S.																	
CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS				FECHA DE NACIMIENTO		ETNIA		ALFA BETA		ESTUDIOS		ESTADO CIVIL		Lugar del control prenatal															
NOMBRE		APELLIDO		dia mes año		blanca indígena mestiza negra otra		ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel		casada unión estable soltera otro vive sola		Lugar del parto/aborto		N° Identidad															
DOMICILIO		TELEF.		EDAD (años)																									
LOCALIDAD				< de 15 > de 35																									
ANTECEDENTES				OBSTETRICOS		gestas previas		abortos		vaginales		nacidos vivos		viven															
FAMILIARES: TBC, diabetes, preeclampsia, eclampsia, otra cond. médica grave				PERSONALES: genito-urinaria, infertilidad, cardiopat., nefropatía, violencia, VIH+				ULTIMO PREVIO: n/c, <2500g, normal, *4000g		3 espont. consecutivos		partos		cesáreas		nacidos muertos													
FIN EMBARAZO ANTERIOR: día mes año				EMBARAZO PLANEADO: no, si				FRACASO METODO ANTICONCEP.: DIU, barrera, DIU, hormo, natural																					
GESTACION ACTUAL				EG CONFIABLE por FUM		FUMA ACT.		FUMA PAS.		DROGAS		ALCOHOL		VIOLENCIA		ANTIRUBEOLA		ANTITETANICA		EX. NORMAL									
PESO ANTERIOR		TALLA (cm)		Eco <20 s.		1° trim		2° trim		3° trim																			
CERVIX		GRUPO Rh		TOXOPLASMOSIS		Hb <20 sem		Fe/FOLATOS		Hb ≥20 sem		VIH - Diag - Tratamiento		SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento															
Insp. visual		+ / - / no		<20sem IgG		g /		no / si		no / si		solicitada / resultado		Prueba / Tratamiento															
PAP		y globulina anti D		1° consulta IgM		<11.0 g/dl		no / si		<11.0 g/dl		No / n/c		no / si / s/d / n/c															
COLP		no / si / n/c		GLUCEMIA EN AYUNAS		ESTREPTOCOCO B		PREPARACION PARA EL PARTO		CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA		≥20 sem solicitada		Prueba / Tratamiento															
CHAGAS		PALUDISMO/MALARIA		BACTERIURIAS		≥105 mg/dl		no / si		no / si		No / n/c		no / si / s/d / n/c															
no / si / hizo		no / si / hizo		sem. / normal / anormal / no se hizo		no / si / no se hizo		no / si		no / si		No / n/c		no / si / s/d / n/c															
CONSULTAS ANTE-NALES		edad gest.		peso		P A		altura uterina		presen tación		FCF (lpm)		movim. fetales		protei nuria		signos de alarma, exámenes, tratamientos		Iniciales Técnico		próxima cita							
PARTO		ABORTO		HOSPITALIZ. en EMBARAZO		CORTICOIDES ANTE-NALES		INICIO espontáneo		ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO		EDAD GEST. al parto		PRESENTACION SITUACION		TAMANO FETAL ACORDE		ACOMPANANTE TDP		P									
FECHA DE INGRESO		CONSULTAS PRE-NALES total		no / si / días		completo / incompl. / ninguna / n/c		inducido / cesar. elect.		hora / min		semanas / días		cefálica / pelviana / transversa		no / si		pareja / familiar / otro / ninguno											
NACIMIENTO		VIVO		hora / min / día / mes / año		MÚLTIPLE orden / fetos		HTA previa		HTA inducida		infec. ovular		infec. urinaria		pre eclampsia		eclampsia		cardiopatía		nefropatía		diabetes					
MUERTO		parto		MULTIPLE orden / fetos		INDUC. / OPER.		ninguna / 1 o más		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si					
TERMINACION		INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION		espont. / forceps / cesárea / vacuüm		INDUC. / OPER.		ninguna / 1 o más		HTA inducida		infec. urinaria		pre eclampsia		eclampsia		cardiopatía		nefropatía		diabetes		diabetes					
POSICION PARTO		DESGARROS		OCITOCICOS		PLACENTA		LIGADURA CORDON		ocitocicos en TDP		antibiot.		analgesia		anest. local		anest. region.		anest. gen.		transfusión		otros					
sentada / acostada / cucullas		Grado (1 a 4)		prealumb. / postalumb.		completa / retenida		precoz / retenida		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si					
RECIEÑ NACIDO		P. CEFALICO cm		EDAD GESTACIONAL		PESO E.G.		APGAR (min)		estímulac.		FALLECE en LUGAR de PARTO		ATENDIO médico		obst.		enf.		auxil.		estud.		empir.		otro		Nombre	
SEXO		PESO AL NACER		sem. / días		adec. / peq. / gde.		1° / 5°		no / si		no / si		PARTO		NEONATO		PUERPERIO		REFERIDO		Meconio		Antirubeola		ANTICONCEPCION			
f / m		<2500 g / ≥4000 g		ESTIMADA		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si			
DEFECTOS CONGENITOS		ENFERMEDADES		VIH en RN		TAMIZAJE NEONATAL		VDRL		TSH		Hbpatia		Bilirub		Toxo IgM		Meconio		Antirubeola		y globulina anti D		CONSEJERIA		METODO ELEGIDO			
no / menor / mayor		ninguna / 1 o más / código		no / si / s/d / n/c		no / si / no se hizo		no / si / no se hizo		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si		no / si / n/c		no / si / n/c		DIU post-evento / DIU / barrera / hormonal / ninguno		ligadura tubaria / natural / otro			
EGRESO RN		vivo / fallece		traslado		fallece durante o en lugar de traslado		EDAD AL EGRESO días completos		ALIMENTO AL ALTA		Boca arriba		EGRESO MATERNO		traslado		lugar											
día / mes / año / hora / min		no / si		no / si		no / si		<1 día		lact. excl. / parcial / artificial		no / si		día / mes / año		no / si		no / si											
Id. RN		Nombre Recién Nacido		Responsable																									

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

Anexo 11 MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL

HCPB AMBULATORIO-HOSPITALARIA



MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL



CARNÉ PERINATAL - CLAP/SMR - OPS/OMS

NOMBRE _____ **APPELLIDO** _____

DOMICILIO _____ **TELEF.** _____

LOCALIDAD _____ **EDAD (años)** _____

ETNIA blanca indígena mestiza negra otra

ALFA BETA no sí

ESTUDIOS ninguno primaria secund. univers. años en el mayor nivel _____

ESTADO CIVIL casada unión estable soltera otro vive sola no sí

Lugar del control prenatal _____

Lugar del parto/aborto _____

N° Identidad _____

ANTECEDENTES

FAMILIARES TBC diabetes hipertensión preclampsia eclampsia otra cond. médica grave

PERSONALES cirugía genito-urina infertilidad cardiopat. nefropatía violencia VIH+

OBSTETRICOS gestas previas abortos vaginales nacidos vivos cesáreas nacidos muertos

ULTIMO PREVIO n/c <2500g normal >4000g

3 espont. consecutivos emb. ectópico

partos **cesáreas**

FIN EMBARAZO ANTERIOR día _____ mes _____ año _____ **menos de 1 año**

EMBARAZO PLANEADO no sí

FRACASO METODO ANTICONCEP DIU hormonal barrera natural

GESTACION ACTUAL

PESO ANTERIOR _____ Kg **TALLA (cm)** _____

EG CONFIABLE por FUM Eco <20 s. sí no

FUMA ACT. no sí

FUMA PAS. no sí

DROGAS no sí

ALCOHOL no sí

VIOLENCIA no sí

ANTIRUBEOLA previa no sabe embarazo

ANTITETANICA vigente sí no

EX. NORMAL ODONT. sí no

CERVIX normal anormal no se hizo

GRUPO Rh Inmuniz.

TOXOPLASMOSIS <20sem IgG >20sem IgG

Hb <20 sem _____ g

Fe/FOLATOS indicados no sí

Hb ≥20 sem _____ g

VIH - Diag - Tratamiento <20 sem solicitada Prueba result. TARV en emb.

SIFILIS - Diagnóstico y Tratamiento Prueba treponémica sí no

CHAGAS no sí no se hizo

PALUDISMO/MALARIA no sí no se hizo

BACTERIURIA sem. normal anormal no se hizo

GLUCEMIA EN AYUNAS <20 sem ≥30 sem

ESTREPTOCOCO B 35-37 semanas no sí

PREPARACION PARA EL PARTO no sí

CONSEJERIA LACTANCIA MATERNA no sí

CONSULTAS ANTE-NA-TALES

día	mes	año	edad gest.	peso	PA	altura uterina	presen tación	FCF (lpm)	movim. fetales	protei nuria	signos de alarma, exámenes, tratamientos	Iniciales Técnico	próxima cita

PARTO **ABORTO**

FECHA DE INGRESO día _____ mes _____ año _____

CONSULTAS PRE-NA-TALES total _____ días

HOSPITALIZ. en EMBARAZO _____ días

CORTICOIDES ANTE-NA-TALES completo incompl. ninguna

INICIO espontáneo inducido

ROTURA DE MEMBRANAS ANTEPARTO no sí

EDAD GEST. al parto <37 sem ≥37 sem

PRESENTACION SITUACION cefálica pelviana transversa

TAMANO FETAL ACORDE no sí

ACOMPANANTE pareja familiar otro ninguno

NACIMIENTO VIVO MUERTO

TERMINACION espont. fórceps cesárea otra

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION _____

ENFERMEDADES HTA previa HTA inducida preeclampsia eclampsia cardiopatía nefropatía diabetes

infección ovular urinaria parto pretér. R.C.I.U. rotura prem. de membranas anemia otra cond. grave

HEMORRAGIA 1° trim. 2° trim. 3° trim. postparto

POSICION PARTO sentada acostada

DESGARROS Grado (1 a 4) _____

OCITOCICOS prealubr. postalubr.

PLACENTA completa retenida

LIGADURA CORDON precoz no sí

MEDICACION RECIBIDA octógenos en TDP antibiot. analgesia anest. local anest. región. anest. geral. transfusión

RECIE-NAC-I-D-O

SEXO f m

PESO AL NACER _____ g

LONGITUD _____ cm

EDAD GESTACIONAL sem _____ días _____

PESO E.G. adec. peq. gde.

APGAR 1° (min) _____ 5° (min) _____

FALLECE en LUGAR DE PARTO no sí

REFERIDO alq. neonat. otro con. tolog. hosp.

ATENDI-O médico obst. enf. auxil. estud. empir. otro

NEONATO **PUERPERIO** día _____ hora _____ T°C _____ PA _____ pulso _____ invol. uter. _____ loquios _____

DEFECTOS CONGENITOS no menor mayor

ENFERMEDADES ninguna 1 o más

VIH en RN expuesto no

TAMIZAJE NEONATAL VDRL TSH Hbpatia Bilirrub Toxo IgM

Antirubeola post parto no sí

ANTICONCEPCION DIU post-evento DIU barrera hormonal

EGRESO RN vivo fallece

ALIMENTO AL ALTA lact. excl. parcial artificial

EGRESO MATERNO traslado lugar _____

Nombre Recién Nacido _____ **Responsable** _____

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

CPESANP (PANAMA) 05/11

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se la ubica en la gráfica y se comparan los valores obtenidos con los centiles (P10, P25 y P90) graficados.

OBSERVACIONES

MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL	
<p>FORMULARIO PERINATAL - CLAP/SMR OPS/OMS</p> <p>FECHA DE NACIMIENTO: _____</p> <p>ESTADO CIVIL: _____</p> <p>EDAD MATERNA: _____</p> <p>ESTADO DE SALUD: _____</p> <p>FECHA DE INGRESO: _____</p> <p>FECHA DE EGRESO: _____</p> <p>DIAGNÓSTICO: _____</p> <p>OTRO: _____</p>	<p>PERSONAL: _____</p> <p>PROCESO: _____</p> <p>EVOLUCIÓN: _____</p> <p>COMENTARIOS: _____</p>



Centro Latinoamericano de Perinatología
Salud de la Mujer y Reproductiva
CLAP/SMR
www.clap.ops-oms.org

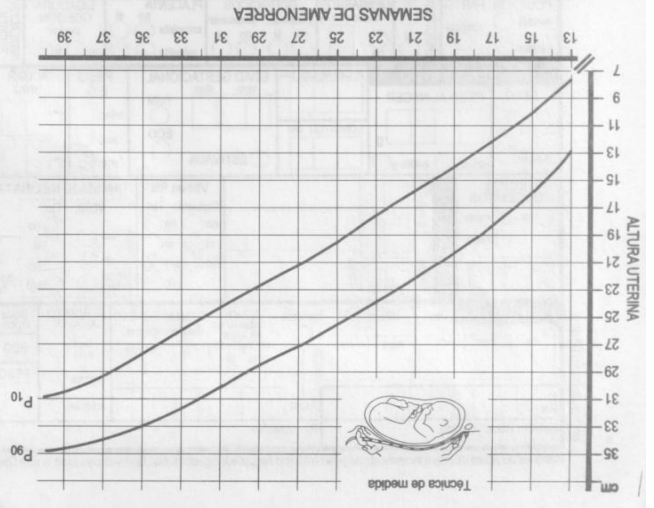
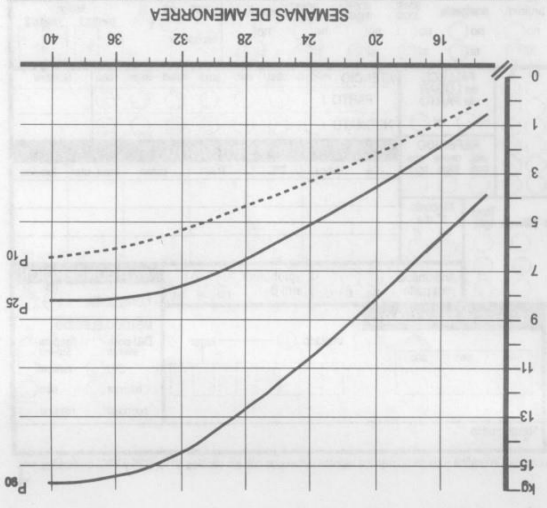
EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes				

HOSPITALIZACIÓN

INGRESO	Día	Mes		
EGRESO	Día	Mes		

OBSERVACIONES



La información aquí contenida es propiedad de la gestante y no podrá ser difundida a terceros, al amparo de las disposiciones vigentes sobre privacidad de la información médica.

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

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

Uso Ambulatorio

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

Uso Hospitalario

1. El Director Médico del Hospital, Maternidad o Centro materno-infantil es el responsable del uso correcto de la HCPB por parte del personal de la institución.

2. Se utilizará la Historia Clínica Perinatal en el hospital, en casos de terminación del embarazo por: aborto, parto vaginal o por cesárea.
3. Toda embarazada que ingresa debe presentar su carné o tarjeta de control prenatal. Si la paciente no tiene carné o tarjeta de control prenatal, se le llenará la misma HCPB en el hospital y servirá de contrarreferencia a su egreso.
4. La información de la tarjeta de control prenatal o carné perinatal, será utilizada en el hospital para registrar la información de la atención que se le brinde a la paciente hasta su egreso. Al alta de la paciente se transcribirá o fotocopiará la HCPB. La copia permanecerá en el expediente y se devolverá la tarjeta de control prenatal a la paciente como contrarreferencia.
5. En las instituciones donde se está utilizando la Historia Clínica Post-aborto, se le entregará copia de la misma a la paciente como contrarreferencia. .
6. El código del establecimiento de origen donde se controló la paciente y el código del establecimiento donde se atiende el parto son imprescindibles para realimentar al nivel regional/local y no deben faltar.
7. Todos los círculos y cuadros deben ser llenados con cruces. Los rectángulos con números del cero (0) en adelante. No dejar preguntas sin respuesta, excepto si no se realiza la actividad.
8. Reforzar en la madre que lleva la información del parto, del puerperio y también del recién nacido sano y que debe salir con su tarjeta y presentarla tanto a control de puerperio, como del recién nacido.
9. El Pediatra que pasa visita en Sala de Puerperio debe buscar en el expediente de la madre los datos que necesita para el llenado de la parte que le corresponde y verificar que los datos del recién nacido estén completos.
10. Se sincronizará la visita a Sala de Puerperio por Ginecólogos y Pediatras a fin de que comiencen en los extremos opuestos de la Sala y no deban competir por el expediente de la madre para garantizar durante la visita el llenado de los datos que les competen.
11. La tarjeta de control prenatal o carné perinatal se anexará al expediente de la madre mientras dure su hospitalización el cual deberá estar llenado en su totalidad para ser entregado a la púerpera a su egreso como contrarreferencia.
12. Se asignará una persona en cada sala para que revise la calidad del llenado de la HCPB.
13. En caso de aborto y si la paciente no tuvo control prenatal, la referencia se hará en la hoja de la HCPB o en la Historia Clínica Post-aborto y debe incorporarse esta información a la base de datos del Sistema Informático Perinatal (SIP).

14. Las muertes maternas, independientemente de que hayan sido trasladadas de otra institución o de otra Región, deben ser ingresados los datos de la HCPB en el SIP. El código de la institución que trasladó a la paciente representa el código de origen.
15. La tarjeta de control prenatal o carné perinatal no entregada en la sala al egreso de la puérpera, deberá ser enviada a la Jefatura de Obstetricia quien coordinará con Materno Infantil del Nivel Regional para su envío o recolección periódica y para su distribución al nivel local.

Recién nacido hospitalizado

1. Se adjuntará una transcripción o copia de la Tarjeta de Control Prenatal al expediente clínico del RN hospitalizado y se completará al egreso del mismo.
2. El expediente de la madre que egresa sin su niño, por hospitalización del mismo, se mantendrá retenido en Registros Médicos hasta el egreso del niño, cuando se devuelve la HCPB al expediente materno. A la madre se le entregará su Tarjeta de Control Prenatal (Carné Perinatal).
3. Los recién nacidos hospitalizados, a su egreso recibirán una contrarreferencia propia con una epicrisis completa.
4. Registros Médicos solicitará diariamente los egresos de los recién nacidos hospitalizados y rescatará la HCPB que deberá tener llenados los datos del niño y de su egreso.
5. Una vez grabada la información en el SIP, Registros Médicos reintegrará la HCPB al expediente materno y se archivará el mismo.

Registro de Muertes Maternas en sala no obstétrica

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

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

1. El funcionario capacitado y el equipo de cómputo para grabar los datos, deberá estar preferiblemente en el hospital de maternidad, en el área de Registros Médicos.

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

Impresión de la HCPB

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

Anexo 12

Formulario Admisión por Aborto

9

Este color significa ALERTA (no indica necesariamente riesgo ni prácticas inadecuadas)

ADMISIÓN POR ABORTO		CONSULTAS PRENATALES	HOSPITALIZ en EMBARAZO	EDAD GESTACIONAL	ACOMPAÑANTE	PROCEDENCIA	TRANSPORTE
FECHA DE INGRESO		total	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	semanas <input type="text"/> días <input type="text"/>	pareja <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>	TRASLADO DESDE OTRO SERVICIO	personal <input type="radio"/> ambulancia <input type="radio"/>
<input type="text"/>		<input type="text"/>	días <input type="text"/>	por FUM <input type="radio"/> por ECO <input type="radio"/>	familiar <input type="radio"/> ninguno <input checked="" type="radio"/>	no <input type="radio"/> sí <input checked="" type="radio"/>	establ/emerg <input type="radio"/> desconocido <input type="radio"/>
PRE-PROCEDIMIENTO		SIGNOS VITALES	LABORATORIO	VDRL/RPR	TTO. SIFILIS	VIH	SINTOMATOLOGIA
PULSO	PRESION ARTERIAL	F Resp > 16	HEMOGLOBINA	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> no se hizo	no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/> n/c <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> no se hizo	Días y Horas
<input type="text"/>	<input type="text"/>	TEMPERAT. $\geq 38^{\circ}\text{C}$	<10.0 g/dL	LEUCOCITOS	PLAQUETAS	desde el inicio del 1° sintoma	infección genital <input type="radio"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	g/dL	por microlitro	<100 mil		infección pelviana <input type="radio"/>
EXAMEN CLINICO	PIEL Y MUCOSAS	ABDOMEN	EXAMEN GINECOLOGICO	ECO	ANALGESIA	SANGRADO	DIAGNOSTICO
CONCIENCIA	normal <input type="radio"/> viscerom <input checked="" type="radio"/>	normal <input type="radio"/> rebote <input checked="" type="radio"/>	UTERO POR EXAMEN BIMANUAL	no <input type="radio"/> sí <input type="radio"/>	Solicitada <input type="radio"/> Realizada <input type="radio"/>	leve <input type="radio"/> moderado <input checked="" type="radio"/> severo <input type="radio"/>	Estado del aborto actual
lúcida <input type="radio"/> soporosa <input checked="" type="radio"/> excitada <input checked="" type="radio"/> comatosa <input checked="" type="radio"/>	pálida <input checked="" type="radio"/> equimosis <input checked="" type="radio"/> Petequias <input checked="" type="radio"/> ictencia <input checked="" type="radio"/>	distendido <input checked="" type="radio"/> signos perit intestinal <input checked="" type="radio"/>	Tamaño <input type="text"/> Posición AVF <input type="radio"/> medio <input type="radio"/> RVF <input checked="" type="radio"/> Cuello cerrado <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> Restos s/d <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> Vagina normal <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>	Tamaño útero <input type="text"/> mm	Realizada <input type="radio"/>	no <input type="radio"/> leve <input type="radio"/> moderado <input checked="" type="radio"/> severo <input type="radio"/>	completo <input type="radio"/> se desconoce <input checked="" type="radio"/> incompleto <input checked="" type="radio"/> no aplica <input type="radio"/>
							Tipo
							espont. terap. fallido frusto <input type="radio"/>
							emb. no viable <input type="radio"/> no especif. terap. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>
							hemorragia excesiva <input type="radio"/>
							shock hipovolémico <input type="radio"/>
							perforación desgarro o daño vaginal <input type="radio"/>
							uterino <input type="radio"/>
							pelvico <input type="radio"/>
							otro <input type="radio"/>
TRATAMIENTO / PROCEDIMIENTO		MADURACION CERVICAL	EVACUACION UTERINA	examen partos proced. quirof. otro	MEDICACION RECIBIDA	AMBIENTE	COD DIAG CIE 10
FECHA DE PROCEDIMIENTO		No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/>	proced. <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	Admisión <input type="text"/>
<input type="text"/>		prostaglandinas <input type="radio"/> dilat osmótico/laminaria <input type="radio"/>	AMEU <input type="radio"/> AEU <input type="radio"/> LUI <input type="radio"/> MED <input type="radio"/>	quirof. <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	otro <input type="radio"/>	RESPONSABLE
HALLAZGOS		TAMAÑO UTERINO		ANATOM. PATOLOGICA		COMPLICACIONES intraoperatorias	
EMB <input type="text"/> sem <input type="text"/> Histerometria <input type="text"/> cm <input type="text"/>		ANEXOS NORMALES <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/>		escasos <input type="radio"/> moderados <input type="radio"/> abundantes <input checked="" type="radio"/> inspeccionados <input type="radio"/> no <input checked="" type="radio"/> si <input type="radio"/>		Quirúrgicas: sangrado excesivo <input type="radio"/> laceración cerv./vag. <input checked="" type="radio"/> laceración uter./intest. <input checked="" type="radio"/>	
OTROS PROCEDIMIENTOS		REPARACION		RESPONSABLE		Anestésicas: reacción adversa <input type="radio"/> convulsión <input type="radio"/> paro cardiaco <input type="radio"/>	
Reparación lac. utero <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>		Reparación les. cerv./vag. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>		histerect. <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/> tto. sepsis <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>		otra <input type="radio"/> especificar <input type="text"/>	
POST-PROCEDIMIENTO		Consejería/Información		EGRESO		TIPO DE EGRESO	
FECHA		oral <input type="radio"/> escrito <input type="radio"/> ning <input checked="" type="radio"/>		fecha		fallece <input type="radio"/> contra voluntad médica <input type="radio"/>	
<input type="text"/>		firmado del responsable <input type="text"/>		<input type="text"/>		sana <input type="radio"/> c/patología <input checked="" type="radio"/>	
tensión arterial <input type="text"/> pulso <input type="text"/> temp. <input type="text"/> sangr. <input type="text"/> dolor <input type="text"/>		signos de alarma <input type="radio"/> anticoncepción <input type="radio"/> cita de seguimiento <input type="radio"/>		Tto. atb. prof. <input type="radio"/> atb. terap. <input type="radio"/> analg. <input type="radio"/> otro <input type="radio"/> ning. <input type="radio"/>		egreso médico <input type="radio"/> fuga <input checked="" type="radio"/> NA <input type="radio"/> muerte <input type="radio"/>	
		cita de control de seguimiento <input type="text"/>		CONFIRMACIÓN DE DIAGNÓSTICO		COMPLICACIONES	
				estado del aborto <input type="text"/>		infección genital/pelvis <input type="radio"/>	
				diagnóstico final <input type="text"/>		daño órgano pélvico, etc. <input type="radio"/>	
				diagnóstico final <input type="text"/>		hemorragia tardía/excesiva <input type="radio"/>	
				diagnóstico final <input type="text"/>		Shock (no séptico) <input type="radio"/>	
ANTICONCEPCION		Complicaciones postop.		Código diag. CIE-10 (EGRESO)		AUTOPSIA	
Inició MAC <input type="radio"/> No <input checked="" type="radio"/> Si <input type="radio"/>		ninguna <input type="radio"/> Infección <input checked="" type="radio"/>		<input type="text"/>		No <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> NA <input type="radio"/>	
ACO "píldora" <input type="radio"/> pref. acce. <input type="radio"/> otro hormonal (anillo vaginal, parche, AE) <input type="radio"/>		Anemia <input type="radio"/> Otra <input type="radio"/>				Otra especifique <input type="text"/>	
Inyectable <input type="radio"/> pref. acce. <input type="radio"/> otro método barrera <input type="radio"/>		RESPONSABLE		ANTIRUBEOLA vigente <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>		REFERIDA <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Si <input checked="" type="radio"/>	
implante <input type="radio"/> pref. acce. <input type="radio"/> condón <input type="radio"/> abstinencia <input type="radio"/>				psico logia <input type="radio"/> adoles cencia <input type="radio"/> infert ilidad <input type="radio"/> otro <input type="radio"/>		especifique <input type="text"/>	

HCPESAVP (aborto) 03/09

Anexo 13.

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO

(Lea las instrucciones al reverso)

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

CERTIFICADO DE NACIMIENTO VIVO
(Use uno para cada niño que nace vivo)

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

DATOS DEL NIÑO

1. Nombre(s) y Apellido(s): _____		
2. Sexo: Hombre... <input type="checkbox"/> 1 Mujer... <input type="checkbox"/> 2	3. Lugar de nacimiento: _____ Distrito _____ _____ Corregimiento _____ Lugar poblado _____	4. Fecha de nacimiento: Hora: _____ _____ Día _____ Mes _____ Año _____

DATOS DEL PADRE

5. Nombre(s) y Apellido(s): _____	6. Edad cumplida (años): _____
7. Ocupación actual: _____	

DATOS DE LA MADRE

8. Nombre(s) y Apellido(s): _____	9. Edad cumplida (años): _____
10. Cédula No.: _____	12. Estado conyugal: Unida... <input type="checkbox"/> 1 Soltera... <input type="checkbox"/> 2 Casada... <input type="checkbox"/> 3 Separada/Viuda... <input type="checkbox"/> 4
11. Residencia habitual (permanente): _____ Distrito _____ _____ Corregimiento _____ Lugar poblado o barriada _____	12a. Fecha del matrimonio con el padre del niño: _____ Mes _____ Año _____
13. Hijos que ha tenido la madre (incluyendo este niño): TOTAL _____ a. ¿Cuántos viven actualmente? _____ b. ¿Cuántos nacieron vivos y murieron? _____ c. ¿Cuántos nacidos muertos y/o abortos? _____	14. Grado o año escolar más alto aprobado: Ninguno... <input type="checkbox"/> 00 Universitaria... <input type="checkbox"/> Año _____ Primaria... <input type="checkbox"/> Grado _____ Postgrado... <input type="checkbox"/> Año _____ Secundaria... <input type="checkbox"/> Año _____ Vocacional... <input type="checkbox"/> Año _____
¿Trabaja actualmente? No <input type="checkbox"/> 1 Sí <input type="checkbox"/> 2 → Dentro de la casa... <input type="checkbox"/> 1 Fuera de la casa... <input type="checkbox"/> 2	Fecha de nacimiento de la madre: _____ Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Falleció? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

DATOS DEL PARTO

15. Lugar donde ocurrió el nacimiento vivo: a. Hospital o Institución de Salud: _____ <input type="checkbox"/> 1 (anote el nombre) b. Otro lugar (especifique): _____ <input type="checkbox"/> 2	17. Duración del embarazo: Semanas completas _____ Meses _____
16. Persona que atendió el parto: Nombre(s) y Apellido(s) _____ Médico... <input type="checkbox"/> 1 Enfermera <input type="checkbox"/> 2 Obstetra... <input type="checkbox"/> 2 Enfermera... <input type="checkbox"/> 3 Auxiliar de Enfermería o Ayudante de Salud <input type="checkbox"/> 4 Comadrona { Con adiestramiento... <input type="checkbox"/> 5 Sin adiestramiento... <input type="checkbox"/> 6 Otra: _____ <input type="checkbox"/> 7 (madre, amiga, vecina, etc.)	18. Peso al nacer: Kilogramos: _____ Libras: _____ Onzas: _____
	19. Tipo de nacimiento: De un niño (singular)... <input type="checkbox"/> 1 Mellizo... <input type="checkbox"/> 2 Trilizo... <input type="checkbox"/> 3 Cuatro o más... <input type="checkbox"/> 4 a. Nació: Primero <input type="checkbox"/> 1 Segundo <input type="checkbox"/> 2 Tercero <input type="checkbox"/> 3 b. ¿Cuántos nacieron vivos? _____ c. ¿Cuántos nacieron muertos? _____

DATOS DEL REGISTRO

20. Fecha de la declaración: _____ Día _____ Mes _____ Año _____	21. Nombre del declarante: Parentesco con la madre del niño: _____ (esposa, cónyuge, etc.)
---	--

Firma del Registrador Auxiliar: _____ OBSERVACIONES: _____

ENVÍESE A: Dirección de Estadística y Censo - Contraloría General de la República (dentro de los 8 días, después de ocurrido el nacimiento)

VÁLIDO SÓLO PARA FINES ESTADÍSTICAS - (Artículo 13, Decreto-Ley No. 7 de 25/2/60)

Anexo 14.

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

INSTITUCIÓN DE SALUD _____ No HISTORIA CLINICA: _____
 NOMBRE: _____ PROGRAMA: _____
 DIRECCIÓN: _____ CONTROL: _____ (CAUSA)
 FECHA DE NACIMIENTO: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
DIA MES AÑO
 LLAMAR EN CASO DE URGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

No DE CONTROL	FECHA	ACTIVIDAD / CONDICION	FIRMA	VACUNA	FECHA						
					R.N.	1o	2o	3o	REF.	REF.	
INGRESO											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

INMUNIZACION

VACUNA	
1era.	
T. TETANO 2da.	
REF.	
PREMIA	
RUBEOLA	
OTRAS	
OTRAS	

VISITA DOMICILIARIA

FECHA	MOTIVO	RESULTADO

PUERPERIO

FECHA	DIAGNOSTICOS

RECIENTE NACIDO

SEXO:	
PESO AL N. (KG):	
APGAR: 1m	5m.

OBSERVACIONES: _____

Al concluir el embarazo guarde esta tarjeta en "Archivo de Casos Terminados"

Instructivo para el uso de la tarjeta de seguimiento de caso.

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

Procedimientos:

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

Llenado:

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

Probable de Parto (FPP). Agregar a la tarjeta

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

Nombre: Nombre y apellido. Incluya apodo.

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

Teléfono: De residencia, trabajo, familiar, vecinos.

Fecha de nacimiento: Día, mes, año.

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

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

Programa: Programa de Salud Integral de la Mujer.

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

Edad: Años cumplidos. Sexo: Femenino

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

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

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

Firma: Del funcionario que da la atención.

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

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

Visita domiciliaria Fecha: día, mes, año.

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

Observaciones: Lo de mayor interés de la visita.

Morbilidad:

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

Impresión Diagnóstica: De la morbilidad que presenta.

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

Número de controles recibidos según edad: Para Pediatría.

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

Datos relevantes: Otros datos de interés.

Anexo 15.
REPÚBLICA DE PANAMÁ
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE SALUD INTEGRAL DE LA MUJER
REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LA PARTERA

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

Instalación _____ de
Salud _____ Localidad _____

Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____

Sabe leer: SI _____ NO _____ Sabe escribir: SI _____ NO _____

PARTOS ATENDIDOS POR MES

Año	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Juni	Juli	Agosto	Sept.	Oct.	Nov.	Dic.

Observaciones _____ de
interés: _____

VISITA AL HOGAR

FECHA	HIGIENE		EQUIPO	OBSERVACIONES	FIRMA
	VIVIENDA	PARTERA			

EDUCACIÓN CONTINUA

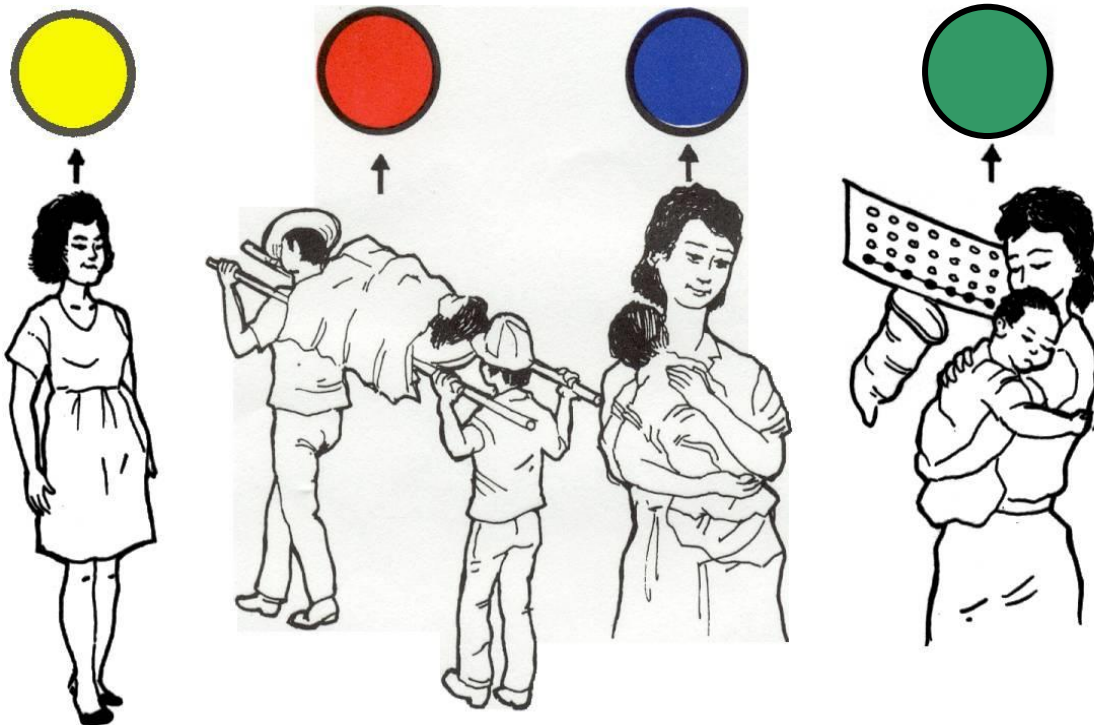
FECHA	TEMA	OBSERVACIONES	FIRMA

CITAS				
CITAS				
CITAS				

Anexo 16.

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 _____

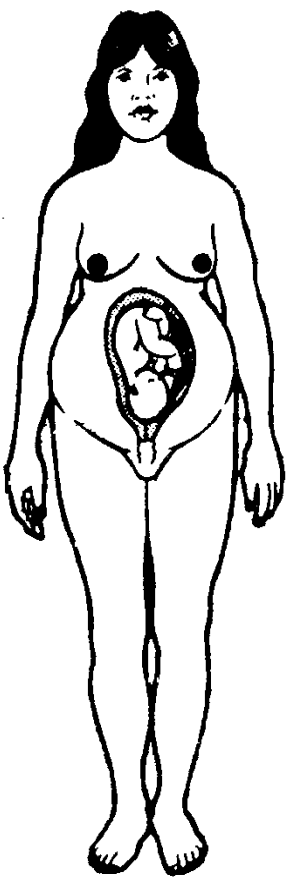
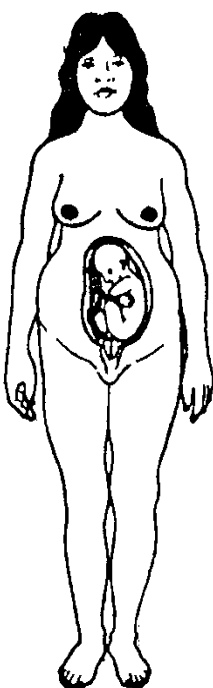
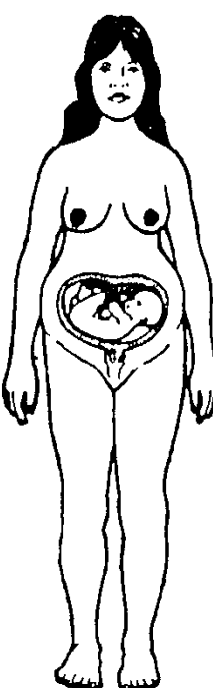
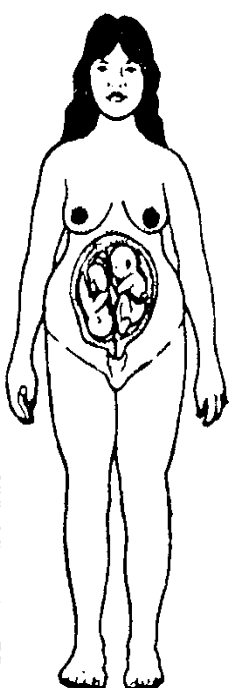
Fecha del Parto _____ Hora de Parto _____

Lugar _____

Nombre de la Partera _____











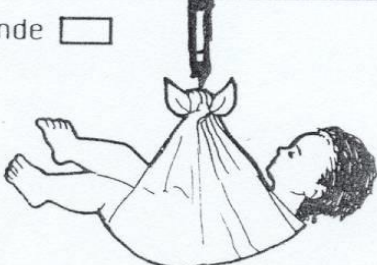
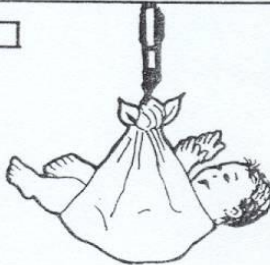
Se controló el embarazo SI NO Dónde _____

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> 	

Anexo 18.
Esquema de vacunación de mujeres en edad fértil
Mujeres en Edad Fértil (M.E.F.)
(Embarazadas y Puérperas)

Tipo de vacuna	Edad a Vacunar	Nº de dosis
TD Adulto Vacuna que protege contra la enfermedad de tétano y la difteria.	Mujeres en edad fértil incluyendo a las gestantes en cualquier etapa del embarazo	2 dosis y 1 refuerzo al año de la última dosis
M.R Vacuna que protege contra el sarampión y rubeola	M.E.F, y Puérperas en el (Puerperio Inmediato.)	Si nunca ha sido vacunado
Influenza Vacuna que protege para evitar las complicaciones del resfriado	Embarazadas independiente de su periodo de gestación.	1 dosis
Tdap (Adacel) Vacuna que protege contra la tosferina.	A todas las Embarazadas a partir del 3er Trimestre en el Control Pre Natal (desde las 26 semanas) y a su pareja. En el Puerperio Inmediato a las Puérpera y a su pareja y a los cuidadores del niño.	Refuerzo

Anexo 19.
Matrices de hojas de Consentimiento Informado
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Introduccion

Se recomienda que para la realizacion de los procedimientos electivos en ginecoobstetricia que la paciente firme un consentimiento informado luego de una explicacion clara del mismo por el personal de salud que ofrece la atencion. Sabemos, no obstante, que hay ocasiones en donde por la urgencia de la situacion y condicion de la paciente sera necesario instaurar las medidas de tratamiento necesarias que preserven la integridad o la vida de la paciente, inclusive sin tener el consentimiento informado firmado por la misma.

Matriz 1



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

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

Direccion Residencial: _____ Tel. _____

Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____

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

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

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

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

3. En el caso de una cesárea previa, a causa de la cicatriz existente en el útero, existe el riesgo de una dehiscencia y/o ruptura uterina debido a la presencia de un tejido cicatrizal. Su frecuencia se estima aproximadamente en 1 caso de cada 100. Los síntomas de dicha ruptura pueden ser de aparición dudosa y difícil valoración o quedar enmascarados por diversas circunstancias (anestesia y medicaciones). En otras ocasiones dicha ruptura puede ser de presentación repentina y muy rápida, con repercusiones graves para la madre y el niño.

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

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

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

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

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

CONSIENTO

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

_____ (Lugar y fecha)

MÉDICO

LA PACIENTE

REVOCACIÓN

Yo _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento presentado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesTO. fecha: _____

MÉDICO

LA PACIENTE

Matriz 2



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

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

Dirección Residencial: _____ Tel. _____

Dirección Trabajo: _____ Tel. _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una
OPERACIÓN CESAREA

1. La cesárea es una intervención obstétrica que se lleva a cabo para la extracción fetal por vía abdominal.
2. El hecho de indicar una cesárea es debido a que las circunstancias actuales de mi gestación y/ o parto no permiten la vía vaginal o hacen presumir un mayor riesgo, en cuanto a la morbilidad y mortalidad, para la madre o para el feto, y, por lo tanto, no existen otras alternativas que ofrezcan mayores garantías para mi futuro hijo y para mí.
3. En mi caso concreto, la indicación es: _____

- a. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica como por el estado de salud de cada paciente (diabetes, cardiopatías, hipertensión, anemia, obesidad, edad avanzada...etc.), lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y otras potencialmente más importantes que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como, excepcionalmente, un porcentaje mínimo de mortalidad.
- b. La cesárea no está exenta de complicaciones; por un lado, las derivadas de un parto (ya que de una modalidad de parto se trata), tales como: hemorragia, atonía uterina, endometritis, que ocasionalmente pudieran derivar en otras más graves, como trastornos de la coagulación e infección generalizada, y por otro lado, las derivadas de una intervención quirúrgica, como son: fiebre, infección de la herida, seromas y hematomas, afecciones de vías urinarias, dehiscencia y/ o eventración posquirúrgica.
- c. Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá modificar la técnica quirúrgica habitual o programada.
- d. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

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

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

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

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

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

6. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una CESAREA

(Lugar y fecha)

MÉDICO

LA PACIENTE

REVOCACIÓN

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

Firma de la paciente _____ MÉDICO _____

Matriz 3



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

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

DECLARO

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

1. La inducción del parto consiste en proceder a la finalización de la gestación, por causas médicas u obstétricas, lo cual se puede realizar de diferentes formas, dependiendo de las características de cada caso, quedando a juicio del médico tanto su indicación como la elección del método empleado, siendo los más frecuentes de forma individual o combinada:
 - a. Rotura de la bolsa amniótica.
 - b. Administración intracervical de gel de prostaglandinas, que se utiliza para mejorar la maduración del cuello uterino.
 - c. Administración intravenosa de oxitocina mediante goteo, que puede realizarse directamente o después de alguna de las anteriores.

2. A pesar de que la inducción del parto es ampliamente utilizada y sus riesgos no son elevados, no se puede considerar que los diferentes procedimientos no puedan condicionar complicaciones en la madre o en el feto, siendo las más importantes:
 - a. Infección materna o fetal, cuyo riesgo aumenta principalmente a partir de las veinticuatro horas de la rotura de la bolsa amniótica.
 - b. Aparición de un sufrimiento fetal agudo, por disminución del aporte de oxígeno al feto durante las contracciones uterinas, no siendo su riesgo mayor al del parto no inducido.
 - c. Fracaso de la inducción.
 - d. Ruptura uterina, complicación muy infrecuente, cuyo riesgo aumenta cuando se administra oxitocina o prostaglandinas y que supone un grave riesgo para la vida de la madre y del feto.
 - e. Prolapso de cordón, complicación rara que puede ocurrir tras la ruptura de la bolsa amniótica y que pone en grave peligro la vida fetal, no siendo su incidencia mayor que en el parto no inducido.
 - f. La aparición de alguna de estas complicaciones conlleva habitualmente la realización de un parto expedito, que puede ser instrumentado o no, o la realización de una cesárea para salvaguardar la vida de la madre o del niño.

3. Por mi situación actual, el médico me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____
4. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado.

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

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

CONSIENTO

Que se me realice una INDUCCIÓN DEL PARTO en

(Lugar y fecha)

PACIENTE

MEDICO

REVOCACIÓN

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

FIRMA DE LA PACIENTE _____ MÉDICO _____

Matriz 4



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

Dirección Residencial: _____

Teléfono: _____

Trabajo: _____

Teléfono del Trabajo: _____

DECLARO

Que el DOCTOR/A _____

Me ha explicado que es necesario/conveniente proceder, en mi situación, a realizar una

ASPIRACION MANUAL ENDOUTERINA _____

1. El principal propósito de la **Aspiración Manual Endouterina** es limpiar la cavidad endometrial de restos ovulares. A veces puede ser necesaria una segunda aspiración para completar esta evacuación, sobre todo en los casos de aborto diferido.

La intervención consiste en dilatar el cuello uterino si es preciso, y extracción de restos ovulares por Aspiración Manual Endouterina (AMEU). En algunos casos es necesario colocar el día anterior u horas antes de la evacuación prostaglandinas vaginales o por vía oral asociado o no a la aplicación de goteo intravenoso de oxitocina.

2. La aspiración Manual endouterina sólo se puede practicar por vía vaginal

3. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad u otra condición) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

Las complicaciones específicas de la Aspiración Manual Endouterina, por orden de frecuencia, pueden ser:

- Infecciones con posible evolución febril (urinarias, endometritis, salpingitis...).
- Hemorragias con la posible necesidad de transfusión (intra o postoperatoria).
- Perforación del útero.
- Persistencia de restos.

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

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

5. Cuidados: Me han sido explicados las precauciones, y tratamiento en su caso, que he de seguir tras la intervención y que me comprometo a observar.

6. La Aspiración Manual Endouterina es un procedimiento que puede realizarse de forma ambulatoria con sedación y medicación analgésica y anestésica que permita que usted esté conciente durante la realización del mismo y que será administrado por su médico tratante.

7. Anestesia: La Aspiración Manual Endouterina (AMEU) que precise anestesia será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia.

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

9. Anatomía Patológica: Todo el material extraído en la intervención se someterá a estudio anatomopatológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

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

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

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

Y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice una **ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)**

EN _____

(Lugar y fecha)

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

REVOCACIÓN

Srta/Sra: _____

Edad: _____ Cedula N°: _____

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

Fecha: _____

EL/LA MÉDICO

LA PACIENTE

Matriz 5



MINISTERIO DE SALUD/CAJA DE SEGURO SOCIAL DIRECCION GENERAL DE SALUD CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INSERCIÓN DE UN DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

Sra: _____
Edad: _____ Cedula N°: _____
Direccion Residencial: _____ Tel: _____
Lugar de Trabajo: _____ Tel: _____

DECLARO

1. Que el/la Profesional de la Salud Capacitado, _____, me ha informado de los métodos anticonceptivos disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, tras lo cual y para mi situación, mi elección es la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU), del modelo: _____.
2. El DIU es un dispositivo de distintos materiales, recubierto por metales o que contiene medicamentos, que se coloca dentro del útero con fines anticonceptivos y/o como tratamiento de algunas metrorragias.
3. La colocación del DIU y del modelo serán indicados por el / la Profesional de la Salud Capacitado, de acuerdo a su competencia técnica, y me indicará los controles posteriores a los que me debo someter, así como la duración del mismo.
4. **Complicaciones y/o riesgos y fracasos:**
 - a. **En el Momento de la Inserción:**
 - Dolor
 - Perforación uterina
 - Infección en un período menor de un mes, pasado este período de tiempo la infección se debe a otras causas y no al DIU.
 - b. **En la Evolución:**
 - Gestación (1-3%), si ésta se produce, existe un mayor riesgo de aborto séptico, durante el segundo trimestre. La tasa real de fracaso como método anticonceptivo es de 1-3%, siendo mayor en el 1er año.
 - Descenso y expulsión, que puede ser asintomático o cursar con dolor o sangrado.
 - Alteraciones menstruales: aumento de la cantidad y/o duración del sangrado menstrual, manchado inter menstrual, en los primeros tres (3) meses de uso.
 - Disminución e incluso ausencia de menstruación con los DIUs con medicación.

- Dolor.
 - Migración a cavidad abdominal, si se produce perforación durante la aplicación, con las complicaciones subsiguientes.
- c. En su Extracción:**
- Pérdida de referencia de los hilos y la rotura con retención de un fragmento.
 - En caso de producirse alguna de estas complicaciones el personal de salud capacitado, me indicará la necesidad de someterme a las pruebas o tratamientos complementarios necesarios, que pueden ser:
 1. Extracción si se produce gestación o infección.
 2. Tratamiento con antibiótico
 3. Histeroscopia, Laparoscopia/micro, Laparotomía, si se produce perforación o embarazo ectópico,
5. Por mi situación actual, el/la Profesional de la Salud Capacitado, me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como: _____.
6. He comprendido las explicaciones que se me han facilitado en un lenguaje claro y sencillo, y el facultativo que me ha atendido, me ha permitido realizar todas las observaciones y me ha aclarado todas las dudas que le he planteado. También comprendo que, en cualquier momento y sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora otorgo.
7. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento y en tales condiciones

CONSIENTO

Que se me realice la colocación de un Dispositivo Intrauterino (DIU) modelo: _____.

En (Lugar) _____ Fecha: _____.

LA PACIENTE
CAPACITADO

PERSONAL DE SALUD

REVOCACIÓN

Yo, _____ en calidad de afectada y ejerciendo el derecho que me asiste, revoco el consentimiento prestado en fecha _____, y no deseo proseguir el tratamiento propuesto, que doy con esta fecha finalizado.

FECHA: _____.

FIRMA DE LA PACIENTE

PERSONAL DE SALUD CAPACITADO

Matriz 6



MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIÓN DE VASECTOMÍA

Sr: _____ Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Teléfono: _____
Lugar de Trabajo: _____ Teléfono del Trabajo: _____

DECLARO

1. Que el DOCTOR/A _____ me ha explicado que puedo optar a que se me realice una INTERVENCIÓN DE VASECTOMIA. , considerada, en principio como irreversible. En algunos casos esta intervención puede ser necesaria o conveniente.
2. Mediante esta técnica se trata de obtener la infertilidad.
3. La vasectomía bilateral es una técnica quirúrgica de esterilización masculina permanente, pero es posible reconstruir la continuidad del conducto deferente en determinadas circunstancias y sin totales garantías de éxito.
 - a. Consiste en la interrupción del flujo de espermatozoides procedentes de ambos testículos a través de sus respectivos conductos deferentes, esta interrupción se realiza mediante sección del conducto deferente y ligadura de ambos extremos.
 - b. Se realiza con anestesia local a través de dos pequeñas incisiones en la raíz del escroto cerca de la base del pene, o de una sola incisión en el rafe.
 - c. A pesar de la adecuada elección de la técnica y su correcta realización, pueden presentarse complicaciones comunes a toda intervención quirúrgica, y específicas al procedimiento, como reacciones alérgicas al anestésico local, con intensidad variable, infección o sangrado de la herida quirúrgica, cicatrización anómala, dolor testicular o inflamación e infección del testículo y/o del epidídimo.
4. El médico me ha explicado y advertido sobre la no efectividad inmediata del método y el riesgo de la falla del mismo por repermabilización espontánea de forma precoz y tardía, lo que conllevaría a la posibilidad de embarazo; lo que he comprendido en su totalidad.
5. Se me informo sobre la necesidad de seguir utilizando métodos anticonceptivos seguros adicionales hasta 3 meses después del procedimiento y que se realicen por lo menos 2 espermogramas de control que demuestren la ausencia total de espermatozoides en el eyaculado, (Azoospermia).
6. Para la realización de esta técnica debe haber una preparación previa.
 - a. Lavado de genitales con agua y jabón
 - b. Rasurado del vello pubico y del área quirúrgica.

7. Debo advertir sobre mis antecedentes médicos.
 - a. Alteraciones de coagulación, enfermedades cardiovasculares, existencia de prótesis, marcapasos, alergias, medicamentos actuales o cualquier otra circunstancia.
8. Después de la intervención debo guardar reposo relativo por lo menos 48 horas, curar diariamente las heridas y realizar los espermogramas según lo establecido.
9. Ante cualquier complicación, (dolor, sangrado, inflamación etc.) acudir inmediatamente al centro de atención médica.
10. He comprendido todas las explicaciones dadas y se me han aclarado las dudas por parte del médico.
11. Tengo la potestad de negarme al procedimiento sin explicación y revocar el consentimiento que ahora firmo.
12. Por ello, manifiesto que estoy satisfecha con la información recibida y que comprendo el alcance y los riesgos del tratamiento quirúrgico propuesto.
13. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice una INTERVENCIÓN DE VASECTOMIA

En _____
(Lugar y fecha)

FIRMA DEL PACIENTE

FIRMA DEL MÉDICO

Representante Legal en caso de incapacidad

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADO Y EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto..

EL PACIENTE _____ MÉDICO _____

Fecha _____

Matriz 7



**MINISTERIO DE SALUD – CAJA DEL SEGURO SOCIAL
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INTERVENCIONES DE OCLUSIÓN
TUBÁRICA**

Sr: _____ Edad: _____ Cedula N°: _____
Dirección Residencial: _____ Tel. : _____
Lugar de Trabajo: _____ Tel. del Trabajo: _____
Fecha _____

DECLARO

1. Que el Personal de salud _____ me ha explicado todo lo concerniente a una INTERVENCIÓN DE OCLUSIÓN TUBARICA, considerada, en principio como ,un metodo permannte.

1. La intervención de oclusión tubárica consiste básicamente en la interrupción de la continuidad de las trompas de Falopio, con el objetivo de impedir un nuevo embarazo.

2. Se puede realizar post parto, post aborto o durante el intervalo intergenésico

3. Para la realización de la técnica existen varias vías de abordaje quirúrgico:

- a. Minilaparotomía.
- b. Laparoscópica.
- c. Histeroscópica.
- d. Vaginal.
- e. Trans-cesárea.

4. Aun siendo el método de oclusión tubárica el más efectivo de los métodos de planificación familiar, su efectividad no es del 100%. Existe un porcentaje de fallos en los que se produce una nueva gestación. Este porcentaje de fallo es de 0,4-- 0,6%.

5. Complicaciones y/o riesgos y fracasos: Toda intervención quirúrgica, tanto por la propia técnica quirúrgica como por la situación vital de cada paciente (diabetes, cardiopatía, hipertensión, edad avanzada, anemia, obesidad...) lleva implícita una serie de posibles complicaciones comunes y potencialmente serias que podrían requerir tratamientos complementarios, tanto médicos como quirúrgicos, así como un mínimo porcentaje de mortalidad.

6. Asimismo pueden aparecer complicaciones específicas de esta intervención:

- a. Intraoperatorias (hemorragias, lesiones de órganos vecinos).
- b. Postoperatorias:

1. Leves y más frecuentes (seromas, hemorragias, cistitis, irritación frénica, anemia).

2. Graves y excepcionales (eventración, apnea, trombosis, hematomas, pelviperitonitis, hemorragias).

7. Imprevistos: Si en el momento del acto quirúrgico surgiera algún imprevisto, el equipo médico podrá variar la técnica quirúrgica programada.

8. Por mi situación actual, el personal de salud me ha explicado que pueden aumentar o aparecer riesgos o complicaciones como:

9. Alternativas: Se me ha explicado que existen otros métodos de contracepción no definitivos:

- a. Métodos de barrera.
- b. Anticoncepción hormonal.
- c. Contracepción intrauterina.
- d. Métodos naturales.

10. Anestesia: las Técnicas quirúrgicas pueden requerir sedación y/o anestesia, que será valorada bajo la responsabilidad del Servicio de Anestesia o médico anesthesiólogo particular.

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

12. Anatomía Patológica: La pieza o piezas extirpadas en la intervención se someterán a estudio anato-mo-patológico posterior para obtener el diagnóstico definitivo, siendo la paciente y/o sus familiares o representante legal, en su caso, informados de los resultados del estudio.

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

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

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

16. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

Que se me realice la INTERVENCION DE OCLUSIÓN TUBARICA en

Lugar y fecha

firma de la Paciente
REPRESENTANTE

LEGAL

EN

firma del Personal de Salu
CASO DE INCAPACIDAD

REVOCACIÓN

YO _____ EN CALIDAD DE AFECTADA Y
EJERCIENDO EL DERECHO QUE ME ASISTE, REVOCO el consentimiento prestado
en fecha _____ y no deseo proseguir el tratamiento propuesto.

Firma de la paciente

Firma del Personal de

Salud _____

Fecha _____

Anexo 20. Formularios

Formulario 1. Formulario del Sistema Único de Referencia y Contra-referencia Acotado a CONE



INSTRUMENTO UNICO DE REFERENCIA Y RESPUESTA PARA CONE

MES ___ AÑO ___ HORA ___ CE ___ EMERGENCIA ___ HOSP ___ DIA ___
 ESTABLECIMIENTO QUE REFIERE ESTABLECIMIENTO RECEPTOR SERVICIO QUE ATIENDE SERVICIO EMISOR FECHA Y HORA
 IDENTIFICACIÓN DE PACIENTE: NOMBRE Y APELLIDOS: _____ EDAD: AÑOS ___ MESES ___ DIAS ___ HORAS ___
 SEXO: F ___ M ___

MOTIVO DE TRASLADO	EDAD GESTACIONAL					HORA DEL PARTO	
	G	P	A	FUP			
ATENCIÓN DE PARTO NORMAL							
HEMORRAGIA OBSTÉTRICA							
TRANSTORNO HIPERTENSIVO DEL EMBARAZO	MANEJO INICIAL						
SEPSIS OBSTÉTRICA						SULFATO DE MAGNESIO	
EMBARAZO PROLONGADO	OXITOCICOS						
PARTO PRETERMINO	MYSOPROSTOL						
	ANTIBIOTICOS						
Condición clínica al traslado	OTROS ESPECIFIQUE						
	NORMAL						
Delicado pero estable	EXAMENES REALIZADOS				SI	NO	RESULTADO
Grave	ULTRASONIDO						
Muy grave	PRTEINURIA						
MEDIDAS DURANTE EL TRASLADO	HEMOGRAMA						
	VENAS CANALIZADAS						
	UTEROTONICOS						
	TAPONAMIENTOS						
	SULFATO DE MAGNESIO						
SONDA URETRAL							

Condición clínica al traslado	SI	No
Delicado pero estable		
Grave		
Muy grave		

DEPARTAMENTO _____ COMUNIDAD _____ No.DE CASA _____

Peso	Talla	PC	FC	Fr	T	Apgar	SA	EG

Exámenes realizados	SI	No	Resultado
Tipo Sanguíneo y RH			
Hemograma			
PCR			
RPR			
Glicemia			
Radiografía			
Gasometría			
Marcadores de Asfixia			
Cultivos			
Otros exámenes			

Medidas durante traslado	SI	No
Apoyo de Oxígeno		
Intubado		
Ventilado con Bolsa Auto inflable		
Con acceso venoso		
Con apoyo de aminas		
Método Canguro		
Bacinete		
Incubadora de transporte		

Manejo inicial	SI	No
Apoyo con Oxígeno		
Maniobras de reanimación:		
• Ventilación a PP		
• Intubación endotraqueal		
• Uso de Adrenalina		
Antibióticos		
Líquidos endovenosos		
Anticonvulsivantes		
Aminas		
Bicarbonato de Sodio		
Otro:		

Motivo de traslado	SI	No
Distres Respiratorio		
Sepsis neonatal		
Asfixia Neonatal		
Datos de bajo gasto		
Prematurez		
Malformaciones congénitas		
Otra:		

Formulario 2

MINISTERIO DE SALUD Dirección General de Salud

Coordinación Nacional del Programa de Salud Sexual y Salud Reproductiva

FORMULARIO DEL PROGRAMA APA – AMEU

Informe MENSUAL (*)	INDICADORES PARA MEDIR EL AVANCE DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODEL MODERNO DE APA EN LOS HOSPITALES DE PANAMÁ
------------------------	---

Fecha de envío del informe:	Mes que se informa:	Año
Nombre del Hospital:		
Región:	Departamento:	

Nota: * *Anotar en este formulario todos los casos admitidos al hospital en todos los días del mes correspondiente.*

*Al completar la recolección de datos del mes que se informa, el responsable del Programa en el hospital deberá entregar el formulario a:
REGISTROS Y ESTADISTICAS DE SALUD (REGES) de su institución.*

TRATAMIENTO

1. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas,
De 20 semanas o menos por FUM o por tamaño.

2. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto **de 12 semanas o Menos**, por FUM o por tamaño.

3. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas,
Tratadas con AMEU.

4. Total de pacientes atendidas por aborto incompleto u otras formas clínicas,
Tratadas con LUI.

5. Total de pacientes **tratadas con AMEU** en forma ambulatoria (total de
Estancia igual o menor a 12 horas o que no requirió ser hospitalizada)

6. Total de pacientes con aborto incompleto u otras formas clínicas **tratadas**

Con AMEU que recibieron consejería.

-
7. Total de pacientes **tratadas con AMEU** que refirieron **molestia tolerable**
O ninguna (6 o menos en una escala de 10)
-
8. Total de pacientes **tratadas con AMEU** que egresó con un método
Anticonceptivo antes del alta.
-
9. Total de pacientes que ingresaron con complicaciones derivadas
Del aborto espontáneo o inducido (anemia severa, sangrado abundante,
Perforación uterina, lesiones en tracto genital, sepsis, etc.)
-
10. Total de pacientes que fallecieron por las complicaciones del aborto o
Por fallas en el tratamiento hospitalario.
- 10^a. Causas específicas de mortalidad materna por aborto:
-
11. Total de pacientes tratadas con AMEU que fueron derivadas a otros
Servicios de salud general o de salud reproductiva, por problemas
Identificados durante la hospitalización.
-
- INDICADORES**
12. % de pacientes tratadas con AMEU
-
13. % de pacientes tratadas **con AMEU** en forma **ambulatoria**,
(Total de estancia menor de 12 horas o que no requirió ser
Hospitalizada)
-
14. % de pacientes tratadas **con AMEU**, que recibió **consejería**
-
15. % de pacientes tratadas **con AMEU**, que refirieron **molestia**
Tolerable o ninguna molestia.
-
16. % de pacientes con aborto incompleto tratadas **con AMEU**

Que egresaron con un método anticonceptivo.

17. % de pacientes tratadas con **AMEU** que ingresaron **con complicaciones**
Derivadas del aborto

18. % de muerte materna hospitalaria por aborto

19. % de pacientes tratadas con **AMEU** que fueron referidas a otros servicios
De salud o de salud reproductiva

20. Distribución de métodos anticonceptivos otorgados en el posaborto, antes del
Alta de la paciente tratada con AMEU

Número	Porcentaje		
a. Anticoncepción quirúrgica voluntaria		<input type="text"/>	<input type="text"/>
b. Dispositivo intrauterino		<input type="text"/>	<input type="text"/>
c. Anticonceptivos orales		<input type="text"/>	<input type="text"/>
d. Inyectables		<input type="text"/>	<input type="text"/>
e. Condón masculino		<input type="text"/>	<input type="text"/>
f. Condón femenino		<input type="text"/>	<input type="text"/>
g. Otros: _____		<input type="text"/>	<input type="text"/>

21. Ha recibido disponibilidad continua de insumos para realizar APA-AMEU durante
el último año: SI NO

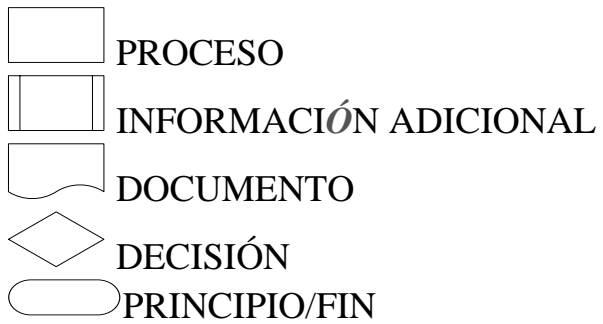
Comentarios:

22. Número de Personas entrenadas en técnicas APA-AMEU, en el último año
Cuántos: _____
Ginecoobstetra: _____ Médicos Generales: _____

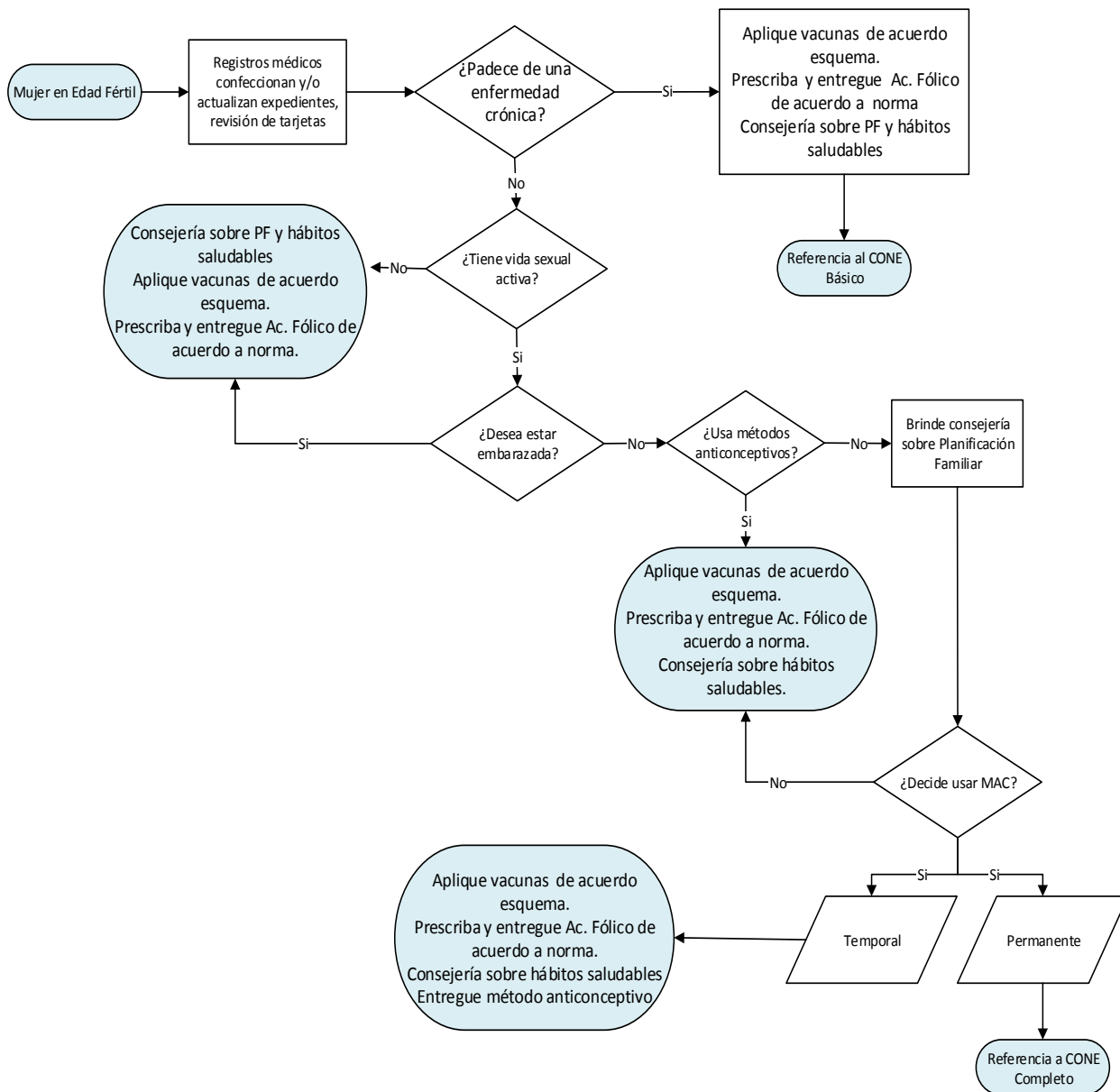
Anexo 21

FLUJOGRAMAS PARA ATENCIÓN MATERNA Y NEONATAL EN UNA RED DE CONE

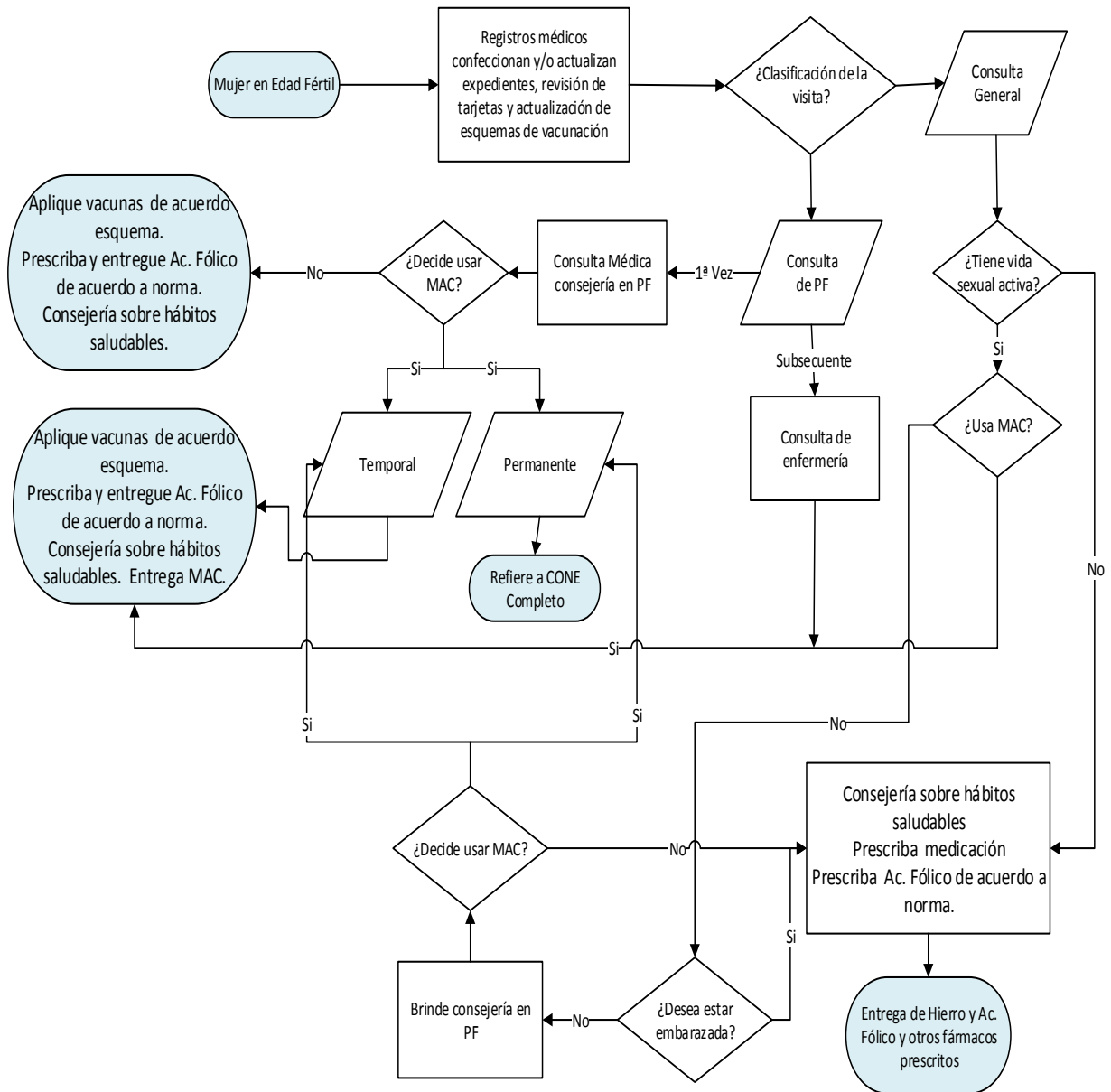
Leyenda de Flujogramas para Organización de Servicios



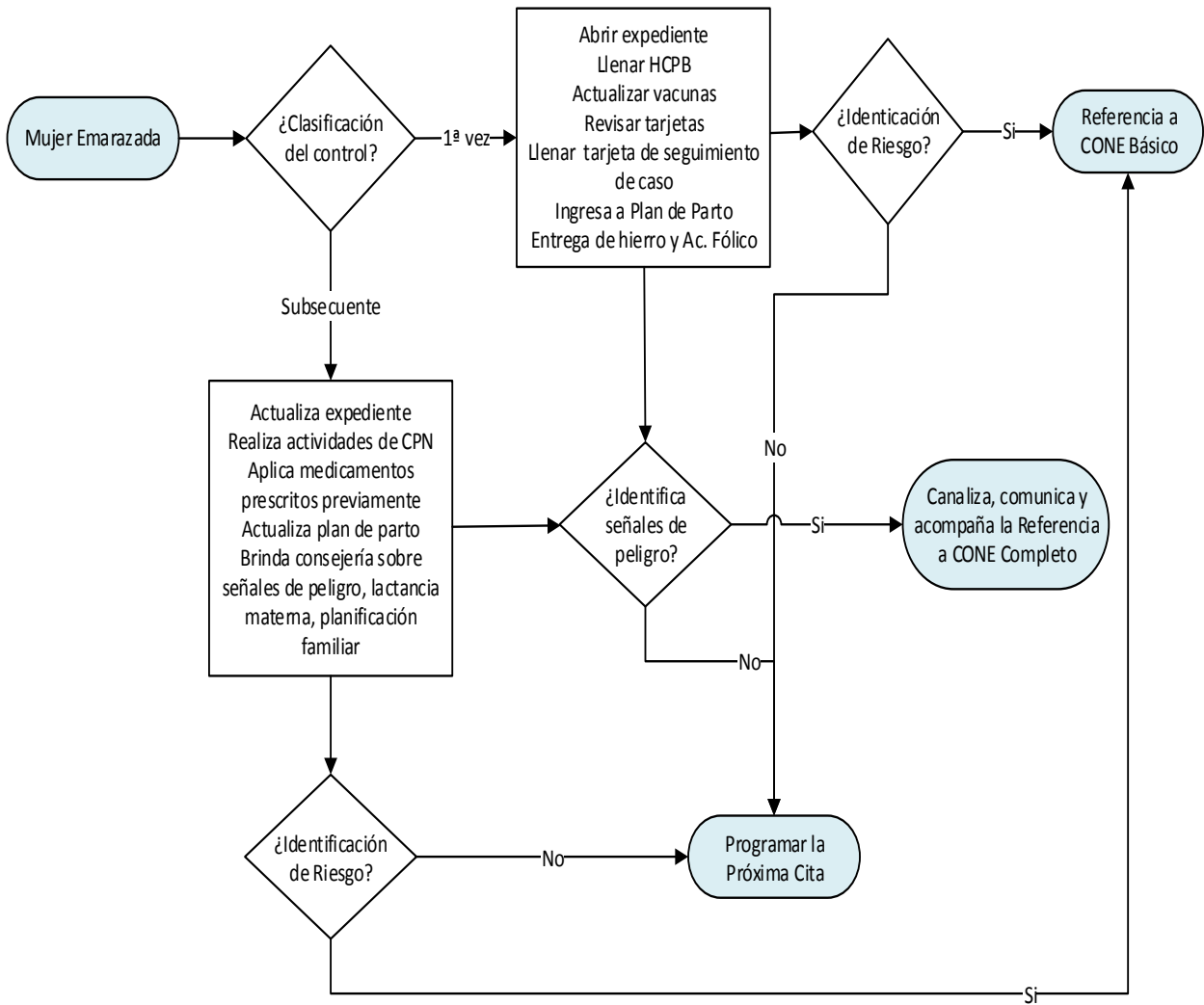
Flujograma 1. Atención Preconcepcional en CONE Ambulatorio



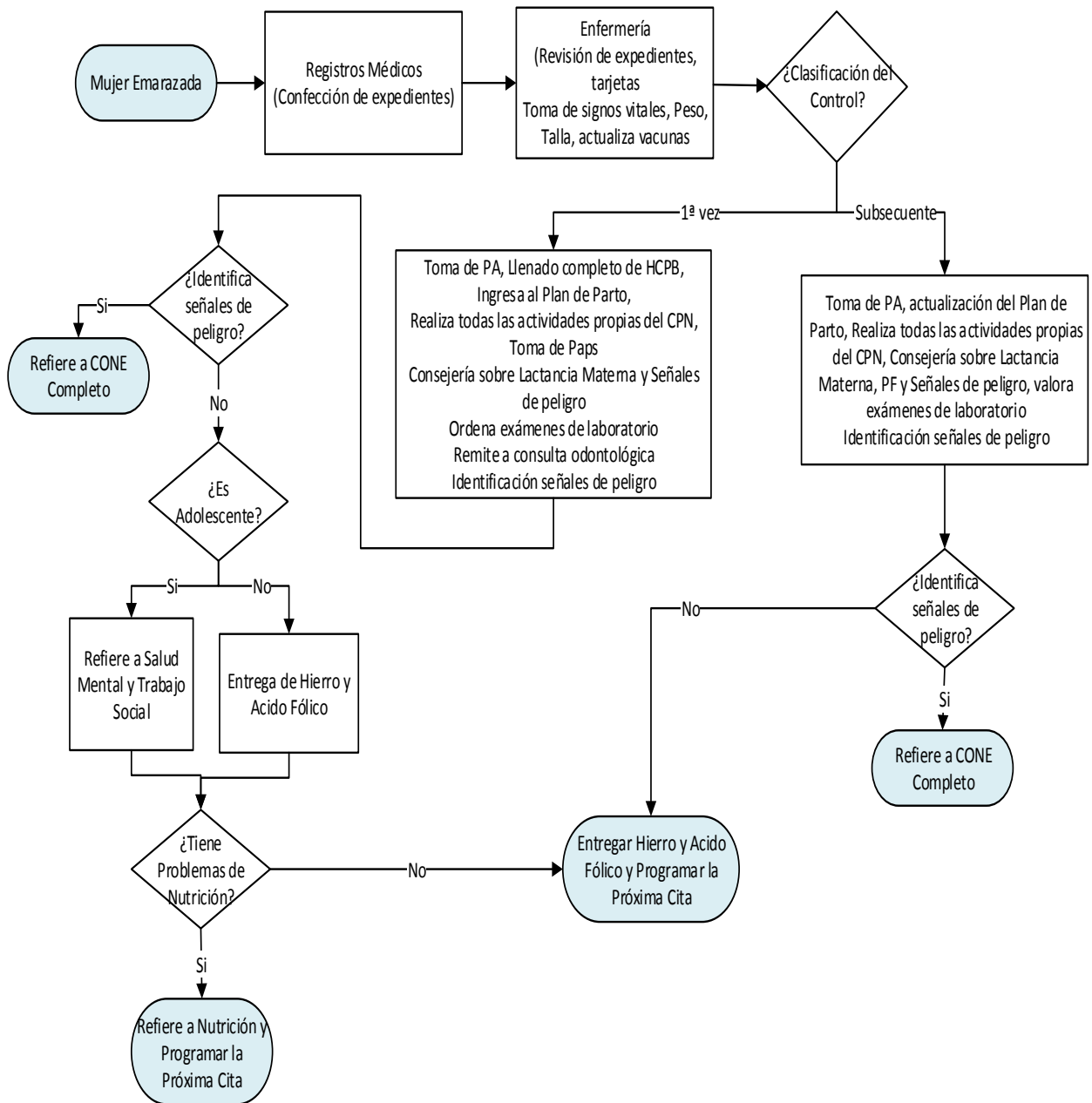
Flujograma 2. Atención Preconcepcional en CONE Básico



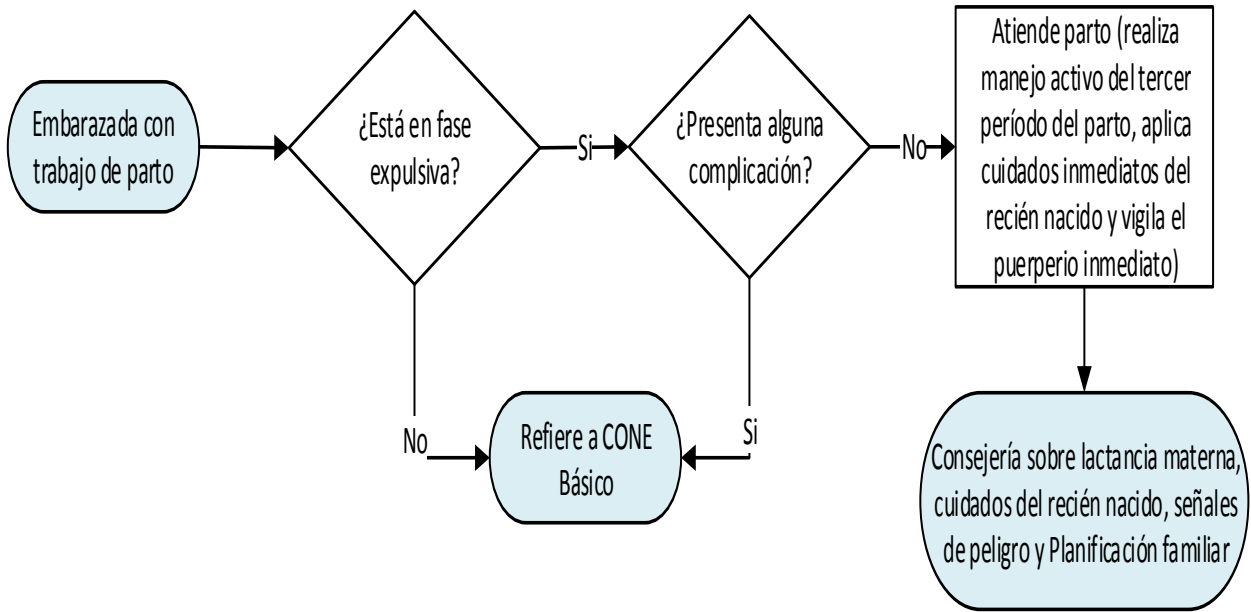
Flujograma 3. Controles Prenatales en CONE Ambulatorio



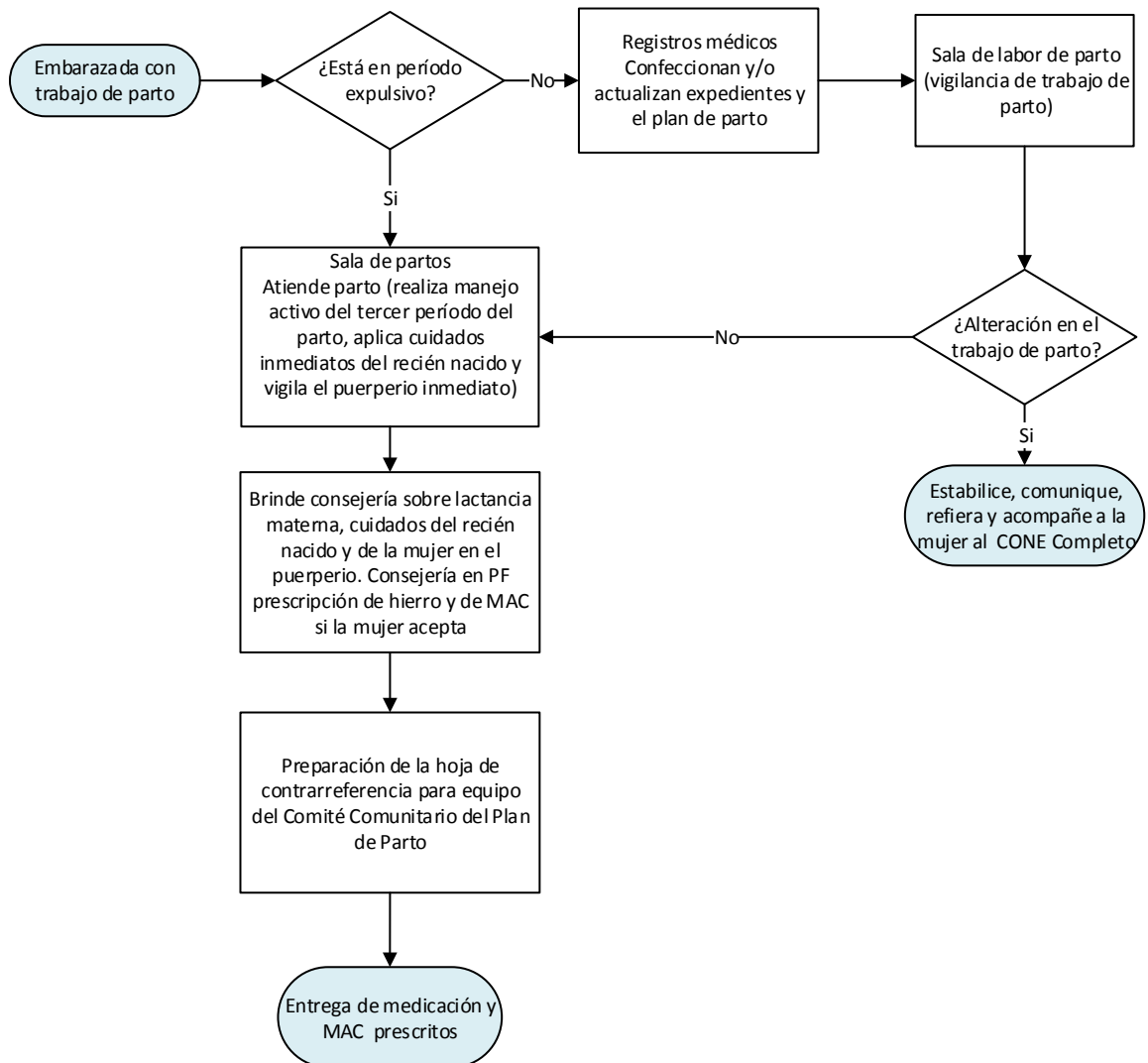
Flujograma 4. Controles Prenatales en CONE Básico



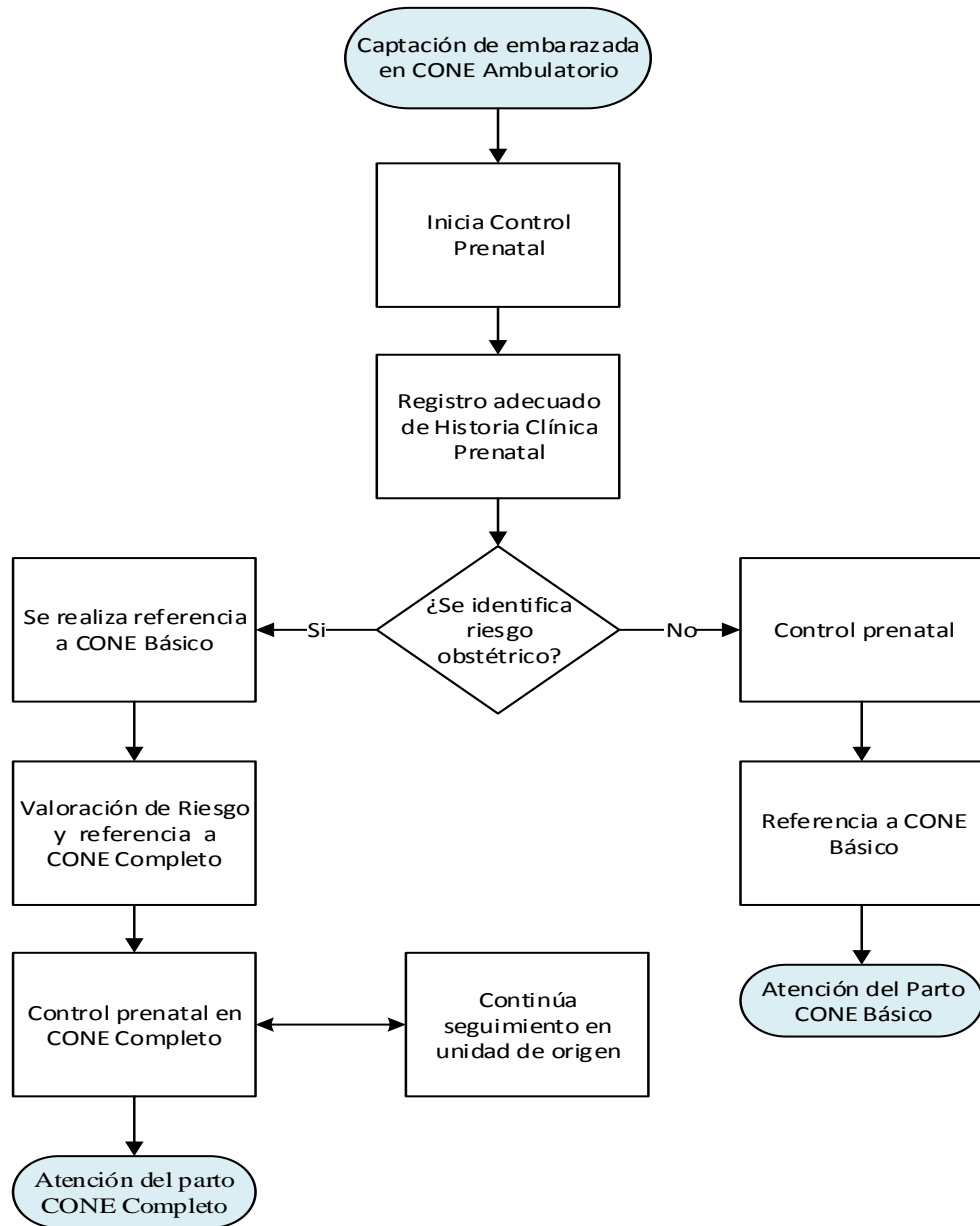
Flujograma 5. Parto en CONE Ambulatorio



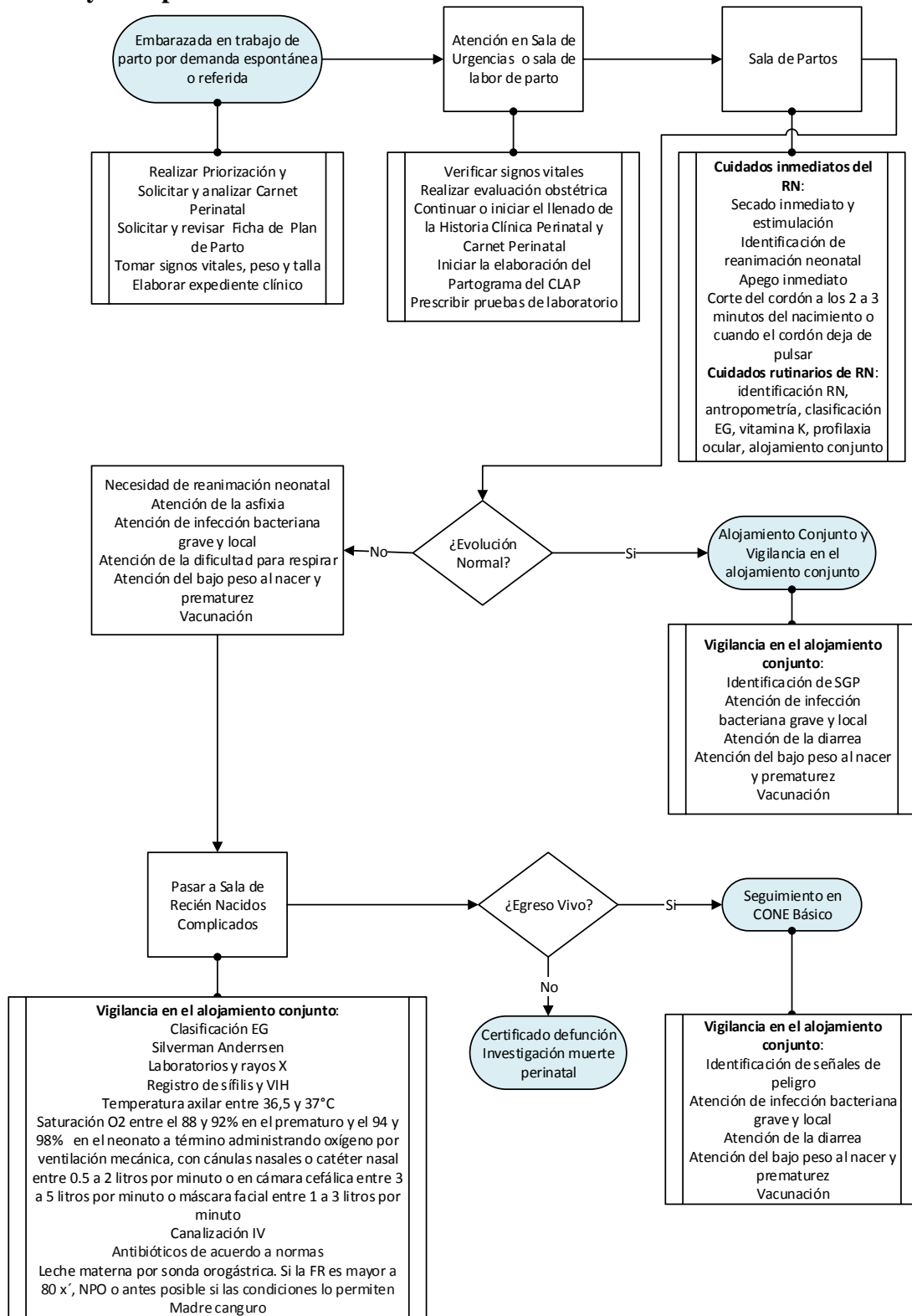
Flujograma 6. Parto en CONE Básico



Flujograma 7. Detección y Referencia Oportuna de Riesgo Obstétrico y Neonatal



Flujograma 8. Atención del RN en el Parto en las Unidades de Salud CONE Básico y Completo



Anexo 22.

INDICADORES

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

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

Indicadores Generales de Salud Sexual y Reproductiva					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente primaria de información	Periodicidad
Producción de Servicios de SSR					
1	% de mujeres con Papanicolaou tomado	Pacientes a quienes se les tomo el Papanicolaou durante el embarazo	Numerador: Número de mujeres con Papanicolaou tomado Denominador: Total de mujeres atendidas	Hoja de registro diario	Mensual
2	% embarazadas con prueba de detección de VIH	Pacientes a quienes se les realizo la prueba de detección de VIH durante el embarazo	Numerador: Número de mujeres embarazadas con prueba de detección de VIH Denominador: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
3	% embarazadas con prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación	Pacientes a quienes se les realizo la prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación	Numerador: Número de mujeres embarazadas con prueba de detección de sífilis antes de semana 20 de gestación Denominador: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
4	Porcentaje de embarazadas con 2 dosis o refuerzo de vacuna Td o Tdap	Pacientes que tiene 2 dosis o refuerzo de la vacuna Td o Tdap	Numerador: Número de mujeres embarazadas con 2 dosis o refuerzo de vacuna Td o Tdap Denominador: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual
5	Porcentaje de embarazadas con vacuna de Influenza.	Pacientes que tienen al vacuna de influenza	Numerador: Número de mujeres embarazadas con vacuna de influenza Denominador: Total de mujeres embarazadas que atendieron los servicios de salud	Hoja o libro de registro diario	Mensual

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
	Pre-concepción				
1	% de instalaciones que experimentaron un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en cualquier momento durante un período determinado	Porcentaje de desabastecimiento de métodos de anticonceptivos Mide la disponibilidad (o carencia) de productos durante un período determinado y la habilidad del programa de satisfacer las necesidades de los clientes	Numerador: No. de instalaciones de la muestra que han experimentado un desabastecimiento de uno de los métodos anticonceptivos durante el periodo Denominador: No. total de instalaciones evaluadas	Auditoria de Farmacias	Semestral
2	% de mujeres en edad fértil que están usando un anticonceptivo	Prevalencia de uso de anticonceptivos Mide el uso de anticonceptivos en la población.	Numerador: No. de mujeres 15-49 utilizando un método anticonceptivo Denominador: Estimación del total de mujeres 15-49 en la población del área *100	N -Hoja o libro de registros diario D -Estimación en base a datos del INE Encuestas de salud	Mensual Aproximadamente cada cinco años
	Atención prenatal				
3	% de mujeres embarazadas captadas en el 1er trimestre de embarazo	Captación temprana de la mujer embarazada Mide el porcentaje de las mujeres que reciben una atención prenatal que han sido captadas tempranamente.	Numerador: N° de embarazadas que tienen su primer control en el 1er trimestre Denominador: Total de embarazadas estimadas en la población.	N - Hoja o libro de registro diario D – Datos del INEC o de SIREGES	Mensual
4	% de mujeres embarazadas que reciben por lo menos 4 atenciones prenatales durante el embarazo.	Concentración de la atención prenatal. Mide el éxito del programa en realizar por lo menos 4 atenciones prenatales	Numerador: N° de embarazadas que reciben 4 atenciones prenatales Denominador: Estimación del total de mujeres embarazadas en la población del área	N - Hoja o libro de registros diario D – Datos del INEC o de SIREGES	Mensual
	Parto y Puerperio				

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
5	% de mujeres embarazadas y/o puérperas que viven a más de una hora de una instalación que atiende partos que han utilizado un albergue materno o CAM	Utilización de los albergues maternos Incremento del acceso a las instalaciones a través de los albergues maternos	Numerador: N° de mujeres embarazadas o puérperas que han utilizado un albergue materno o CAM Denominador : total de partos esperados en comunidades una hora de una instalación que atiende partos institucionales	N- Libro de registro del Albergue materno D-Estimaciones de total de embarazos esperados en base a datos del INEC.	Mensual
6	Porcentaje de mujeres embarazadas de las Comarcas con Plan de Parto completo.	Este indicador mide la cobertura de Plan de Parto	Numerador: Número de mujeres que tienen el Plan de Parto completo Denominador: Embarazos esperados en la población.	N- Hoja o libro de registros diario D-Estimaciones de total de embarazos esperados en base a datos del INEC o de SIREGES	Mensual
7	% de partos atendidos en una instalación de salud	Cubertura de parto institucional por personal calificado La proporción de partos esperados en la comunidad que fueron atendidos en una instalación de salud.	Numerador: Número de mujeres que acuden a una instalación de salud con personal calificada para su parto Denominador: Estimación del número de partos esperados en la población	N Hoja o libro de registro diario D Estimaciones en base a datos del INEC o de SIREGES	Mensual
8	% de mujeres con parto institucional en los que se aplica el MATEP	Aplicación de la Norma para prevención de hemorragia post parto	Numerador: N° de parturientas en las que se aplicó el MATEP/ Denominador : Total de partos institucionales	N-Expediente clínico (Historia Clínica) D-Libro de partos	Anual (en la auditoria de expedientes)
9	% de mujeres embarazadas que recibieron control del puerperio a los 8 días postparto.	Vigilancia de la mujer en el puerperio inmediato	Numerador: N° de puérperas con control a los 8 días/ Denominador: Total de partos ocurridos	N- Hoja o libro de registros diario D-Libro de partos (Libro de partos domiciliarios)	Mensual
10	% de mujeres que egresan con método anticonceptivo post- evento obstétrico.	Utilización de métodos anticonceptivos post-evento obstétrico Mide la utilización de métodos	Numerador: N° de puérperas que egresan con un método anticonceptivo Denominador: total de mujeres egresadas post-evento obstétrico	N- Hoja o libro de registros diario D - Historia clínica perinatal	Mensual

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
		anticonceptivos en la etapa post parto. Señala si se están promoviendo los métodos anticonceptivos durante el embarazo y parto.			
Emergencias Obstétricas					
11	% de abastecimiento de insumos claves para el manejo de emergencias obstétricas en los CONE Básicos.	Capacidad resolutive de los CONE B. Provee información sobre la posibilidad de tratar las complicaciones del embarazo en los CONE B	Numerador: No. de CONE B en el muestreo que cumplieron con la lista de chequeo de abastecimiento. Denominador: No. de CONE Básicos	N - Lista de chequeo de Farmacias y Médico – Quirúrgico D – Lista de instalaciones de salud por nivel resolutive de CONE	Mensual
12	% de complicaciones obstétricas esperadas en la población que llegan a la instalación de CONE Básico o CONE Completo (por tipo de complicación)	Porcentaje de complicaciones en la población atendidas en las instalaciones con capacidad resolutive Estima el grado a la cual las complicaciones están llegando a las instalaciones de salud	Numerador: No. total de complicaciones obstétricas tratadas en las instalaciones de CONE B y C Denominador: Total de complicaciones obstétricas esperadas en la población (Estimación en base a los datos de números de partos del año anterior)	N - Hoja o libro de registro diario	Mensual
13	% de mujeres con complicaciones obstétricas tratada de acuerdo a los protocolos de atención	Uso de los protocolos de atención, para manejo de las complicaciones obstétricas Manejo correcto de las complicaciones obstétricas y cumplimiento con las Normas y Protocolos.	Numerador: N° de mujeres con complicaciones obstétricas tratadas de acuerdo a protocolo Denominador: Total de mujeres con complicaciones obstétricas atendidas	N - Expediente clínico D - Libro o hoja de registro de partos o Hoja record de partos	Tri-mestral
Recién nacidos					
14	% de recién nacidos que reciben atención post-natal en los primeros 2 días de vida	Cobertura de cuidado post-natal en los primeros 2 días de vida Mide si los recién nacidos se están atendiendo en los primeros 2 días de vida.	Numerador: No. de recién nacidos que reciben atención por personal calificado durante las primeras 48 horas de vida Denominador: Total de nacimientos registrados	N-Expediente clínico de la madre o del niño D -Libro de partos Libro de registro de partos clínicos	Mensual

Indicadores de la Estrategia de Cuidados Obstétricos y Neonatales					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
15	% de recién nacidos que reciben lactancia materna exclusiva en la primera hora de vida	Apego Precoz Mide el apego precoz de los recién nacidos	Numerador: No. recién nacidos que reciben lactancia materna durante la primera horas de vida Denominador: Total de nacimientos institucionales	N-Expediente clínico (atención inmediata del RN) D-Libro de partos	Mensual
Resultados					
16	Tasa de mortalidad neonatal	Mortalidad Neonatal Mortalidad en los recién nacidos (hasta las 48 días) por cada mil nacimientos.	Numerador: Total de recién nacidos fallecidos Denominador: Total de nacimientos registrados por contraloría X1000	N - Certificado de defunción D – Registros vitales (Contraloría)	Anual
17	% de recién nacidos con complicaciones tratados de acuerdo a los protocolos de atención	Manejo de complicaciones neonatales Refleja la calidad de atención, específicamente el uso de los protocolos de atención para el manejo de complicaciones neonatales	Numerador: No. de recién nacidos con complicaciones tratadas de acuerdo a los protocolos Denominador: Total de complicaciones neonatales	N - Expediente clínico. Hoja de evolución de la atención del parto D - Libro o hoja de registro de partos	Trimestral
18	Razón de mortalidad materna (Frecuentemente llamado la Tasa de Mortalidad Materna)	Mortalidad Materna El número de muertes en la población.	Numerador: No. muertes en el embarazo, parto o puerperio Denominador: No. de nacimientos	N - Certificado de defunción D – Registros vitales (Contraloría)	Anual

Tabla 11 Indicadores de Planificación Familiar					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
	Planificación Familiar				
1	% de instalaciones que experimentaron un desabastecimiento de métodos anticonceptivos en cualquier momento durante un período determinado	Mide la disponibilidad (o carencia) de productos durante un período determinado y la habilidad del programa de satisfacer las necesidades de los clientes	Numerador: No. de instalaciones de la muestra que han experimentado un desabastecimiento de uno de los productos de interés Denominador: No. total de instalaciones evaluadas (muestra)	Auditoria de expedientes	Semestral
2	% de mujeres en edad fértil que usaron un anticonceptivo	Mide el uso de anticonceptivos en la población.	Numerador: No. de mujeres 15-49 utilizando un método anticonceptivo Denominador: Estimación del total de mujeres 15-49 en la población del área *100 Denominador alternativo: Mujeres en edad fértil en unión en la población	N-Hoja de registros diarios de actividades D-Estimación en base a datos del INE o censo de los servicios de salud Encuestas de salud	Semestral Aprox. cada 5 años
3	Tasa de nacimientos en la población total	Tasa bruta de natalidad Es el número de nacimientos por cada 1000 habitantes	Numerador: Total de nacimientos. Denominador: Población total	Registros del INEC	Anual
4	Tasa global de fecundidad	Tasa global de fecundidad Es el número total de hijos que tiene una mujer en su vida si se comportara como las mujeres de cada edad específica.	Numerador: Suma de las tasas específicas de fecundidad para cada edad. Denominadosr: 100,000 mujeres	Encuestas de Salud y/ o Registros del INEC	Anual
5	Demanda insatisfecha de métodos anticonceptivos ODM	El porcentaje de mujeres que no quieren tener más hijos pero no están utilizando un método anticonceptivo	Numerador: No. de mujeres 15-49 que no están embarazadas, no quieren embarazarse y no están utilizando un método anticonceptivo Denominador: Mujeres de edad fértil en unión	Encuestas de Salud	Periodicamente
	Número de mujeres que	Usuaris nuevas de	Número de mujeres que obtienen un	Registros diarios del	Mensual

Tabla 11 Indicadores de Planificación Familiar					
	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
6	aceptan un método anticonceptivo por primera vez	anticonceptivos Expansión del programa de planificación familiar	anticonceptivo e indican que es primera vez de utilizarlo	servicio Hoja clínica perinatal	
7	Número de usuarios activos de métodos anticonceptivos por tipo de método	Usuaris activas de anticonceptivos El número de mujeres que están utilizando los servicios de salud para obtener anticonceptivos	Todas las mujeres que acuden al programa por primera vez (usuarias nuevas) MAS mujeres que se re-abastecen durante el año (usuarias subsiguientes).	Registros diarios del servicio Hoja clínica perinatal	Mensual
8	% de usuarias de anticonceptivos por tipo de método	Mezcla de métodos La mezcla de métodos anticonceptivos siendo utilizados por las mujeres que están utilizando anticonceptivos. Es un indicador que puede señalar problemas en el acceso o disponibilidad a métodos específicos.	Numeradores: No. de mujeres usando cada tipo de método Denominador: Todas las usuarias activas de anticonceptivos (vea indicador arriba)	Registros diarios del servicio Hoja clínica perinatal	Mensual
Adolescentes					
9	Tasa específica de fecundidad para mujeres de 15 – 19 años	Tasa de natalidad en adolescentes El número de nacimientos ocurridos en mujeres de 15 – 19 años.	Numerador: Número de nacimientos a mujeres entre 15 – 19 años Denominador: Número de mujeres 15-19 en la población (expresado por 1000 mujeres)	Encuestas poblacionales o registros vitales de nacimientos.	Anual
10	Porcentaje de mujeres 15 – 19 años utilizando un método anticonceptivo.	Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos entre adolescentes	Numerador: Número de mujeres 15 – 19 años utilizando un método anticonceptivo. Denominador: Total de mujeres 15 – 19 años en la población.	N -Hoja de registros diarios de actividades D -Estimación en base a datos del INE	Mensual

Tabla 11 Indicadores de Planificación Familiar

	Indicador	Que mide	Como se define (Como se construye)	Fuente de información	Periodicidad
			 Encuestas de salud	Aproximadamente cada cinco años
11	Porcentaje de mujeres 15- 19 que no desean un embarazo y no están usan un método anticonceptivo	Demanda insatisfecha de anticonceptivos entre adolescentes El porcentaje de mujeres que no quieren tener más hijos pero no están utilizando un método anticonceptivo	Numerador: No. de mujeres 15-19 que no están embarazadas, no quieren embarazarse y no están utilizando un método anticonceptivo Denominador: Mujeres de edad fértil en unión	N -Hoja de registros diarios de actividades D -Estimación en base a datos del INE Encuestas de salud	Mensual Aproximadamente cada cinco años

Anexo 23.

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD / CAJA DE SEGURO SOCIAL
EXPEDIENTE CLINICO ODONTOLÓGICO

Nombre: _____ # de cédula: _____ SS: _____
 Fecha de Nacimiento: _____ Edad: _____ Sexo: M F
 Domicilio o residencia _____ Teléfono: _____
 Lugar de trabajo: _____ Teléfono: _____ Ocupación: _____
 Persona a quien notificar en caso de urgencia: _____ Teléfono: _____
 Domicilio: _____ Relación: _____
 Motivo principal de la visita: _____

HISTORIA MÉDICA

Antecedentes familiares

Hay algún miembro de su familia directa con:

	SI	NO
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Enf. del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Convulsiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anemia falciforme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• OTRAS: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Afecciones Personales:

• Enf. del corazón	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Presión alta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Tratamiento psiquiátrico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Anemias y/o trastornos de coagulación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Si es sí, a qué? _____		
• Infecc. de Transmisión Sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas Digestivos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• VIH / SIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Embarazo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• OTRAS: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Toma medicamentos?

Si es sí, cuáles? _____

Toma drogas lícitas o ilícitas?

Si es sí, cuáles? _____

Toma medicamentos naturistas?

Sí es sí, cuáles? _____

HISTORIAL BUCAL

Ha recibido anestesia dental? SI NO

Hay sensibilidad dental a: SI NO

Calor Dulce Frío Masticación

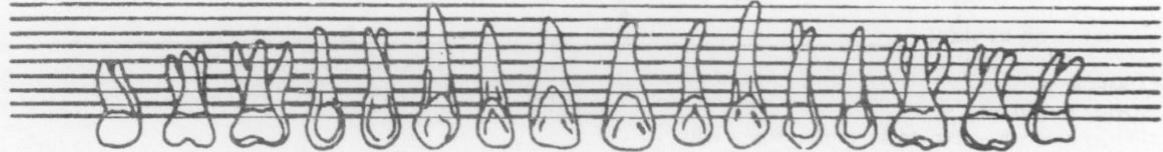
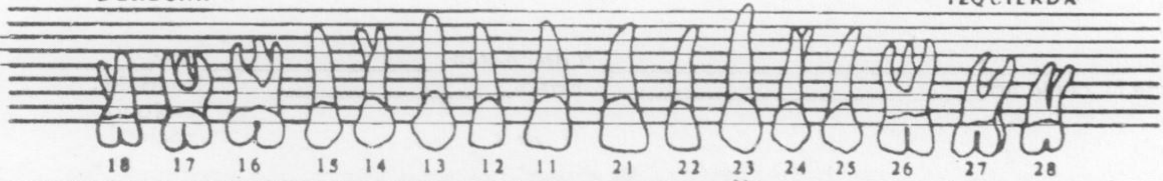
Observaciones: _____

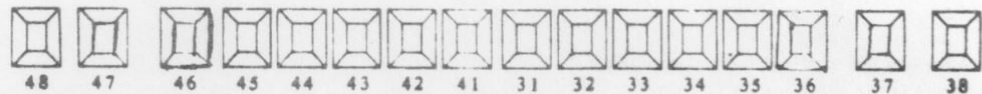
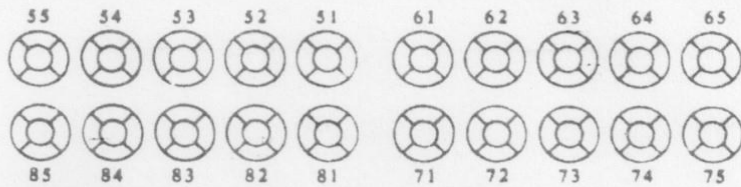
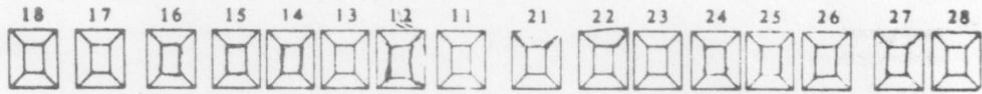
Acepto que lo respondido anteriormente es verdadero.

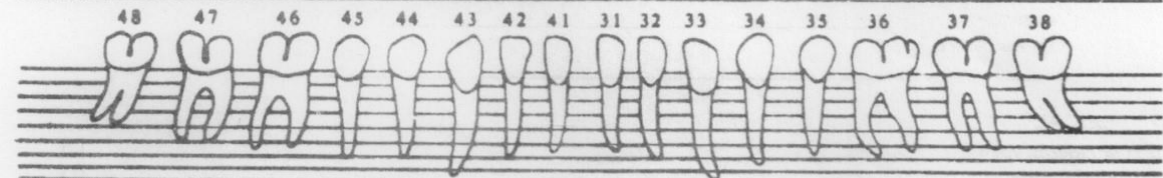
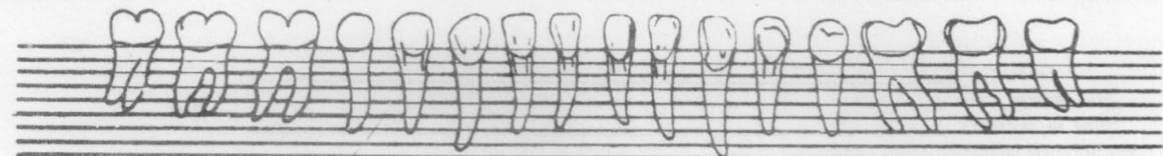
Firma Responsable: _____ Cédula: _____ Fecha: _____

DERECHA

IZQUIERDA







HALLAZGO: DIAGNOSTICO Y PRONOSTICOS

Hallazgos dentofaciales:
 Hábitos: _____
 Clasific. Molar: _____
 A. T. M.: _____
 Dolor: _____

Desviación: _____

Ruidos: _____

Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal (INTP)

Índice de O'Leary:

Hallazgos en tejidos blandos

Ganglios: _____
 Glándulas salivares: _____
 Mucosa Bucal: _____
 Labios: _____
 Lengua: _____
 Paladar Duro: _____
 Paladar Blando: _____
 Rebordes: _____
 Bucofaringe: _____
 Encías: _____
 Piso de Boca: _____
 Carrillos: _____

Pruebas Pulpares:

Piezas afectadas/ pruebas										
P. de frío										
Calor										
Eléctrica										
Palpación										
Presión										
Percusión										

Secuencia de tratamiento:

Nº de citas:

Costo total:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con SS: _____ y CIP _____
 he sido informado (a) de mi diagnóstico _____
 y comprendo la naturaleza del mismo.

Se me han explicado todos los procedimientos recomendados para un tratamiento integral con la finalidad de restituir mi salud bucal.

Comprendo que en ninguna manera el procedimiento propuesto constituye promesa o garantía de resultados y se me ha aclarado que puede ser necesaria la práctica de otros procedimientos a causa de eventos inesperados.

Comprendo también que de no seguir las indicaciones de cuidado e higiene bucal que se me han sugerido, o incumplir las citas, se minimizarán las posibilidades de un buen resultado.

(Para pacientes menores de edad o impedidos o de difícil manejo, que requieran ejecución de actividades curativas)

Autorizo al odontólogo (a) _____, para realizar las técnicas de control de comportamiento que se requieran para evitar accidentes durante los procedimientos.

Afirmo que estoy informado (a) sobre la naturaleza de la atención por recibir, los riesgos, beneficios, la atención alternativa razonable y la importancia del cuidado y seguimiento luego de la atención.

Igualmente, otorgo consentimiento para la administración de anestesia general o local, antibióticos y otros productos medicamentosos que se consideren sean necesarios en mi caso. Comprendo, que existen riesgos inherentes a la administración de todo producto medicamentoso y anestésico.

En virtud de lo anterior, otorgo autorización para la atención recomendada, bajo los términos establecidos. También otorgo autorización para la realización de procedimientos adicionales o alternativos en la medida en que sean necesarios a criterio del odontólogo (a)

Firma responsable:

Nombre: _____ CIP: _____ Fecha: _____
 CIP: _____

EJECUCION DEL TRATAMIENTO

Ejecución del Tratamiento

FECHA	ACTIVIDAD	EJECUTOR	ABONO	SALDO

Anexo 24

REPUBLICA DE PANAMA MINSA / C.S.S. **COLPOSCOPIA**

Fecha: _____ Institución: _____

Nombre: _____ Edad: _____ Céd.No.: _____
Domicilio: _____ Tel.: _____ Ocupación: _____

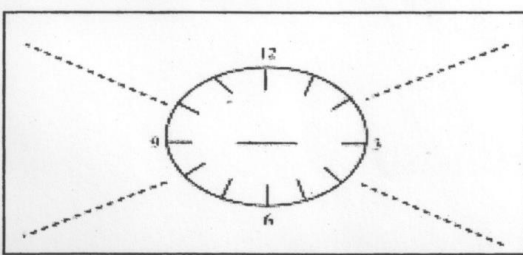
Menarca: ___ IVSA: ___ 1er Parto: ___ G P C A Cónyuges: ___ FUM ___ PF ___

Antecedentes:

IVHP ___ LIE ___ Colposcopia: ___ Tratamiento _____

Motivo de ingreso _____

PAP No. _____

HALLAZGO	Sigla	Dibujo	
Escamoso	O		
Ectopia	E		
U. Escamo Celular Visible	U	
Colpitis Condilomatosa	CC	***** ***** *****	
Epitelio Blanco	EB	//////	
Punteado	P	
Mosaico	M	# # # # # # # # # # # # # # #	
Leucoplasia	L	//////	
Orificios Glandulares Cornif.	OGC	
Vasos Atípicos	VA	* * * * * * * * * *	
Test de Shiller	Yodo	+ / -	
Otros			

DIAGNOSTICO COLPOSCOPICO

Nombre del Médico: _____ Registro _____

Firma: _____

BIOPSIA No. _____ Resultado: _____

Curetaje Endocervical: _____

Tratamiento: _____ Fecha: _____

No.	FECHAS	SEGUIMIENTO, HALLAZGOS Y CONDUCTAS

Anexo 25

REPÚBLICA DE PANAMÁ
SOLICITUD PARA EVALUACIÓN CITOLÓGICA
MINSA - CSS

Institución:

Apellidos **Nombres** **S.S.:**

Paterno **Materno** **Cónyuge** **Céd.:**

Teléfono:

Dirección Domiciliaria:

Dirección de Trabajo:

Teléfono:

Menarquia a los: años **1ª relación sexual a los:** años **Primer parto a los:** años

Menopausia a los: años

Fecha de toma:			
Edad:			
Ocupación:			
Estado civil:			
Fecha última menstruación:			
Usa anticonceptivos orales, IM, DIU, otros			
Grava, Para, Aborto			
Cónyuges: uno/ + uno			
Examen ginecológico y Observaciones			
Atendida por: (Letra imprenta)			
Fecha del próximo examen			

INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA - OPS/OMS (Para uso de Citología)

Número de Citología

A. ADECUACIÓN DE LA MUESTRA

Satisfactoria

No satisfactoria (Especifique)

B. INFORME (Véase Interpretación Citológica según lo apropiado)

Resultado o Interpretación Citológica			
---------------------------------------	--	--	--

C. OTROS

Células endometriales en Pacientes mayores de 40 años.

D. COMENTARIOS

--	--	--	--

Nombre (Letra imprenta)

Fecha de lectura

Nombre:		Cédula:	S.S.:
Edad			
Ocupación:			
Estado civil:			
Fecha última menstruación:			
Usa anticonceptivos orales, IM, DIU, otros			
Grava, Para, Aborto			
Cónyuges: uno/ + uno			
Examen ginecológico y Observaciones:			
Atendida por: (Letra imprenta)			
Fecha del próximo examen			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA - SISTEMA BETHESDA - OPS/OMS (Para uso de Citología)			
Número de Citología			
A. ADECUACIÓN DE LA MUESTRA			
<input type="checkbox"/> Satisfactoria			
<input type="checkbox"/> No satisfactoria (Especifique)			
B. INFORME (Véase Interpretación Citológica según lo apropiado)			
Resultado o Interpretación citológica			
C. OTROS			
<input type="checkbox"/> Células endometriales en pacientes mayores de 40 años.			
D. COMENTARIOS			
Nombre (Letra imprenta)			
Fecha de lectura			
INTERPRETACIÓN CITOLÓGICA "SISTEMA BETHESDA"			
A. Calidad de la muestra			
1. Satisfactoria	2. No satisfactoria a. Espécimen no procesado b. Espécimen procesado no satisfactorio	b.1. Celularidad escasa b.2. Fijación deficiente b.3. Resecación	b.4. Más del 75% de inflamación que oculta la muestra b.5. Sangre que oculta la muestra
B. Informe o Resultado			
NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL O MALIGNIDAD		NEGATIVO POR LESIÓN INTRAEPITELIAL CON OTROS HALLAZGOS NO NEOPLÁSICOS	
Organismo Tricomonas vaginales Cándidas	Herpes virus Vaginosis bacteriana Actinomyces	a. Cambios celulares reactivos asociados a: Inflamación Radiación	b. Estado glandular post-histerectomizada c. Atrofia
ANORMALIDADES DE LAS CÉLULAS EPITELIALES			
1. Células Escamosas a. Células Escamosas Atípicas (CEA) <input type="checkbox"/> De significado indeterminado (ASC-US) <input type="checkbox"/> No se puede excluir LIEAG (ASC-H)		b. Lesión intraepitelial escamosa de Bajo Grado (LIEBG) Incluye: IPVH/Displasia Leve/Neoplasia intraepitelial cervical/NIC I c. Lesión Intraepitelial Escamosa de Alto Grado (LIEAG) Incluye: Displasia Moderada, Severa y Carcinoma In Situ/NIC II/NICIII d. Carcinoma Escamo Celular o de Células Escamosas	
2. Células Glandulares a. Células Glandulares Atípicas (AGC) <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> No específicas	b. Células Glandulares Atípicas probablemente Neoplásicas <input type="checkbox"/> Endocervicales <input type="checkbox"/> Endometriales <input type="checkbox"/> No específicas	c. Adenocarcinoma Endocervical In Situ (AIS) d. Adenocarcinoma Endometrial e. Adenocarcinoma (No específico)	
C. Otros			
Células endometriales en pacientes mayores de 40 años			

Anexo 26

TOMA DE PAPANICOLAOU		
No.	FECHA	INSTITUCIÓN DE SALUD
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

Esta tarjeta contiene información médica indispensable para una mejor atención de la interesada. En caso de extravío se ruega la haga llegar al Centro o Policlínica de Salud.
RECUERDE: El examen de PAPANICOLAOU debe hacerse una vez cada año.

REPÚBLICA DE PANAMÁ
 MINISTERIO DE SALUD
 CAJA DE SEGURO SOCIAL

TARJETA PARA LA PREVENCIÓN DEL CÁNCER CERVICO UTERINO

APELLIDOS		
PATERNO	MATERNO	CONYUGE
NOMBRES:		

No. HISTORIA CLÍNICA: _____

No. SEGURO SOCIAL: _____

No. DE CÉDULA: _____

ESTA TARJETA ES PARA EL CONTROL DE PAPANICOLAOU. CUIDELA YA QUE DEBE PRESENTARLA CADA VEZ QUE ACUDA A UNA CONSULTA MÉDICA.

IMPRESA MINSA

No. DE CITOLOGÍA	FECHA			PAP	NOMBRE RESPONSABLE (Letra Imprenta)	OBSERVACIONES Y FECHA DEL PRÓXIMO EXAMEN
	DÍA	MES	AÑO			

Anexo 27

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL

PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institución:		Cód. 02-1268-28		
APELLIDOS: PATERNO MATERNO CONYUGUE		NOMBRES		No. de H.C., S.S. O Céd.
DIRECCION CALLE		No. DE CASA	SECTOR	CORREGIMIENTO
			DISTRITO	TELEFONO
EDAD	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unida <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda		NIVEL DE INSTRUCCION DE LA MUJER <input type="checkbox"/> Sin Instruccion <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria	
Ultimo año aprobado				
TRABAJO REMUNERADO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Hrs / D		Fuera del Hogar <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	OCUPACION DEL CONYUGUE <input type="checkbox"/> No tiene conyugue <input type="checkbox"/> obrero <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> Estable <input type="checkbox"/> Inestable <input type="checkbox"/> Sin trabajo <input type="checkbox"/> Tecnico <input type="checkbox"/> Profesional	
DATOS DE LA VIVIENDA Número de personas que viven en la casa: _____ Número de habitaciones usadas para dormir _____ Número de personas por habitación. _____		Agua Corriente adentro de la Casa Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Servicio Sanitario Instalado <input type="checkbox"/> No tiene <input type="checkbox"/> Comunal <input type="checkbox"/> Individual
MOTIVO DE CONSULTA				
ANTECEDENTES FAMILIARES: Detallar todo antecedente positivo.				
ANTECEDENTES PERSONALES: Antecedentes anteriores al problema actual, en caso positivo, detallar indicando No.				
1. Cardiovasculopatias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
2. Hipertensión Crónicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
3. Diabetes	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
4. Bocio	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
5. Otras Endocrinopatias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
6. TBC Pulmonar	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
7. Pat. Psiquiatricas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
8. Enf. Venereas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
9. Infección Pelvicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
10. Af. Vías Urinarias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
11. Anemia	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
12. Toxoplasmosis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
13. Cáncer Ginecológico	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
14. Varices	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
15. Fiebitis	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
16. Hepatopatias	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
17. Traumatismos	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
18. Interv. Quirurgicas	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
19. Otras Describir	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
FUMA ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si No de Cigarrillos		BEBE ACTUALMENTE <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si Crónico <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		USA DROGAS <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si (Esp)

HCP 14

ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO - GINECOLOGIA
Y PLANIFICACION FAMILIAR

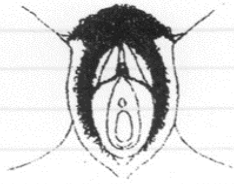
ANTECEDENTES OBSTETRICOS: Anotar toda aclaración en Observaciones								
GRAVA	PARA - Veg. Ces	ABORTOS	NAC MTOS	NIÑOS VIVOS A LA FECHA	FECHA TERM. ULT. EMB		FORMA TERM, ULT. EMB	
					Día	Mes	Año	
OBSERVACIONES:								
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS								
HISTORIA MENSTRUAL: Anotar toda aclaración en OBSERVACIONES, precedida por el No. correspondiente								
1. MENARQUIA A LOS	años	2. F.U.M.	Día	Mes	Año	3. INDICE MENSTRUAL		
OBSERVACIONES:								
4. Eumenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
5. Amenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
6. Polimenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
7. Oligomenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
8. Hipomenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
9. Hipermenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
10. Metrorragia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
11. Menorragia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
12. Dismenorrea <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
13. Menopausia <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No								
HISTORIA CONYUGAL: Anotar toda aclaración en OBSERVACIONES, precedido por el No. Correspondiente.								
1. INICIO DE VIDA SEXUAL	2. No. de conyuge	3. TIEMPO CON ACTUAL	4. ACTIVIDAD SEXUAL	5. DISPAREUNIA	6. LIBIDO	7. ORGASMO		
			<input type="checkbox"/> Continua <input type="checkbox"/> Ocasional <input type="checkbox"/> Esporadica	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Disminuido <input type="checkbox"/> Aumentado	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		
6. INFERTILIDAD CONYUGAL		9. PLANIFICACIÓN FAMILIAR ACTUALMENTE (Si es "Si" indica el metodo)						
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si	<input type="checkbox"/> Gestágeno Oral <input type="checkbox"/> D.I.U.	<input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Jalea, crema	<input type="checkbox"/> Condón <input type="checkbox"/> Coito Interrumpido	<input type="checkbox"/> Esterilización (Esp.) <input type="checkbox"/> Otro (Esp.)		
OBSERVACIONES								
EXAMEN FISICO: En caso de anomalías, detallar en OBSERVACIONES, indicando el No. Correspondientes								
1. PESO (Kg)	2. TEMP	3. PULSO	4. PA	5. CABEZA	6. OJOS	7. NARIZ	8. OTROS	9. EX ODONT
				<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
10. CUELLO	11. TORAX	12. PULMONES	13. CORAZON	14. ABDOMEN	15. COLUMNA	16. EXTREM	17. TACTO REC	18. PIEL
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
OBSERVACIONES								

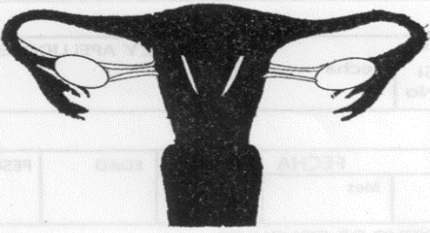
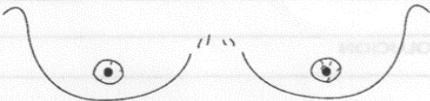
REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institución:

APELLIDOS PATERNO	MATERNO	CONYUGE	NOMBRES	No. de H.C. S.S. ó Céd.
-------------------	---------	---------	---------	-------------------------

EXAMEN GINECOLOGICO

<p>VULVA</p> <hr/> <hr/> <p>VAGINA</p> <hr/> <hr/>							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">CUELLO</td> <td style="width: 15%;"> FROTIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No </td> <td style="width: 15%;"> PAP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No </td> <td style="width: 15%;"> OCHILLER <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO </td> <td style="width: 15%;"> BIOPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No </td> <td style="width: 15%;"> COLSPOSCOPIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No </td> </tr> </table>	CUELLO	FROTIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	PAP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	OCHILLER <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	BIOPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	COLSPOSCOPIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	
CUELLO	FROTIS <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	PAP <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	OCHILLER <input type="checkbox"/> POSITIVO <input type="checkbox"/> NEGATIVO	BIOPSIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No	COLSPOSCOPIA <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> No		

<p>CUERPO</p> <hr/> <hr/> <p>ANEXOS Y PARAMETRIOS</p> <hr/> <hr/> <p>MAMAS</p> <hr/> <hr/>	 
--	---

EXAMEN COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS: Al solicitar un examen poner una cruz en el casillero.

- | | | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemograma | <input type="checkbox"/> Glicemia | <input type="checkbox"/> Rx Torax | <input type="checkbox"/> Espermograma | <input type="checkbox"/> Otro (Especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Tipaje y Fth | <input type="checkbox"/> Urinalisis | <input type="checkbox"/> E K G | <input type="checkbox"/> Histerosalpingografía | _____ |
| <input type="checkbox"/> V D R L | <input type="checkbox"/> Heces | <input type="checkbox"/> Ultrasonografía | <input type="checkbox"/> Insufiacion | _____ |

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

		CITA	FECHA
		<input type="checkbox"/> SI	
		<input type="checkbox"/> No	
FECHA	NOMBRE APELLIDO (En letra Imprenta)	FIRMA	

FECHA			EDAD	PESO (KG.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.			
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año	
MOTIVO DE CONSULTA											
EVOLUCION											
DIAGNOSTICOS											
INDICACIONES											
CITA		NOMBRE Y APELLIDO (En letras de Imprenta)				FIRMA					
<input type="checkbox"/> Si	Fecha										
<input type="checkbox"/> No											

FECHA			EDAD	PESO (KG.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.			
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año	
MOTIVO DE CONSULTA											
EVOLUCION											
DIAGNOSTICOS											
INDICACIONES											
CITA		NOMBRE Y APELLIDO (En letras de Imprenta)				FIRMA					
<input type="checkbox"/> Si	Fecha										
<input type="checkbox"/> No											

REPUBLICA DE PANAMA

MINISTERIO DE SALUD CAJA DE SEGURO SOCIAL
PROGRAMA MATERNO INFANTIL

Institución:		Hoja No.
--------------	--	----------

APELLIDOS PATERNO	MATERNO	CONYUGE	NOMBRES	No. de H.C., S.S. ó Céd.
-------------------	---------	---------	---------	--------------------------

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA	Fecha	NOMBRE Y APELLIDOS (En Letras de Imprenta)	FIRMA
<input type="checkbox"/> Sí			
<input type="checkbox"/> No			

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año

MOTIVO DE CONSULTA

EVOLUCION

DIAGNOSTICOS

INDICACIONES

CITA	Fecha	NOMBRE Y APELLIDOS (En Letra de Imprenta)	FIRMA
<input type="checkbox"/> Sí			
<input type="checkbox"/> No			

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año
MOTIVO DE CONSULTA										
EVOLUCION										
DIAGNOSTICOS										
INDICACIONES										
CITA										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Fecha Nombre y Apellidos (En Letras de Imprenta)										
FIRMA										

FECHA			EDAD	PESO (Kg.)	TEMP.	PULSO	P.A.	F.U.M.		
Día	Mes	Año						Día	Mes	Año
MOTIVO DE CONSULTA										
EVOLUCION										
DIAGNOSTICOS										
INDICACIONES										
CITA										
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No										
Fecha NOMBRE Y APELLIDOS (En Letra de Imprenta)										
FIRMA										

Anexo 28

REPÚBLICA DE PANAMÁ MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL PROGRAMA MATERNO INFANTIL					ESTADO CIVIL
Institución					No. de H.C., S.S. ó Ced.
APELLIDOS: PATERNO		MATERNO		CÓNYUGE	NOMBRES
SI EN ESTA INSTITUCIÓN NO HAY INFORMACIÓN DEL ÚLTIMO EMBARAZO DE ESTA PUERPERA LLENAR EL REVERSO.					
EDAD	CONTROL PRENATAL		ATENCIÓN DEL PARTO		
	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> Institución	<input type="checkbox"/> Privado	<input type="checkbox"/> Institucional
					<input type="checkbox"/> Privado
					<input type="checkbox"/> Otro (Esp.)
TERMINACIÓN DEL EMBARAZO					
<input type="checkbox"/> Aborto <input type="checkbox"/> Parto Espontáneo <input type="checkbox"/> Cesárea <input type="checkbox"/> Forceps <input type="checkbox"/> Otra (Esp.)					
RECIÉN NACIDO, NACIÓ		RECIÉN NACIDO MURIÓ DESPUÉS DE NACER		SI EL NIÑO VIVE: CONTROLADO	
<input type="checkbox"/> Vivo		<input type="checkbox"/> Muerto		<input type="checkbox"/> Sí	
		<input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> No	
		<input type="checkbox"/> Sí _____ días de vida			
ATENCIÓN PUERPERAL: En Caso que sea necesario ampliar un dato, anotar en OBSERVACIONES indicando el número correspondiente					
1. DÍAS DE PUERPERIO		2. PESO (kg.)	3. TEMPERATURA (C°)	4. PULSO	5. PRESIÓN ARTERIAL
6. MAMAS		7. LACTANCIA		8. INVOLUCIÓN UTERINA	
<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Mastitis <input type="checkbox"/> Turgentes <input type="checkbox"/> Grietas <input type="checkbox"/> Otro (Esp.) _____		<input type="checkbox"/> Pecho <input type="checkbox"/> Artificial (Por qué?) <input type="checkbox"/> Mixta		Normales Anormal (Esp.) _____	
9. CICATRIZ OPERATORIA ABDOMINAL			10. PERINE		
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dehiscencia <input type="checkbox"/> Infección Otros (Esp.) _____			<input type="checkbox"/> Episiotomía <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Dehiscencia <input type="checkbox"/> Desgarros <input type="checkbox"/> Infección <input type="checkbox"/> Otra (Esp.)		
11. LOQUIOS		12. SÍNTOMAS DE INFECCIÓN URINARIA		13. EVACUACIONES	14. EXTREMIDADES INFERIORES
<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Abundantes <input type="checkbox"/> Fétidos <input type="checkbox"/> Purulentos <input type="checkbox"/> Otro (Esp.) _____		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Constipación	<input type="checkbox"/> Normales <input type="checkbox"/> Edema <input type="checkbox"/> Várices <input type="checkbox"/> Otro (Esp.)
15. EXÁMENES DE LABORATORIO SOLICITADOS					
<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Esp.)					
N° DEL ITEM	OBSERVACIONES:				
DIAGNÓSTICOS:					
PRÓXIMA CITA:					FECHA
<input type="checkbox"/> Planificación Familiar <input type="checkbox"/> Otra (Esp.)					
FECHA		NOMBRE Y APELLIDOS DEL RESPONSABLE (Letra Imprenta)		FIRMA	
Día	Mes	Año			

HCP 13

CONTROL PUERPERAL

ESTADO CIVIL				NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA PUERPERA											
<input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Unida <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Separada <input type="checkbox"/> Viuda				<input type="checkbox"/> Sin Instrucción <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Técnica <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria											
Último Año Aprobado _____															
ANTECEDENTES FAMILIARES: En caso positivo detallar parentesco, indicando el número correspondiente.															
1. Diabetes		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
2. Tbc. Pulmonar		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
3. Anomalías Congénitas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
4. Otros (Describir)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
ANTECEDENTES PERSONALES: Enfermedades anteriores al actual embarazo, en caso positivo detallar indicando el N° correspondiente.															
1. Cardiopatías		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
2. Hipertensión Crónica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
3. Diabetes		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
4. Infecciones Urinaria		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
5. Tbc. Pulmonar		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
6. Intervención Quirúrgica		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
7. Patologías Psiquiátricas		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
8. Lúes		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
9. Rasgos Falcémicos		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
10. Anemia (Otra) Describir		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
11. Toxoplasmosis		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
12. Otros (Describir)		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No													
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS: Antes de anotar una observación, indicar el N° de orden correspondiente.															
N° DE ORDEN	TERMINACIÓN DEL EMBARAZO								PATOLOGÍA DURANTE EMBARAZO		H I J O				
	FECHA		ABORTO		PARTO VAGINAL			Cesárea	Meses de Gest.	HOSPITAL		PESO AL NACER (kg.)	VIVO	MUERTO	
	Mes	Año	Esp.	Prov.	Esp.	Forc.	Otra			Sí	No			Sí	No
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
												Kg.			
OBSERVACIONES:															

Anexo 29

MINISTERIO DE SALUD – CAJA DE SEGURO SOCIAL FORMULARIO DE SOLICITUD DE PRUEBA SEROLOGICA DE VIH

COD.4-02-0846-20

Instalación de Salud:		Hospitalizado <input type="checkbox"/>	Ambulatorio <input type="checkbox"/>	Asintomático <input type="checkbox"/>
Región de Salud:		Sala _____		Sintomático <input type="checkbox"/>
		Cama _____		
Nombre Completo			Edad	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Cédula ó Pasaporte	Seguro Social	No. Historia Clínica	Tel. Casa	Tel. Trabajo
Residencia Permanente (localidad):		Corregimiento	Distrito	Provincia

MOTIVO DE LA SOLICITUD

Embarazo <input type="checkbox"/>	Investigaciones Judiciales <input type="checkbox"/>	Voluntario <input type="checkbox"/>	HSH <input type="checkbox"/>	HF <input type="checkbox"/>
Donantes <input type="checkbox"/>	y Médico Legales <input type="checkbox"/>	Pre-Operatorio <input type="checkbox"/>	HT <input type="checkbox"/>	ITS <input type="checkbox"/>
Control de Salud <input type="checkbox"/>	Exposición Ocupacional <input type="checkbox"/>	CT de ITS <input type="checkbox"/>	DG <input type="checkbox"/>	TB <input type="checkbox"/>
Matrimonio <input type="checkbox"/>	Exposición Perinatal <input type="checkbox"/>	CT de VIH <input type="checkbox"/>	TCS <input type="checkbox"/>	Tr.San. <input type="checkbox"/>
Otros: _____		Abuso Sexual <input type="checkbox"/>		

Recibí orientación acerca del VIH
Sí No

Acepto se me realice
la prueba de VIH:
Sí No

Firma del paciente o su representante legal _____ Cédula _____

Se ha realizado esta prueba antes?
Sí Fecha: _____
No

Resultado de la prueba: Positivo Negativo Indeterminado

Solicitado por: _____ Fecha de solicitud: _____

PARA USO EXCLUSIVO DEL LABORATORIO CLÍNICO LOCAL Y/O REGIONAL

Fecha de toma de muestra	Fecha de recibo de muestra	Fecha de envío de muestra al LCRSP	Nº de Muestra
PRUEBA RÁPIDA			
PRUEBA DE ELISA	1. Abs.	Cut off.	
	2. Abs.	Cut off.	
Observación			
Examen no realizado por:			

Firma y Sello del Tecnólogo _____

Fecha de Informe: _____

INSTRUCTIVO DE MOTIVO DE SOLICITUD

(Desprender el instructivo antes de entregar el formulario al paciente)

- En esta casilla se colocará el motivo por el cual se solicita la prueba, se describe el significado de las siglas:
1. CT de ITS: se refiere a toda persona contacto de un individuo con una Infección de Transmisión Sexual
 2. CT de VIH: se refiere a toda persona contacto de un individuo portador del VIH
 3. HSH-P: se refiere a hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres cuyo factor de riesgo sea el cambio frecuente de parejas sexuales o relaciones sexuales con varias parejas a la vez
 4. HT-P: se refiere a toda persona heterosexual cuyo factor de riesgo sea el cambio frecuente de parejas sexuales o relaciones sexuales con varias parejas a la vez
 5. TCS: se refiere a la Trabajadora (or) Comercial del Sexo
 6. DG: se refiere a las personas usuarias de drogas ilícitas
 7. Tr.San.: se refiere a toda persona que ha sido transfundida o poli transfundida
 8. HF: se refiere a las personas hemofílicas
 9. ITS: se refiere a individuos con infecciones de transmisión sexual
 10. TB: se refiere a individuos con diagnóstico de tuberculosis

NOTA: Dando cumplimiento a lo establecido en la Ley No.3 General sobre las ITS/VIH/SIDA del 5 de enero de 2000, a toda persona que se le solicite la prueba se le deberá dar orientación acerca del VIH, y si acepta realizársela debe firmar en el formulario de solicitud, para dejar constancia de su consentimiento.

Anexo 30

REPUBLICA DE PANAMA
MINISTERIO DE SALUD - CAJA DE SEGURO SOCIAL
Form. 39 Planificación Familiar

Nombre del Centro de Salud _____

Ficha No. _____

Nombre de la Mujer _____

Para uso de la Paciente

Método Usado
FECHAS PARA CITAS DE CONTROL

MES	1er. Año	2do. Año	3er. Año
Enero			
Febrero			
Marzo			
Abril			
Mayo			
Junio			
Julio			
Agosto			
Septiembre			
Octubre			
Noviembre			
Diciembre			

Expedido por: _____

Firma del Médico Responsable

Fecha de expedición: _____

Anexo 31.

a. Atención Preconcepcional

La **Atención preconcepcional** se define como el conjunto de intervenciones que se realizan a la mujer antes del embarazo para identificar y modificar factores de riesgo cuando sea posible, y para reducir daños o evitarlos en futuros embarazos.

- **Planificación Familiar**

La orientación / consejería en planificación familiar se ofrece a *todas las mujeres en edad fértil* en todas las consultas, incluyendo aquéllas con mujeres adolescentes u otras no consideradas de urgencia o morbilidad grave. Esto incluye la oferta de servicios de orientación / consejería en las consultas pediátricas.

La orientación/consejería se ofrece utilizando los lineamientos de las Normas Técnico Administrativas de Atención Integral a la Mujer La Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de Planificación Familiar de la OMS y/o el Modelo de Orientación/Consejería en Planificación Familiar Intercultural. En el caso de los servicios de orientación/consejería para adolescentes, la base son las Guías de Integración y Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN). Los proveedores de salud deben ofrecer a la mujer una amplia gama de métodos entre los que poder decidir, a partir de una discusión directa con el proveedor.

- **Consulta inicial de Atención Preconcepcional**

El propósito del asesoramiento en esta etapa es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. La consulta preconcepcional consiste en una entrevista programada previa al embarazo entre una mujer (o una mujer y su pareja) y el equipo de salud, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta del asesoramiento preconcepcional es que la mujer y su pareja reciban toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo. A continuación, la Tabla 1 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres y/o sus parejas en el periodo preconcepcional:

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
Brindado por personal de: <u>Nivel comunitario:</u> Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT <u>Nivel institucional :</u> Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
<u>Nivel Comunitario e institucional Promoción Orientación/ Consejería sobre:</u> Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios	<u>Promoción/Orientación/ Consejería sobre:</u> Planificación Familiar. Importancia de controlar las enfermedades crónicas, (diabetes, hipertensión). Hábitos y estilos de vida (fumar, ingerir licor etc.) prevención de infecciones (VIH, hepatitis B, rubeola, tétanos, sífilis, otras ITS, infecciones bucodentales, etc.) Oferta sistemática de todos los servicios ambulatorios Elaboración del plan de parto	<u>Funciones de CONE básico</u> Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración) Realización de esterilización quirúrgica voluntaria después de un evento obstétrico y/o de intervalo Atención de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) descompensadas. Manejo de ITS complicadas
<u>Solo Nivel Institucional Prevención</u> Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	<u>Prevención</u> Prescripción y entrega de Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Aplicación de vacunas de acuerdo a esquemas de inmunización nacional.	
Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles Referencia a consulta odontológica Detección, atención inicial/estabilización de complicaciones y referencia oportuna. Identificación de MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y referencia. Atención ambulatoria de la púérpera y su recién nacido	Oferta de todos los métodos anticonceptivos disponibles (temporales hormonales, de barrera y de larga duración - DIU) Atención odontológica a MEF (incluye adolescentes) Detección, tratamiento inicial/estabilización y referencia de las complicaciones Atención a MEF (incluye adolescentes) con enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión)	

Tabla 1: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el periodo Pre-concepcional		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención pre-concepcional normal - identifica y refiere complicaciones	Atención pre-concepcional normal, estabiliza y refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones pre-concepcionales
	controladas. Realiza pruebas para VIH Identificación y manejo de ITS no complicadas Atención ambulatoria de la puérpera y su recién nacido	
La atención durante el post-parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención-Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

b. Atención Prenatal

La **Atención Prenatal** es el segundo pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en detectar tempranamente el embarazo para valorar el estado de salud de la mujer y su producto y, en consecuencia, poder indicar medidas nutricionales y suplementarias adecuadas, definir el inicio o la compleción del esquema de inmunización, apoyar a la mujer y su familia con un plan educativo y controlar las posibles condiciones de riesgo o patologías que puedan presentarse en el transcurso del embarazo.

A continuación, la Tabla 2 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderá a las mujeres durante el embarazo

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
<u>Brindado por personal de:</u> <u>Nivel comunitario:</u> Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT <u>Nivel institucional :</u> Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	<u>Brindado por personal de:</u> Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	<u>Brindado por personal de:</u> Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
<u>Nivel Comunitario e Institucional</u> <u>Promoción</u> Orientación sobre signos y síntomas de peligro Elaboración del Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	<u>Promoción</u> Orientación sobre signos y síntomas de peligro Plan de Parto y traslado Orientación nutricional Promoción de la lactancia materna exclusiva Promoción y consejería sobre planificación familiar. Consejería individualizada a embarazadas según necesidades Educación sobre alimentación y nutrición durante el embarazo, puerperio y la lactancia.	<u>Funciones de CONE básico</u> Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre Identifica y maneja las complicaciones del embarazo.
<u>Solo Nivel Institucional</u> <u>Prevención</u> Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Evaluación nutricional, referencia si es necesario según norma Identificación de señales de peligro y/o complicaciones y referencia oportuna Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Referencia a consulta odontológica Referencia a CONE básico para exámenes de laboratorio de rutina para CPN	<u>Prevención</u> Inmunizaciones de acuerdo a la norma nacional Control prenatal de acuerdo a la norma Identificación de señales de peligro. Estabilización, tratamiento inicial y referencia de las complicaciones Aplicación de antibióticos y anticonvulsivantes parenterales Determinación de biometría hemática completa, glucemia y VDRL/RPR Determinación del grupo sanguíneo ABO y Rh Prescripción y entrega de Hierro y Ácido Fólico, de acuerdo a las normas nacionales. Evaluación nutricional Atención odontológica Detección del VIH en mujeres de	

Tabla 2: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE en el Embarazo		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y refiere complicaciones.	Atención prenatal normal, identifica riesgos y signos de peligro, estabiliza y maneja o refiere complicaciones.	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el embarazo.
	alto riesgo y de otras ITS.	
La atención durante la gestación será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo - MINSA, CSS (2014)		

c. Atención durante el parto

La atención a la mujer durante el parto es el tercer pilar de la maternidad segura. Su importancia radica en garantizar que el personal que atiende el parto tenga las competencias (conocimientos y habilidades) y los insumos necesarios para llevarlo a cabo en forma limpia y segura, tanto para la madre, como para el bebé.

La Tabla 3 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el parto.

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
<u>Brindado por personal de:</u> <u>Nivel comunitario:</u> Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT <u>Nivel institucional :</u> Giras Itinerantes	<u>Brindado por personal de:</u> Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	<u>Brindado por personal de:</u> Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)

Tabla 3: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el parto

C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención de gestante con parto inminente o sin posibilidad de llegar a tiempo a CONE básico (por inaccesibilidad). Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Manejo inicial/ Estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas - Manejo inicial/estabiliza y refiere.	Atención de gestante con parto normal, instrumental o quirúrgico. Identifica signos de peligro y/o complicaciones maternas. Diagnostica y resuelve las complicaciones maternas.
Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas		
<u>Nivel Comunitario e Institucional Promoción</u> Signos de peligro durante el trabajo de parto, parto y post-parto inmediato Activación del Plan de Parto y traslado Importancia de la Atención Institucional del parto Prevención CCPPT: Activa plan de traslado de gestantes a albergue materno o instalación de CONE Básico para atención institucional del parto o de complicaciones durante el trabajo de parto y parto. Garantiza apoyo a la mujer y su familia Diagnóstico y referencia de gestantes en trabajo de parto a instalaciones con CONE básico o completo Atención del parto inminente o domiciliario y otro por inaccesibilidad, identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y referencia.	Vigilancia del Trabajo de parto, uso del Partograma Identificación de signos de peligro durante el trabajo de parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Atención del parto normal de acuerdo a normas Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de signos de peligro durante el parto, manejo inicial/estabilización según norma y referencia Aplicación de antibióticos, oxitócicos (MATEP) y anticonvulsivantes parenterales según norma	<u>Funciones de CONE Básico</u> Identifica y maneja las complicaciones del trabajo de parto, parto, post parto inmediato Atención de la gestante referida con signos de peligro o complicaciones Manejo de los riesgos y complicaciones maternas identificadas de acuerdo a normas Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre
Solo Nivel Institucional Manejo Activo de la Tercera Etapa del Parto (MATEP) Identificación de factores de riesgo y signos y síntomas de peligro durante el trabajo de parto y parto Manejo inicial/estabilización y referencia oportuna a instalación de CONE básico o completo según corresponda		
La atención durante el parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

d. Atención durante el Post parto

La importancia de la atención en el post parto inmediato y mediato radica en asegurar la calidad de vida futura de la madre y del neonato. Para ello, el personal que les atiende durante el puerperio debe tener las competencias técnicas, los insumos y los instrumentos necesarios.

La Tabla 4 detalla la cartera de servicios y los ambientes en que se atenderán a las mujeres durante el postparto.

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
Brindado por personal de: Nivel comunitario: Comité de Salud Parteras Promotores comunitarios CCPPT Nivel institucional : Giras Itinerantes Puestos de Salud Sub-centros de Salud Centros de Salud sin camas	Brindado por personal de: Centros de Salud que atienden partos MINSA CAPSI Hospital Rural Hospital Distrital	Brindado por personal de: Hospitales Regionales Hospitales Generales Hospitales Nacionales (III nivel)
Nivel Comunitario e Institucional Promoción Signos y síntomas de peligros en el post parto Cuidados de la puérpera y del recién nacido Orientación sobre lactancia materna y planificación familiar Activación del plan de parto y traslado Importancia de asistir a l control puerperal Prevención Vigilancia del post parto inmediato y mediato de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad Identificación de signos y síntomas de peligro o complicación y referencia CCPPT: Activa el plan de traslado. Garantiza apoyo a la mujer y su familia	Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones maternas y manejo inicial/estabilización y referencia Aplicación de antibióticos (sepsis), oxitócicos (HPP) y anticonvulsivantes (HIE) Consejería en cuidados de la puérpera, recién nacido, lactancia materna exclusiva y planificación familiar Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de métodos anticonceptivos disponibles	Funciones de CONE Básico Diagnóstico y manejo de complicaciones post parto Oferta de Anticoncepción Post Evento Obstétrico definitivo (Esterilización quirúrgica voluntaria, si la mujer la eligió) Realiza cirugía obstétrica y transfusión de sangre

Tabla 4: Cartera de Servicios y Ambientes para CONE durante el post-parto		
C O N E Ambulatorio (comunitario e institucional)	C O N E Básico	C O N E Completo
Atención del post parto inmediato y mediato normal (de parto inminente, domiciliar u otro por inaccesibilidad). Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Atención del post parto inmediato y mediato. Identifica signos y síntomas de peligro o complicación. Estabiliza y refiere	Focaliza en diagnóstico, manejo y resolución de complicaciones durante el post parto inmediato y mediato, de partos normales, instrumentales o quirúrgicos
<u>Solo nivel Institucional</u> Vigilancia de signos vitales, involución uterina y sangrado en las primeras 2 horas post parto cada 15 min. Identificación de signos de peligro o complicaciones y manejo inicial/estabilización y referencia Inmunizaciones que requiera según norma Oferta de métodos anticonceptivos disponibles		
La atención durante el post parto será realizada según las Normas-Técnico Administrativas- y Protocolos de Atención- Atención del Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido, Atención Integral de la Mujer, Planificación Familiar y Vigilancia de la Mortalidad Materna y Perinatal - Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva, MINSA, CSS (2014), Panamá, y de las Guías para el Manejo de Complicaciones del Embarazo -MINSA, CSS (2014)		

Anexo 32

NOMBRE: _____ No. REGISTRO: _____

EVOLUCIÓN DEL CONTROL PRENATAL:

Lined area for recording prenatal control evolution.

PROMUEVA LA LACTANCIA MATERNA
"INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL PARTO Y HASTA EL AÑO DE VIDA"

Nº Orden 1. Antig. 2. No Antig.	Etnia/Ocup.	Ident. del Paciente Cédula.	EDAD			SEXO 1. Masc. 2. Femen.	Atención en el Año		RESIDENCIA DEL PACIENTE				Tipo de Atención				PAP 1. 1 2. 2 3. 3 4. 4	Prog. Esc./Adm.	Servicio al que se Refiere	REGISTRO DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS						DIAGNOSTICO CIE X 1. NVO. 2. REC. 3. Diagnóstico Crónico (Ingreso)												
			1. Dias	2. Meses	3. Años		1. Nvo	2. Sub.	Priv.	Dueto	Comun.	ZONA	1. Orit. 2. Med. 3. Urg.	1. Nro. 2. Nro 3. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Prog. 2. Otro				ESCUELA	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Emb. Alto Riesgo	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.	1. Nro. 2. Nro. 3. Nro. 4. Nro. 5. Nro.		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	COD	Nº	1.A	2.A	COD	Nº	1.A	2.A	3	DIAGNOSTICO CIE X	COD CIE-X	1.N	2.R	3.Ing	4	5	
15																																						
16																																						
17																																						
18																																						
19																																						
20																																						
21																																						
22																																						

ETNIA: 1.No Indígena 2.Kuna 3.Embera 4.Wounaan 5.Ngobe 6.Bugle 7.Naso o Teribe 8.Bokota 9.Bri Bri

ACTIVIDADES DE PROMOCION Y EDUCACION										ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS			
COD. TEC. EDUCATIVA	TECNICA EDUCATIVA	COD. ACT.	ACTIVIDAD	TIPO PROM.	TEMA	TIEMPO DE EJECUCION	PROGRAMA	Particip.		LUGAR DE EJECUCION	ACTIVIDADES ADMINISTRATIVAS	Tiempo Utilizado	
								H	M				

CODIGOS Y TECNICAS EDUCATIVAS:
01 Seminario
02 Taller
03 Seminario Taller
04 Curso
05 Reunión
06 Entrevista
07 Sesión de Consejo
08 Sesión de Reflexión
09 Demostración
10 Exposición diálogada
11 Radio Revista
12 Periódico
13 Dramatización.

TIPO DE PROMOCION:
1 Estilo de vida saludable
2 Salud ambiental, laboral y comunitaria
3 Otros

CODIGOS Y ACTIVIDADES:
001 Investigación de conocimientos, actitudes y prácticas (IAP).
002 Planeamiento de actividades educativas
003 Producción de materiales educativos.
004 Organización y educación comunitaria
005 Organización y educación intersectorial
006 Promoción y autocuidado de la salud a nivel presencial
007 Promoción y autocuidado de la salud a nivel de medios masivos
008 Capacitación
009 Actualización
010 Formación
011 Evaluación de las actividades de prom. y educ. en salud
111 Actividades del CSE al CSE técnicas (Equipo de Salud)

Anexo 34. Imágenes Tecnologías

CINTA OBSTETRICA

Salud Materna.

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropriada/Estándares.

Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.

Presentación: Cinta métrica para medir la altura uterina durante el embarazo. Es una tecnología de apoyo al control prenatal para facilitar al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo. Contenido: Permite controlar el crecimiento fetal y recordar los patrones para la vigilancia de la salud materno fetal y el seguimiento de la restricción del crecimiento fetal durante el embarazo. Consta de dos lados: anverso (color blanco) y reverso (color amarillo)

Anverso: Cinta métrica de 50 cm con divisiones de medio de medio cm. Contiene técnica de medida de la altura uterina, los valores normales de altura uterina al término y los patrones de presión arterial sistólica y diastólica normal durante la gestación.

Reverso: Contiene patrones de altura uterina, ganancia de peso materno, peso fetal estimado, contracciones uterinas por hora, según edad gestacional.

Disponible en: Español e Inglés. Portugués en preparación. Audiencia: Personal de Salud.

Formatos disponibles: Cinta en material sintético, inextensible y lavable.



GESTOGRAMA DE BOLSILLO

Salud Materna

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropriada/Estándares

Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.

Presentación: Es una tecnología de apoyo al control prenatal para facilitar al personal de centros de salud y hospitales del primer y segundo nivel de referencia, la correcta vigilancia del embarazo. Consta de dos discos de 12 cm de diámetro, uno móvil (anverso) y otro fijo (reverso) sobre el que gira el disco móvil.

Contenido: Al calendario obstétrico se agregaron medidas de algunos parámetros seleccionados por confiables y precisos que permiten calcular la amenorrea, vigilar el crecimiento y la vitalidad fetal, estimar la edad del embarazo, la edad del recién nacido y verificar la normalidad del incremento de peso materno, de la presión arterial, la contractilidad uterina, entre otros parámetros. Disco móvil: Este disco gira sobre un calendario. Haciendo coincidir la flecha roja con el primer día de la última menstruación, se ubica la fecha correspondiente a la consulta, obteniéndose la amenorrea en semanas cumplidas. Los valores a comparar se encuentran a la izquierda de la semana encontrada: percentiles 90 y 10 de altura uterina, percentiles 90 y 25 de la ganancia de peso materno, percentiles 95 y 5 del perímetro abdominal fetal. Este disco permite detectar casos con restricción del crecimiento fetal (medidas menores que los valores mas bajos que los percentiles correspondientes) o macrosomía cuando son mayores, alteraciones de la duración del embarazo, o contractilidad mayor que la correspondiente a la edad gestacional.

Reverso: Si se desconoce la fecha de ultima menstruación, esta cara del disco permite estimar la amenorrea con un error conocido a partir de medidas ecográficas embrio-fetales. A partir de la semana 20 se presentan los valores de percentiles 10 y 90 del peso fetal y el percentil 50 de la talla correspondiente a cada semana. Se acompaña de un instructivo para su uso.

Disponible en: Español e Inglés. Portugués en preparación Audiencia: Personal de Salud.

Formatos disponibles: Formato de bolsillo en cartón plastificado.





TARJETAPLASTIFICADA

con valores normales de Altura Uterina, Ganancia de Peso Materno y del Peso Materno para la Talla durante el embarazo Salud Materna

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiaada/Estándares
 Año de publicación: 1993. Actualizado en 2006.
 Presentación: Plantilla plastificada de 22 cm por 9 cm dirigida a facilitar al personal de centros de salud, hospitales y hogares maternos, la evaluación del peso materno para cada edad gestacional, el crecimiento fetal y la nutrición materna durante el embarazo. Contenido: A partir de la semana 13 se presentan, para cada edad gestacional, los valores correspondientes a los percentiles 10 y 90 de la altura uterina, los percentiles 25 y 90 de incremento de peso materno y los percentiles 10 y 90 de peso materno para la talla.
 El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento. Disponible en: Español, Portugués e Inglés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
 Formatos disponibles: Plantilla en cartón plastificado de 22 cm por 9 cm impreso en el anverso y reverso.



TARJETAPLASTIFICADA

“SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA”

Salud Reproductiva/Salud de la Mujer
 Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiaada.
 Año de publicación: 1994. Actualizado en 2006.
 Presentación: Plantilla plastificada de 10 cm por 23 cm dirigida a apoyar al equipo de salud de hospitales y centros de salud en la promoción y protección de la salud sexual y reproductiva. Contenido: Contiene información dirigida a al personal de salud sobre el diagnóstico precoz del cáncer mamario y cervicouterino y el diagnóstico y tratamiento de infecciones de transmisión sexual. También incluye información sobre anticoncepción para facilitar la orientación sobre la oferta de métodos de planificación familiar.
 El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumto. Disponible en: Español, Portugués, Inglés y Francés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.
 Formatos disponibles: Plantilla en cartón plastificado de 12.5 cm por 23.5 cm impreso en el anverso y reverso.



ESTETOSCOPIO FETAL ILUSTRADO

Salud Materna
 Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropiaada/Estándares.
 Año de publicación: 1992. Actualizado en 2006.
 Presentación: Es una tecnología de apoyo para facilitar al personal de centros de salud y de salas de parto la correcta vigilancia de la salud fetal durante el embarazo y parto. Contenido: Al estetoscopio fetal se le agregaron ilustraciones sobre la técnica de auscultación y registros de patrones normales y de desaceleración de la frecuencia cardíaca fetal a partir de la semana 20 de gestación asociada a las contracciones uterinas en el embarazo y parto, su interpretación y recomendaciones. El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento. Material de apoyo “Pancarta para el Control clínico de la contractilidad uterina y de la frecuencia cardíaca fetal durante el embarazo y el parto”
 Disponible en: Español, Portugués e Inglés.
 Audiencia: Personal de Salud.
 Formatos disponibles: Estetoscopio fetal de material plástico, ilustrado, lavable, de alta resistencia y alta conductividad acústica.



CONTROL CLINICO DE LA CONTRACTILIDAD UTERINA Y DE LA FRECUENCIA CARDIACA FETAL DURANTE EL EMBARAZO Y EL PARTO

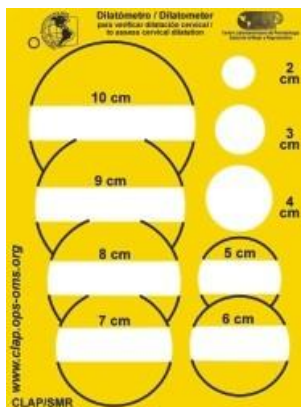
Salud Materna. Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Adecuada/Estándares. Año de publicación: 2006

Presentación: Tarjeta plastificada de 12.5 cm por 22.5 cm, dirigida al personal de centros de salud y de salas de parto para facilitar el control clínico de la salud fetal a través de la frecuencia cardiaca fetal y de la contractilidad uterina en el embarazo y el parto.

Contenido: Recuerda valores máximos de patrones de la contractilidad uterina detectadas por la palpación según la edad gestacional durante el embarazo, características de la contractilidad uterina durante el trabajo de parto y la frecuencia cardiaca fetal en el embarazo y entre contracciones durante el parto.

Disponible en: Español y Portugués. Inglés en preparación Audiencia: Personal de Salud.

Formatos disponibles: Formato de bolsillo de 12.5 cm por 22.5 cm en cartón plastificado impreso a colores en el anverso y reverso. Pancarta mural en tamaño de 50 cm por 50 cm.



DILATOMETRO-PLANTILLA DE POLIESTIRENO

Salud Materna. Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Adecuada. Año de publicación: 1994

Presentación: Plantilla de 20 por 25 cm con orificios de 2 a 10 cm de diámetro con incrementos de un cm.

Contenido: Permite verificar el grado de dilatación cervical estimada por el tacto realizado por vía vaginal, así como capacitar en la estimación de la dilatación cervical.

Disponible en: Español, Portugués e Inglés.

Audiencia: Personal de salud. Formación de personal de salud. Formatos disponibles: Plantilla de poliestireno; lavable.



CINTA NEONATAL. Componente Neonatal.

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Adecuada/Estándares.

Año de publicación: 1990. Actualizado en 2006.

Presentación: Cinta métrica para medir la longitud, el perímetro craneano y la circunferencia media del brazo del recién nacido al momento del nacimiento.

Contenido: Permite estimar la edad gestacional del recién nacido a través de la medida del perímetro craneano, el bajo peso al nacer a través de la medida de la circunferencia media del brazo y valorar el estado nutricional. Consta de dos lados: anverso (en color blanco) y reverso (en color rosado)

Anverso: Tiene impresa una escala de 55 centímetros con divisiones de medio centímetro. A los 9,5 centímetros tiene un trazado mas grueso que alerta la estimación del bajo peso al nacer a través de la medida de la circunferencia media del brazo. En el extremo derecho presenta la técnica de medida del perímetro craneano, de la longitud y del perímetro medio del brazo.

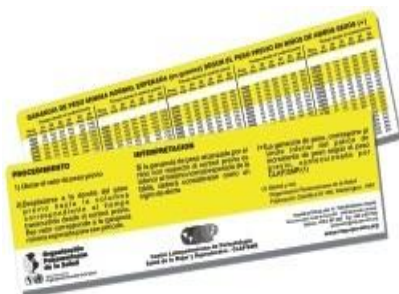
Reverso: Contiene los valores normales máximos (P90) y mínimos (P10) de peso para la edad gestacional y los valores medianos (P50), máximos (P95) y mínimos (P5) de edad gestacional estimada en función de la medida del perímetro craneano.

Disponible en: Español e Inglés. Portugués en preparación. Audiencia: Personal de Salud.

Formatos disponibles: Cinta en material sintético, inextensible, lavable.

TARJETA PLASTIFICADA

con valores de ganancia de peso mínima normal esperada en niños de ambos sexos. (entre 1800 g y 12 kg de peso)



Salud Infantil

Instrumentos para la atención y capacitación en servicios. Tecnología Apropriada/Estándares. Año de publicación: 1994.

Presentación: Plantilla plastificada de 23 cm por 6 cm conteniendo tabla de ganancia de peso correspondiente al límite inferior del patrón de incremento de peso confeccionado por el CLAP. Contenido: Permite estimar la ganancia de peso mínimo normal esperada en cada control según el peso en el control previo, simplificando la interpretación del incremento del peso del niño desde su último control. Aplicable en niños de ambos sexos en intervalos de 10 días hasta los 60 días de transcurrido el control previo. El instructivo para su uso se encuentra impreso en el instrumento.

Disponible en: Español, Portugués e Inglés en preparación. Audiencia: Personal de Salud.

Formato disponible: Plantilla en cartón plastificado de 23 cm por 9 cm impreso en el anverso y reverso.



SISTEMA INFORMÁTICO PERINATAL (SIP)

Salud Materna/Salud Reproductiva/Salud de la Mujer/Componente Neonatal.

Instrumento para la atención y capacitación para los servicios/Epidemiología y Vigilancia Epidemiológica. Año de publicación: 2003

Presentación: Manual de uso del SIP (Publicación Científica del CLAP 1524.02, 95 páginas), Historia Clínica Perinatal, Carné Perinatal, formularios de hospitalización materna y neonatal y programas para el ingreso y el procesamiento de datos).

Contenido: El SIP aporta una hoja de ruta que orienta la atención durante la atención del embarazo, parto, puerperio y recién nacido y permite registrar datos clínicos de consenso universal para el procesamiento computarizado de datos y la utilización local de la información.

Disponible en: Español, Portugués, Inglés y Francés Audiencia: Servicios de salud materno perinatal.

Formatos disponibles: Según la descripción de la presentación en materiales originales, o accesible a través del sitio de consulta en Internet.