



PROGRAMA SALUD REPRODUCTIVA

**MANUAL DE NORMAS**

**Y**

**PROCEDIMIENTOS PARA ACTIVIDADES**

**DE ANTICONCEPCION**

**QUIRURGICA VOLUNTARIA**

**SEGUNDA EDICION**

**1998**

## PRESENTACION

El Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 tiene como uno de sus principales objetivos garantizar el acceso universal a la información y la prestación de servicios de Planificación Familiar con carácter integral y de calidad que incluya la mas amplia gama de métodos anticonceptivos.

En los últimos 5 años ha habido un importante incremento en la demanda de personas que desean limitar su fecundidad y que deciden conscientemente por la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV). Según la encuesta ENDES III de 1996 la AQV ocupa el tercer lugar entre las usuarias de métodos anticonceptivos existiendo aún una demanda que no ha sido satisfecha principalmente en los sectores mas desprotegidos de la población. .

La Dirección de Programas Sociales del MINSA ha creído necesario la revisión y modificación del "MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ACTIVIDADES DE ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA" con el fin de mejorar las condiciones de seguridad y de calidad de estos procedimientos.

Deseo expresar mi agradecimiento a todos los profesionales que han contribuido de alguna manera a la revisión de este valioso instrumento, en especial a los Drs. Alfredo Guzmán, Eduardo Maradiege, Juan Mauricio y Gracia Subiría.

Finalmente hago extensivo mi agradecimiento a la representación de AVSC Int. por permitir la reproducción de parte del material escrito y gráfico de este manual.

Dr. Jorge Parra Vergara  
Director  
Dirección de Programas Sociales  
Programa Nacional de Planificación familiar  
Ministerio de Salud

**IN MEMORIAM†**  
**Dr. John Nagahata S.**  
Director del Programa Nacional  
Abril 95 - Febrero 98

# INTRODUCCION

El Gobierno tiene como política fundamental para el quinquenio 1996-2000, lograr una mejor y mayor atención a la salud en el Perú, mediante el rol orientador y regulador que corresponde al Ministerio de Salud.

Esta política está orientada a priorizar los grandes segmentos de la población que no cuentan con servicios suficientes. Supone incorporar dentro del sistema de prestación de servicios a un mayor número de usuarios, con énfasis en los grupos menos protegidos.

La política de salud, para el período 1996-2000 tiene como fundamento esencial, asegurar el acceso de la población a la más amplia y adecuada información acerca del significado e importancia de la salud reproductiva y la planificación familiar. El marco de referencia lo establece el Artículo 6° de la Constitución Política del Perú donde se sustenta el derecho de las familias y las personas a decidir libremente el número de hijos que desean tener. Por lo tanto esta política está absolutamente vinculada a acciones que respetan a las personas.

En esta perspectiva el Ministerio de Salud presenta la Segunda edición del MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ACTIVIDADES DE AQV, con la finalidad de mejorar la calidad y la seguridad de las actividades de A.Q.V. para responder así las demandas y expectativas de la población peruana hacia el año 2,000.

## 1. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos básicos y normas técnicas para las actividades de AQV, a fin de garantizar la calidad y seguridad de la atención en los servicios que ofertan estos métodos.

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Asegurar que las personas reciban una adecuada información que les permita tomar decisiones libres y voluntarias en lo referente a su opción anticonceptiva.
2. Establecer los niveles de atención en donde se puedan realizar operaciones de A.Q.V. con calidad y seguridad.
3. Establecer el flujo de atención de los pacientes desde el ingreso al establecimiento hasta el alta.
4. Unificar criterios técnicos para el desarrollo de las actividades asistenciales del personal.
5. Estandarizar el uso de materiales e insumos para el proceso.
6. Contribuir a disminuir los riesgos de complicaciones como resultado de los procedimientos anestésicos y quirúrgicos.
7. Establecer criterios de evaluación.

## 3. ALCANCES

La programación, ejecución y evaluación de las actividades de A.Q.V. en el ámbito hospitalario estarán a cargo del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia conjuntamente con el Coordinador de Planificación familiar.

La programación, ejecución y evaluación de las actividades de A.Q.V. en el ámbito de Hospitales Materno-Infantiles o Centros de Salud estarán a cargo del Director del establecimiento conjuntamente con el coordinador de Planificación familiar.

Las actividades de AQV, realizadas obligatoriamente en el marco de campañas de Salud Reproductiva Integral serán responsabilidad de las Direcciones Regionales y Sub-Regionales de Salud.

#### 4. AMBITO:

El presente documento tiene carácter normativo para las actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, desarrolladas en el área urbano, urbano marginal y rural.

El cumplimiento de las disposiciones aquí descritas es obligatorio para las Subregiones, Hospitales y Centros del Ministerio de Salud, y constituye un documento normativo referencial para el IPSS y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.

#### 5. BASE LEGAL

1. Constitución Política del Estado, 1993 Artículo 1° 2° 7° 9° 11°
2. Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346, Título Preliminar, Artículo IV, Título II, Artículo 2° y 3° (05.07.85).
3. Ley general de Salud, Decreto Ley N°26842 (20.07.97)
4. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Decreto Legislativo N° 584 y su Reglamento D.S. N° 002-92-SA (20.08.92).
5. Ley 26530. Modifica la ley de Política de Población (10.09.95).
6. Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. Resolución Ministerial N° 071-96-SA/DM
7. Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup>

Establece la prioridad de las actividades del Programa de Planificación Familiar y la gratuidad en el Ministerio de Salud

# CAPITULO 1

## NORMATIVIDAD

### 6. DISPOSICIONES

1. Se asegurará la libre elección de las personas en la opción anticonceptiva que quieran tomar. Bajo ningún motivo se ofrecerá, entregará ningún tipo de bien o servicio como estímulo para persuadirla/o a usar algún método anticonceptivo, sea este temporal o definitivo. En el Perú estos procedimientos son legales, siendo también totalmente gratuitos en los establecimientos del MINSA
2. Todos los P.E.S. (Puntos de Entrega de Servicios) donde se realicen intervenciones de AQV, deberán contar con todos los métodos anticonceptivos con los que cuenta el Programa de Planificación Familiar, de acuerdo al nivel de atención.
3. Todo paciente que acuda solicitando un método anticonceptivo debe recibir una sesión de consejería. Si opta por un método quirúrgico recibirá una segunda sesión, donde se tratarán aspectos específicos relativos al procedimiento.
4. Sólo se realizarán AQV en los PES que cumplan con los requerimientos de infraestructura, equipos, personal e insumos y que cuenten con la certificación expedida por la Dirección Sub regional respectiva, basada en lo establecido en el capítulo 2 del presente manual. Esta certificación será renovada anualmente.  
Se realizarán AQV femeninas con anestesia **regional o general** en los casos que así lo ameriten y en aquellos establecimientos que durante el procedimiento cuenten con cirujanos certificados, anestesiólogo y el equipo de resucitación requerido.

### 7. PLAZOS Y SESIONES

#### 1. SESIONES DE CONSEJERÍA

Se impartirán dos sesiones de Consejería a las personas que solicitan AQV :

1. Una SESION GENERAL que abarque toda la gama de métodos anticonceptivos de Planificación Familiar, incluyendo los métodos naturales.
2. Una SESION ESPECIFICA que tratará aspectos relacionados a la AQV, como característica de la operación, tipo de anestesia, complicaciones, falla, irreversibilidad e indicaciones para el pre y post operatorio y del control y seguimiento.  
Luego de la sesión específica el usuario/o que decidió por la AQV procederá a firmar, si así lo cree conveniente, el Consentimiento Informado (Anexo 1), el cual previamente le será leído, analizado detenidamente y verificado por el Profesional de Salud; así mismo se le proporcionará un **folleto** que contiene información sobre aspectos de AQV. (Ver folletos adjuntos y Anexo 3).

#### 2. PLAZOS

Si el paciente decide optar por la AQV, se establece un plazo, luego de las sesiones de consejería y la intervención misma, el cual **no será menor de 72 horas** (verificado mediante las fechas de las dos firmas que deben consignarse en el Consentimiento Informado, anexo 1), este plazo permitirá la reflexión y el ejercicio consciente de la libre elección, se exceptúa de este plazo a los usuarios cuyos casos se consideren como alto riesgo reproductivo comprobado.

Si por razones personales y voluntad expresa, el usuario desea renunciar a este plazo de reflexión, podrá hacerlo dejando constancia de este deseo por escrito. (Ver anexo 2).

El usuario/a traerá su Consentimiento Informado firmado, el día de la intervención quirúrgica, donde ratificará mediante una segunda firma, su deseo de optar por la AQV.

Bajo ninguna circunstancia se intervendrá a ningún paciente sin su consentimiento, salvo los casos comprobados de incapacidad mental, en los cuales la decisión será tomada por su representante legal o tutor y refrendada por el Director del Establecimiento.

Según la normatividad vigente en el Perú; NO SE NECESITA LA FIRMA DEL CÓNYUGE, y es así que el consentimiento informado sólo necesita la firma de las siguientes personas:

- Del Usuario/a o su huella digital si es analfabeta.
- Del que lo atiende (médico, Obstetrix o enfermero/a).
- De un testigo, en caso que el usuario sea analfabeto o invidente.

### 3. CONDICIONES QUE DEFINEN ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

1. Enfermedad Mental: Psicosis, Oligofrenia
2. Enfermedad Cardiovascular: Hipertensión arterial severa o complicada, Insuficiencia Cardíaca, Arritmias, Prótesis Valvular, Algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, Enfermedad Tromboembólica.
3. Enfermedad Neurológicas incapacitantes: Accidente Cerebro Vascular reciente o recurrente, Mielitis transversa, Paraplejía espástica, Miastenia grave, etc.
4. Enfermedad Renal: Glomerulonefritis, Pielonefritis crónica, Insuficiencia renal.
5. Enfermedad Hepática: Insuficiencia hepática, Cirrosis.
6. Enfermedad Pulmonar Limitante: Bronquitis crónica, Enfisema, Estado Post-neumonectomía, Tuberculosis avanzada, Neumocomiosis.
7. Portador de HIV o SIDA
8. Cualquier cáncer activo o Enfermedad Neoplásica.
9. Diabetes todos los casos.
10. Transtornos de la coagulación.
11. Cesareada anterior dos (2) veces (se incluye las histerotomías).
12. Enfermedades congénitas: síndrome de DOWN y portadores de enfermedades transmitidas por herencia.
13. Otras causales de índole exclusivamente médica podrán ser incluidas según

criterio del médico responsable y del jefe del departamento o servicio de gineco-obstetricia.

## 8. ASPECTOS A CONSIDERAR PREVIOS A LA CIRUGÍA

Deberá asegurarse que los usuarios conocen los beneficios, riesgos, y efectos secundarios de la ligadura de trompas y la vasectomía

El consentimiento informado: Es un documento que expresa el carácter voluntario de una persona a que se le realice un procedimiento, con pleno conocimiento y comprensión de la cirugía a realizarse. El consentimiento es voluntario cuando el usuario lo otorga por libre voluntad y no mediante incentivos especiales o coacción (anexo 1). Con el fin de asegurarse que el usuario está tomando una decisión informada sobre los métodos permanentes, existen 6 puntos que el usuario/a debe conocer y comprender, los cuales deberán ser incluidos en los consentimientos:

1. Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para el usuario y su pareja. El usuario puede elegir entre los temporales y los permanentes.
2. La ligadura de trompas y la vasectomía son procedimientos quirúrgicos. El usuario/a será sometido a una operación.
3. El procedimiento presenta beneficios y riesgos.
4. El usuario/a no podrá tener más hijos. Terminará su fecundidad.
5. El efecto del procedimiento es permanente.
6. El usuario puede cambiar de opinión en cualquier momento antes de la cirugía.

Es importante que el consejero/a lea todo el formulario al usuario. Esta es una buena ocasión para parafrasear, haciendo que el usuario repita los puntos del consentimiento informado.

En el caso de los analfabetos, en el formulario debe registrarse la huella digital del paciente y además debe ir firmado por un testigo elegido por el usuario, preferentemente del mismo sexo y que hable el mismo idioma.

Todas las firmas necesitan llevar una fecha, la primera debe de haber sido consignada mínimo 72 horas previas a la intervención, la segunda podrá consignarse el mismo día de la intervención.

**El personal del establecimiento de salud no puede firmar el formulario de consentimiento antes de la consejería o después de realizada la operación**

## 9. INSTRUCCIONES PRE Y POST-OPERATORIAS QUE SE DEBEN DAR AL USUARIO.

Todos los usuarios, incluso los analfabetos, deben recibir instrucciones verbales y por escrito. Aquellos que no saben leer ni escribir por lo general tienen parientes amigos que pueden revisar las instrucciones con ellos. Es tranquilizante para el usuario saber que pueden contar con ayuda por si olvidan algo. (Anexo 3).

Las instrucciones deben impartirse durante la consejería y deben concluir con la entrega del folleto antes mencionado.



## 10. MANEJO POST-OPERATORIO, SEGUIMIENTO DE PACIENTES Y EVALUACION

El alta de los pacientes post-operados será dada por el médico que realizó la intervención, luego de la evaluación clínica del paciente y verificación que el estado de salud así lo permita. En general podrá ser a las 3 o 4 horas posteriores al acto operatorio en los casos que se utilizó anestesia local + sedoanalgesia. Para aquellas pacientes a quienes se les realizó Ligadura de Trompas y que provengan de zonas rurales o lejanas al establecimiento donde fueron intervenidas, permanecerán mínimo 24 horas en observación.

Se realizarán por lo menos dos controles médicos en los establecimiento de salud: un primer control entre el tercer y séptimo día de realizada la operación y un segundo control a los 30 días, donde se le entregará los resultados de PAP a aquellas pacientes que se les tomó durante la evaluación previa a la cirugía.

De no acudir el paciente a los controles, se realizarán visitas domiciliarias para verificación del estado de salud de los pacientes.

Luego del alta el paciente puede regresar en cualquier momento, si desea consultar algo aparte de sus controles o en caso que tenga cualquier tipo de inquietud sobre su salud reproductiva (por ejemplo; obtener condones para protegerlos contra las ETS, etc.).

Los usuarios a quienes se les practicó la vasectomía deben regresar al establecimiento o ser visitados para el análisis del semen al tercer mes de la intervención.

Toda complicación mayor deberá ser comunicada apenas sea detectada, al Coordinador Sub-regional de Planificación Familiar quien tomará las medidas necesarias y proveerá los recursos y facilidades para el manejo, y deberá informar a la Dirección del Programa de Planificación Familiar a la brevedad posible.

En caso de confirmarse alguna complicación derivada por el procedimiento, el Programa de Planificación Familiar asumirá la totalidad de los costos del manejo, que incluyen costos de traslado, medicamentos y de ser necesario una nueva intervención.

La Dirección del Programa de Planificación Familiar, se encargará de evaluar y supervisará todos los casos de complicaciones mayores.

# CAPITULO 2

## DE LOS ESTABLECIMIENTOS

Las operaciones de A.Q.V. femenina se realizarán en los establecimientos que cumplan con los siguientes requisitos:

### 11. INFRAESTRUCTURA:

#### 1. GENERALES:

1. Construcción de Material noble.
2. Servicios de luz (puede ser generado por grupo electrógeno), agua y desagüe.

#### 2. AMBIENTES

1. Una sala de espera y zona de recepción confortables para recibir a todos los pacientes y sus familiares.
2. Servicios Higiénicos, de ser posible con ducha.
3. Ambiente apropiado para la consejería de los pacientes, que garantice privacidad.
4. Consultorio para los exámenes médicos pre operatorios y de seguimiento.
5. Zona de Preparación de Instrumental: con sectores bien definidos para material sucio y limpio. Será deseable contar con un esterilizador apropiado para instrumental y ropa<sup>2</sup>.
6. Area Quirúrgica:
  1. Zona de Lavado Quirúrgico para cirujanos.
  2. Sala de Operaciones o de Partos estéril y aislada, que cuente con paredes revestidas de mayólica u otro material resistente a desinfectantes potentes.
  3. Sala de recuperación o de hospitalización para los pacientes recién operados.

#### 3. ZONIFICACION

La distribución de los ambientes debe asegurar un flujo ordenado de pacientes y debe considerar tres zonas:

1. No restringida: Sala de espera, consejería, consultorio.
2. Semi restringida: personal con ropa especial y botas. Es el área donde se manipula el instrumental limpio y esterilizado, aquí está ubicado el ambiente donde esperan los pacientes que van a ser intervenidos y de recuperación post operatoria.
3. Restringida: personal con ropa quirúrgica, con circulación mínima del personal. Es la zona donde se realizan procedimientos quirúrgicos en condiciones estériles.

### 12. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Se debe considerar que las operaciones de A.Q.V. femenina son operaciones de Cirugía Intermedia, por tanto las necesidades de espacio y equipamiento son menores a las de Cirugía Mayor.

<sup>2</sup>

En caso de no contar con este recurso, se deberá preveer el número suficiente de equipos quirúrgicos y ropa estéril

1. Mesa de operaciones: Debe ser ajustable para poder lograr posición de Trendelenburg y contar con pierneras. Puede usarse también una camilla ginecológica.<sup>3</sup>
2. Mesa para instrumental (de Mayo).
3. Instrumental Quirúrgico para Minilap, Vasectomía, Laparotomía y de flebotomía.
4. Cialítica o lámpara de cuello de ganso (1 por cada mesa operatoria).
5. Camas o camillas de recuperación. Se calcula un número aproximado equivalente a 1/3 de las operaciones a practicarse en el día.
6. Aspirador eléctrico de secreciones.
7. Balón de oxígeno con manómetro compatible y con carga completa .
8. Equipo de resucitación manual (Ambú, laringoscopio, tubos endotraqueales No 32, cánula de Mayo)
9. Equipos de ropa para cirujano, para paciente y para operación.

### III. PERSONAL:

Los responsables de la actividad de AQV velarán por que exista el personal suficiente y con nivel de capacitación adecuada que garantice la seguridad de los procedimientos.

TIPO DE ANESTESIA LTB PERSONAL NECESARIO:	LOCAL	REGIONAL	GENERAL

4 Debido a que la mayoría de intervenciones se deben realizar con anestesia local, la función principal será supervisar los procedimientos en la Sala de Operaciones, brindar anestesia en casos especiales y atender los casos de emergencia que puedan presentarse.

5 Para el caso de la AQV femenina, se requiere un cirujano principal especialista en gineco-obstetricia o cirugía general. Podrán actuar como cirujanos aquellos médicos generales con experiencia quirúrgica que tengan certificación en minilap con anestesia local otorgada por el Programa Planificación Familiar. Los ayudantes podrán ser médicos generales con experiencia quirúrgica.

3 El número de mesas requeridas será calculado según la siguiente fórmula  

$$\text{Mesas} = \frac{N1 \text{ operaciones diarias} \times \text{T.R.}}{\text{Horas efectivas de trabajo}}$$

T.R. = Tiempo de rotación entre pacientes (es la suma del tiempo de colocación de la vía endovenosa + tiempo operatorio de traslado a la sala y fuera de ella + tiempo de limpieza de la sala y camilla).

TIPO DE ANESTESIA LTB PERSONAL NECESARIO:	LOCAL	REGIONAL	GENERAL
PERSONAL :			
- Anestesiólogo <sup>4</sup>	NO	SI	SI
- Médico con entrenamiento en analgesia	SI	*	*
- Cirujanos <sup>5</sup>	SI	SI	SI
- Enfermera u Obstetrix encargada en Sala de operaciones.	SI	SI	SI
- Enfermera u Obsteriz encargada de recepción/recuperación.	SI	SI	SI
- Profesional de Consejería	SI	SI	SI

\* En estos casos es indispensable la presencia del anestesiólogo.

PERSONAL TECNICO	CANTIDAD	CONDICIÓN
- Técnico de Enfermería para Central de Esterilización	1	Opcional/compartid
- Técnico de Enfermería por cada Sala de Operaciones (circulante)	1	o
- Técnico de Enfermería para la Sala de Recuperación	1	Opcional/compartid
- Camillero	1	o
- Auxiliar de limpieza, con conocimiento de limpieza para SOP	1	Opcional/compartid
		o
		Opcional
		Obligatorio

Nivel de Atención	1° Centro de Salud	2° Hosp. Materno Infantil o Rural	3° Hosp. General o de Apoyo	4° Nivel
<b>PROCEDIMIENTO</b>				
<b>A) BTB</b>				
1.- Minilaparatomía				
- Local + sedoanalgesia	Opcional①	SI	SI	SI
- Regional	NO	Opcional②	SI	SI
- General	NO	Opcional②	SI	SI
2.- Laparatomía	NO	Opcional②	SI	SI
3.- Laparoscopia	NO	NO	SI	SI
4.- Cesárea	NO	Opcional	SI	SI
<b>B) VASECTOMIA</b>	Opcional③	Opcional③	SI	SI

- ① Solo si al momento de la intervención cuenta con todos los criterios de personal e instrumental y equipos establecidos.
- ② Si cuenta con anestesiólogos y cirujanos certificados por el programa.
- ③ Siempre y cuando cuente con personal certificado.

#### IV. MEDICAMENTOS E INSUMOS:

Cada establecimiento contará con los medicamentos e insumos necesarios para las intervenciones y el manejo de emergencias (paro cardio-respiratorio, antibióticos para perforación intestinal y vesical, shock hipovolémico)

**INSUMOS NECESARIOS PARA OPERACIONES DE LTB  
CALCULO DE INSUMOS PARA 100 PROCEDIMIENTOS :**

<p>Medicamentos para 100 operaciones de LTB</p>	<p>100 Midazolam o Diazepan Tab. 10 mg            200 Feo. Xilocaína 1% sin epinefrina ( s/e)            100 Atropina Amp. 0.5 mg            100 Diazepan Amp. 10 mg.            100 Petidina Amp.            100 Catgut Crómico 0 c/a MR 30            02 Cajas de Curitas            100 Ketorolaco Amp. 60 mg.            800 Ketorolaco Tab. 10 mg.            02 Naloxona Amp.<sup>6</sup>            02 Adrenalina Amp.            01 Gluconato de Calcio Amp.            01 Bicarbonato de Sodio Amp.            08 Clindamicina Amp 600 mg            48 Clindamicina Tab. 300 mg<sup>7</sup>.            15 Gentamicina Amp. 80 mg.            20 Ciprofloxacina Tab. 250 mg.            80 Dicloxacilina Tab 500 mg.<sup>8</sup>            02 Haemacel Frasco.            04 Hidrocortisona Amp.</p>
<p>Materiales</p>	<p>100 Paq. de gasa            400 Pares de guantes            100 Jeringa descartable de 20cc c/ aguja 21 x 1.5            02 Galones Yodopovidona espuma            02 Galones Yodopovidona Solución            100 Equipo de Venoclisis            100 Scalp Vein No 18            100 NACL al 9/1000 frasco de 500 cc.</p>

<sup>6</sup> Antagonista de los opiáceos. Se debe usar en caso de depresión respiratoria por petidina. Nombre comercial = Narcan.

<sup>7</sup> Se usará conjuntamente con la gentamicina en el caso de lesión intestinal o perforación uterina.

<sup>8</sup> Se usará para el tratamiento de infección de herida operatoria.

Las operaciones de A.Q.V. masculina se realizarán en los establecimientos que cumplan con los siguientes requisitos

### 13. INFRAESTRUCTURA

La vasectomía puede practicarse en diferentes establecimientos, permanentes o temporales. Dondequiera que se practique, la prestación de un servicio de calidad requiere la disponibilidad de un mínimo de espacio y de condiciones, a saber:

1. Una sala de espera cómoda para los nuevos pacientes y los ya operados que son objeto de seguimiento.
2. Ambiente apropiado para la consejería de los pacientes, que garantice privacidad.
3. Consultorio para los exámenes médicos pre operatorios y de seguimiento.
4. Tópico o consultorio limpio.
5. Zona donde el personal de cirugía pueda cambiarse y lavarse.
6. Sala de recuperación u hospitalización para que los pacientes descansen luego de la intervención.
7. Zona de Preparación de Instrumental: con sectores bien definidos para material sucio y limpio. Será deseable contar con un esterilizador apropiado para instrumental y ropa.

### 14. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO

Debe considerarse que las operaciones de A.Q.V. masculina son operaciones de Cirugía menor.

1. Mesa de operaciones o de examen físico.
2. Mesa para instrumental (de Mayo).
3. Instrumental Quirúrgico de Vasectomía.
4. Cialítica o lámpara de cuello de ganso (1 por cada mesa operatoria).
5. Equipos de ropa para cirujano, para paciente y para operación.

### III. PERSONAL:

Los responsables de la actividad de AQV velarán por que exista el personal suficiente y con nivel de capacitación adecuada que garantice la seguridad de los procedimientos.

PERSONAL PROFESIONAL	CANTIDAD	CONDICION
- Cirujanos por cada mesa operatoria. <sup>9</sup>	2	Obligatorio
- Enfermera u Obstetrix por cada mesa operatoria	1	Opcional
- Obstetrix o Enfermera encargada de la recepción /		

9

Para la vasectomía los cirujanos principales podrán ser urólogos, gineco-obstetras o médicos generales que tengan certificación otorgada por el Programa de Planificación Familiar en técnica de vasectomía sin bisturí. Los ayudantes podrán ser médicos generales con experiencia quirúrgica.

recuperación de pacientes	1	Opcional/compartido
- Obstetrix o Enfermera especialista en consejería	1	Opcional/compartido

PERSONAL TECNICO Y AUXILIAR	CANTIDAD	CONDICION
Técnico de Enfermería por cada Sala de Operaciones (circulante)	1	Opcional/compartido
Auxiliar de limpieza, con conocimiento de limpieza para SOP	1	Obligatorio

#### IV. MEDICAMENTOS E INSUMOS

##### INSUMOS NECESARIOS PARA OPERACIONES DE VASECTOMIA CALCULO DE INSUMOS POR 50 PROCEDIMIENTOS

Medicamentos para 50 operaciones de Vasectomía	50	Midazolam o Diazepan Tab.
	50	Fco. Xilocaína 1% sin epinefrina (s/e)
	50	Seda negra 3/0 multiempaque
	400	Ketorolaco Tab.
	20	Cefradina comprimidos de 500 mg. <sup>10</sup>
Materiales	50	Paq. de gasa
	150	Pares de guantes
	50	Jeringa descartable de 10cc c/ aguja
	50	Agujas descartables N1 25 de 1 pulgada.
	2	Galón Yodopovidona espuma
	2	Galón Yodopovidona Solución
	2	Rollo de Esparadrapo
50	Ponchos Oftálmicos	

<sup>10</sup>

Se usará para el tratamiento en caso de hematoma escrotal.



# CAPITULO 3

## FUNCIONES DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA

### 15. INTRODUCCION

Para lograr la seguridad de los pacientes a quienes se les realiza AQV, los cirujanos y el personal deben tener experiencia quirúrgica en AQV y poseer destreza en las técnicas quirúrgicas que están utilizando; en la administración de anestesia apropiada y segura, en la cirugía abdominal de emergencia y en el manejo general de las complicaciones que puedan derivar del procedimiento.

El cirujano y el equipo quirúrgico no debe realizar un número excesivo de procedimientos en una sesión por día, o que se OPERE CON MUCHA RAPIDEZ, esto conduce a un aumento de las tasas de complicaciones y fallas, como resultado de la fatiga del equipo. **Por estas razones un cirujano y su equipo no deben realizar más de 15 operaciones por día.**

El profesional (médico anestesiólogo) que aplica la anestesia regional o general, debe conocer en profundidad el anestésico - analgésico sistémico; asimismo debe ser experto en intubación endotraqueal y debe de responsabilizarse como mínimo del transporte y verificación del funcionamiento del laringoscopio, Ambú, tubo endotraqueal y balón de oxígeno.

### 16. FUNCIONES DEL PERSONAL

#### 1. FUNCIONES DEL COORDINADOR DE PF

1. Realizar las reuniones preliminares de coordinación con el equipo quirúrgico.
2. Velar por la adecuada implementación de la Sala de Operaciones en coordinación con el director del PES o jefe del servicio de Ginecología.
3. Verificar la existencia de insumos y medicamentos para las intervenciones y para situaciones de emergencia.
4. Convocar a reuniones de evaluación.
5. Verificar se lleven a cabo las acciones de seguimiento de pacientes.

#### 2. FUNCIONES DEL CIRUJANO:

1. Evaluación preoperatoria del paciente.
2. Comandar el acto operatorio.
3. Cumplir función docente durante el acto operatorio.
4. Firmar el reporte operatorio.
5. Dar de alta al (a) paciente.
6. Toma de PAP a pacientes que lo requieran.

#### 3. FUNCIONES DEL CIRUJANO AYUDANTE:

1. Colaborar en la evaluación pre-operatoria y consignación de datos con H.C. de AQV.

1. Colaborar en la evaluación pre-operatoria y consignación de datos con H.C. de AQV.
  2. Verificar previo al acto operatorio los medicamentos y materiales quirúrgicos.
  3. Equipar la mesa de operaciones.
  4. Observar atentamente todos los pasos de técnica operatoria que realiza el cirujano.
  5. Ayudar al cirujano en la evaluación post-quirúrgica y alta de pacientes.
4. FUNCIONES DEL PROFESIONAL ENCARGADO DE LA ANESTESIA<sup>11</sup>:
1.
    1. Verificar la existencia de medicamentos para casos de emergencia (ketalar, adrenalina, midazolam, hidrocortizona, naloxona) y operatividad de equipos para atención de paro cardio-respiratorio.
    2. Previa toma de funciones vitales, colocar Solución NaCl 9 x 1000 (scalp vein ó branula N° 18)
    3. Aplicación de la sedoanalgesia en el caso de Ligadura de Trompas con anestesia local:
      1. Cuando el cirujano está lavando la pared abdominal aplicar diazepam 5mg + petidina 50 mg juntos, diluidos en 12 cc de solución salina y aplicarlo lentamente por lo menos durante 5 minutos, con monitorización constante de la presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria.
      2. Cualquier otra droga, se aplicará previa indicación del médico.
    4. Vigilar presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y patrón respiratorio.
    5. Vigilar la iluminación del campo operatorio.
    6. Colocar e invertir la posición de Trendelenburg previa orden del cirujano.
    7. Trabajar estrechamente con el circulante interno.
    8. Evaluar los pacientes en el post-operatorio inmediato.

---

11

Si es necesario que la paciente sea intervenida con anestesia general o regional, éste deberá ser un médico anesthesiólogo.

5. FUNCIONES DE LA ENFERMERA<sup>12</sup> DEL CENTRO QUIRURGICO:

1. Dirigir, organizar, supervisar y controlar las actividades del C.Q.
2. Cumplir y hacer cumplir las normas.
3. Verificar la adecuada constitución de los equipos de ropa e instrumental quirúrgico, así como el suministro de insumos en las salas de operaciones.
4. Supervisar al personal de la zona semi-rígida, central de esterilización, técnicos circulantes, personal de limpieza y de mantenimiento.
5. Coordinar con el equipo de cirujanos para cubrir las necesidades del C.Q.

6. FUNCIONES DE LA ENFERMERA CIRCULANTE DE SOP:

El circulante de SOP es aquella persona que se ubica dentro de la SOP y respeta la zona rígida, las características de su vestimenta es semejante al de la zona semi-rígida.

Enfatiza de sobremanera las condiciones de asepsia y antisepsia. Sus funciones son:

1. Hacer respetar la zona rígida no permitiendo la entrada de personas inadecuadamente vestidas.
2. Mantener aseado el ambiente de SOP, así como evitar la presencia de agua en el piso.
3. Proporcionar los insumos del lavado al cirujano.
4. Recepcionar al paciente con la historia clínica resumida.
5. Colocar a la paciente en posición ginecológica.
6. Verificar que la paciente haya miccionado.
7. Ayudar al anestésista.
8. Vestir al equipo de cirujanos y pasar todo el material solicitado por los cirujanos.
9. Ordenar correctamente los materiales de SOP antes y después de la operación.
10. Estar atento a la orden del cirujano.
11. NO RETIRARSE DE SOP MIENTRAS LA OPERACION NO HAYA FINALIZADO.
12. Contar las gasas antes de iniciar la operación y antes del cierre de la cavidad.
13. Cualquier duda que tuviera deberá preguntar al anestésista y/o cirujano.
14. Ayudar al retiro del paciente de SOP.
15. Recepcionar los materiales de SOP y realizar la limpieza del mismo, teniendo presente las medidas de protección (bioseguridad).
16. Eliminar el material de desecho, tales como equipo, jeringas descartables, gasas y frascos de ampollas de SOP.
17. Recoger la ropa usada del vestidor de médicos y seleccionar la ropa utilizada para el lavado posterior.
18. Verificar los sistemas eléctricos.
19. Dejar encendida la luz ultravioleta por lo menos 12 horas antes del acto operatorio, (en los lugares donde hubiere; no es indispensable).
20. Garantizar y verificar la limpieza de la SOP (manchas de sangre en el piso y/o camilla, polvo, presencia de insectos, ordenar todos los materiales, ubicación correcta del material para casos de emergencia, entre otras).

<sup>12</sup>

Esta función podrá ser desempeñada por un profesional en obstetricia debidamente capacitado.

21. Verificar que el sistema eléctrico esté funcionando correctamente (encendido de la cialítica y demás luces, evitar transmisión de corriente, pilas de las linternas, baterías y foco del laringoscopio, entre otros).
7. **FUNCIONES DEL RECEPCIONISTA EXTERNO:**
    1. Recepcionar al paciente con gentileza, señalándole el recorrido que realizará durante su estadía en el establecimiento para ser operada (admisión, evaluación médica, aseo corporal, sala de espera, sala pre-operatoria, sala de operaciones y sala de recepción). Esta información deberá ser brindada en presencia de un familiar, si es que acudiera acompañado.
    2. Verificar identidad del paciente con documento y confirmar que correspondan los datos con el consentimiento informado y con la libreta electoral u otro documento.
    3. Orientar la higiene corporal, indicando que el aseo debe ser prioritario a nivel de las axilas, mesogastrio, ingles y región perineal. El baño corporal deberá ser realizado con jabón.
    4. Preguntar si el paciente está en ayunas, de haber ingerido cualquier liquido y/o alimento comunicar inmediatamente al equipo quirúrgico.
    5. Verificar que el paciente haya miccionado antes de ingresar a la sala de operaciones.
    6. Pesar al paciente y anotar el peso, talla en la H.C. de ingreso a la sala de operaciones.
  8. **FUNCIONES DE LA ENFERMERA/O U OBSTETRIZ RESPONSABLE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN (AQV Femenina)**
    1. Recepcionar a la paciente que procede de SOP.
    2. Vigilar la frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, estado de conciencia cada 15 minutos, hasta que la paciente se haya estabilizado hemodinamicamente, asimismo verificará si existe sangrado en la herida operatoria y por vía vaginal.
    3. Aplicar analgésicos, recordando que antes debió usted preguntar si es alérgica a algún medicamento. Cualquier duda consultar al médico.
    4. Reiterar al familiar que después de la operación la paciente puede presentar sangrado vaginal.
    5. Recordar a la paciente al momento del alta, que ella debe regresar a sus controles al 3er y 7mo día, después de la operación, debiendo acudir al establecimiento de salud de su procedencia.
    6. Dar tratamiento post-operatorio: Ketorolaco 60 mg. I.M. al momento del alta y Ketorolaco 60 mg. cada 8 horas vía oral x 2 días.
    7. Proporcionar la hoja de instrucciones post-operatoria a la paciente.
    8. Verificará que la paciente sea capaz de vestirse por si misma y de hablar coherentemente, luego informará al cirujano para que proceda a dar de alta a la paciente.
  9. **FUNCIONES DEL EQUIPO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION Y PREPARADOR DE MATERIALES:**
    1. Proporcionar equipos de ropa, instrumental quirúrgico y materiales estériles

necesarios.

2. Entregar al circulante todo el material necesario para la intervención quirúrgica.
  3. Recibir del circulante la ropa, instrumental usados después de cada esterilización. Lavarlo y prepararlo en paquetes con campos de tela y esterilizarlos.
  4. Equipar paquetes de ropa quirúrgica.
  5. Lavado, preparación y esterilización de guantes quirúrgicos.
  6. Preparar y esterilizar frascos con agua estéril, gasa en paquetes de 10 (diez).
  7. Mantener el orden y limpieza de central de esterilización.
  8. Cumple una labor importante, ya que muchos de los problemas de infección que ocurren en los pacientes operados pueden estar influenciados por su accionar, por lo tanto las medidas de asepsia y antisepsia deben ser extremadas.
  9. Garantizar que todos los materiales que vayan a utilizarse estén correctamente esterilizados.
  10. Verificar la envoltura correcta de todo los materiales a usar (ropas, guantes, instrumental), colocándole un código para su rápida identificación.
10. FUNCIONES DEL PERSONAL DE LIMPIEZA:
1. Mantener limpio el centro quirúrgico según requerimiento.
  2. Recibir del personal de central de esterilización la ropa utilizada y entregar a la lavandería.

# CAPITULO 4

## EVALUACION PRE OPERATORIA DEL PACIENTE

### 17. INTRODUCCION:

El éxito de los procedimientos quirúrgicos depende en gran medida del adecuado proceso de selección de pacientes. Una inadecuada selección conlleva al incremento de los riesgos quirúrgicos, y por ende incrementará la morbilidad y la probabilidad de mortalidad

### 18. RESPONSABILIDAD:

La responsabilidad que se realice una adecuada conducción de las evaluaciones pre-operatorias recaerá en el Jefe de departamento de Gineco-obstetricia en los hospitales, y en el Director en el caso de los hospitales Materno- Infantiles o Centros de Salud..

Cada paciente deberá tener evaluación pre-operatoria, la cual será realizada por el cirujano que llevará a cabo la intervención o el ayudante. En cada P.E.S, se debe poner especial énfasis en detectar las pacientes de alto riesgo quirúrgico, a las cuales se les ofrecerá un método temporal y se referirán a un centro hospitalario con mejores recursos. (NIVEL III ó IV).

### 19. DATOS IMPORTANTES A REGISTRAR: (ver H.C. de AQV)

#### 1. Antecedentes médicos:

- Convulsiones.
- Problemas respiratorios (por ej. TBC activa).
- Enfermedades cardíacas.
- Hipertensión.
- Anemia.
- Diabetes.
- Trastornos hemorrágicos.
- Cirugía pélvica u abdominal previa.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Alergia a medicamentos.
- Toxicomanías.
- Medicamentos que está tomando en la actualidad.
- Historia obstétrica gestaciones, abortos, partos, FUR, fecha y resultado del último PAP.

#### 2. Examen Físico General:

- Peso, Temperatura, Presión Arterial, estado nutricional
- Auscultación de corazón y pulmones
- Examen de abdomen
- Examen de zona operatoria para descartar lesiones dérmicas
- Se aprovechará para tomas de PAP en pacientes cuyo último PAP haya sido tomado hace tres años.

#### 3. Examen del Aparato Genital:

- Mujeres: evaluar tamaño y posición uterina, descartar gestación, tumores pélvicos

o infección pélvica activa<sup>13</sup>.

- Varones: descartar infecciones dérmicas, patologías del cordón espermático, ej. varicocele, epididimitis, orquitis, etc.

---

<sup>13</sup>

La presencia de una infección pélvica es una CONTRAINDICACION ABSOLUTA temporal para la Ligadura de Trompas. Si este es el unico problema se proporcionará tratamiento antibiotico y anticoncepción temporal. Cuando la infección haya cedido se podrá realizar el procedimiento.

## 20. SELECCION DE PACIENTES<sup>14</sup>

1. Luego de realizada la anamnesis y el examen físico se seleccionarán las candidatas que pueden ser operadas utilizando anestesia local. Aquellas que presenten algún factor de riesgo y en las que se vaya a requerir anestesia regional o general, deberán ser derivadas a hospitales de 3er. y 4to. nivel y ser evaluadas además por el anesthesiólogo.
2. Análisis de Laboratorio: A toda usuaria que se le vaya a realizar AQV bajo anestesia general o regional, se le deberá hacer un exámen de hemoglobina o hematocrito. No es necesario realizar análisis de rutina. Se realizarán exámenes de laboratorio cuando se consideren necesarios de acuerdo a los antecedentes clínicos o el examen físico. (por ejemplo Rx de tórax o prueba de embarazo).
3. En pacientes en post parto inmediato, si la paciente presentó hemorragia, es necesario determinar nuevamente el nivel de hemoglobina antes de la cirugía, si presentó menos de 8.5 de Hb. ó 25% de Htc.
4. Los resultados de las pruebas de laboratorio contribuirán a determinar la pertinencia de la operación y el nivel hospitalario donde ésta debe realizarse.

## 21. CRITERIOS DE INCLUSION

Las operaciones de A.Q.V se llevarán a cabo en los hombres y mujeres que cumplan las siguientes condiciones o requisitos :

1. Mayoría de Edad (Sin embargo, no se recomienda operar a pacientes menores de 25 años, a menos que presenten algún factor de riesgo reproductivo)
2. Que haya completado el número de hijos deseado por el paciente.
3. Que la usuaria/o haya recibido las dos secciones de consejería previa.
4. Que haya entendido el significado del consentimiento informado.
5. Que acceda al método en forma voluntaria y sin mediar coacción o estímulo de ningún tipo.
6. Estado de salud que no presenta impedimentos en la evaluación clínica.

## 22. CRITERIOS DE EXCLUSION TEMPORAL<sup>15</sup>. (NO SE EFECTUARA LA INTERVENCION) EN :

### 1. Mujeres:

1. Período Intergenésico (Intervalo)
  1. Embarazo comprobado o presunto
  2. Infección Pélvica (Endometritis, salpingitis, cervicitis aguda purulenta u otras)
  3. Tumores Pélvicos.
2. En el post parto inmediato:
  1. Fiebre puerperal

<sup>14</sup> Ligadura Post-Parto Inmediato: se realizará hasta las 48 horas posteriores al parto si éste ha ocurrido sin complicaciones. Pasado este período no se recomienda realizar hasta dentro de 40 días.

<sup>15</sup> Esta es una contraindicación temporal, en estos casos se iniciará tratamiento médico correspondiente y anticoncepción temporal. Cuando el problema haya cedido se podrá realizar el procedimiento.



2. Ruptura de membranas mayor de 12 horas sin tratamiento antibiótico previo.
  3. Estados hipertensivos, incluida pre eclampsia severa y eclampsia no compensados.
  4. Hemorragia pre y post parto hemodinámicamente descompensadas.
  5. Historia de psicosis post parto.
  6. Puérperas con período mayor de 48 horas del parto, aunque éste haya sido normal
3. En el post aborto inmediato:
    1. Sospecha de Infección (fiebre, restos malolientes o hemograma patológico)
    2. Hcto. < 25%
2. Varones:
    1. Infección del Escroto
    2. Enfermedades de transmisión sexual activas no tratadas
    3. Varicocele gigante, Hidrocele considerable u otras patologías del cordón espermático
    4. Hernia inguino-escrotal gigante o que impida el abordaje del conducto deferente.
3. CONDICIONES QUE DEFINEN ALTO RIESGO QUIRURGICO:
    1. Enfermedad Mental: Psicosis, Oligofrenia
    2. Enfermedad Cardiovascular: Hipertension arterial severa o complicada, Insuficiencia Cardíaca, Arritmias, Prótesis Valvular, Algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, Enfermedad Tromboembólica.
    3. Enfermedad Neurológicas incapacitantes: Accidente Cerebro Vascular reciente o recurrente, Mielitis transversa, Paraplejia espástica, Miastenia grave, etc.
    4. Enfermedad Renal: Glomerulonefritis, Pielonefritis crónica, Insuficiencia renal.
    5. Enfermedad Hepática: Insuficiencia hepática, Cirrosis.
    6. Enfermedad Pulmonar Limitante: Bronquitis crónica, Enfisema, Estado Post-neumonectomía, Tuberculosis avanzada, Neumocociosis.
    7. Portador de HIV o SIDA
    8. Cualquier cáncer activo o Enfermedad Neoplásica.
    9. Diabetes todos los casos.
    10. Transtornos de la coagulación.
    11. Cesareada anterior dos (2) veces (se incluye las histerotomías).
    12. Cirugías abdomino pélvicas previas.
    13. Otras causales de índole exclusivamente médica podrán ser incluidas según criterio del médico responsable y del jefe del departamento o servicio de gineco-obstetricia.

# CAPITULO 5

## TECNICA OPERATORIA

### I) LIGADURA DE TROMPAS

La ligadura de trompas se realiza por minilaparatomía o por laparoscopia. En estas técnicas se utilizan la anestesia general, regional (raquídea/epidural) o local (acompañada de sedoanalgesia).

El programa promueve el uso de la técnica de minilaparatomía con anestesia local (acompañada de sedoanalgesia) dado que ha demostrado las siguientes ventajas:

- Baja tasa de complicaciones en general y en especial de las complicaciones graves.
- Requiere de equipo sencillo, bajo costo y fácil mantenimiento.
- Los cirujanos pueden aprender el procedimiento con facilidad.

Cuando se realiza ligadura de trompas con la técnica de minilaparatomía usando anestesia general o regional (raquídeo/epidural), es requisito indispensable la participación de un ANESTESIOLOGO.

La ligadura de trompas por minilaparatomía puede realizarse en:

- El post-parto hasta las 48 horas
- Post-Aborto sin complicaciones (inmediatamente)
- Intervalo: en cualquier momento siempre y cuando se esté razonablemente seguro que no existe gestación.

Cuando se realiza la ligadura de trompas usando laparoscopia, esta debe ser efectuada por un médico gineco-obstetra altamente capacitado en esta técnica y es requisito indispensable la participación del anesthesiologo.

Cuando se realiza la ligadura de trompas de intervalo por minilaparatomía con el uso de anestesia general o regional, se puede utilizar los mismos pasos de la técnica operatoria de la minilaparatomía de intervalo con anestesia local (exceptuando el uso de la sedoanalgesia), que se describe a continuación.

#### A. LTB POR MINILAPARATOMIA CON ANESTESIA LOCAL

##### A1) LIGADURA DE TROMPAS DE INTERVALO POR MINILAPARATOMIA CON ANESTESIA LOCAL MAS SEDOANALGESIA.

Son requisitos indispensables para ejecutar esta técnica:

- Selección adecuada de la paciente
- Conocimiento de la técnica

Si no se cumple con estos requisitos NO SE DEBE efectuar este procedimiento. Esta técnica NO es RECOMENDABLE en pacientes:

- Obesas
- Con cirugía pélvica previa (cesareas previas por ejemplo)
- Infección pélvica (utero - trompas - ovarios)
- Utero retroverso y fijo
- Falta de colaboración del paciente
- " Tumores pélvicas

##### PRE-MEDICACION:

- 30 minutos antes de la operación sedar a la paciente, administrar 10 mg de Diazepam o Midazolam, una tableta por vía oral con medio vaso de agua; si la paciente pesa menos de 35 Kg., bajar la dosis a 5 mg.
- Administrar atropina 1 amp IM (0.5 mg.) 15 minutos antes de iniciar la operación. Con esto se previene la bradicardia y se disminuye la posibilidad de reacción vasovagal y paro cardiaco.

### **SEDOANALGESIA:**

Antes de la operación, estando ya la paciente en la mesa de operaciones (cuando el cirujano comienza a lavar a la paciente), para lograr una analgesia operatoria sistémica se administrará por vía endovenosa la 1° dosis de sedoanalgesia:

Petidina 50 mg. + diazepam 5 mg, juntos diluïdos en 12 cc de NAACL 9 x 1000, aplicarlo lentamente durante 5 minutos.

Esta administración la realizará el médico con entrenamiento en analgesia, quien vigilará estrictamente las funciones vitales (pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria) de la paciente.

De ser necesario y previa orden del cirujano, se aplicará una 2° dosis de este esquema al momento de ingresar a la cavidad peritoneal, manteniendo control estricto de las funciones vitales.

### **TECNICA OPERATORIA:**

1. Colocar a la paciente en posición de litotomía, previa aplicación de la solución de NAACL 9x1000 con scalp vein o Branula No 18.
2. El médico con entrenamiento en analgesia, administrará la 1° dosis de sedoanalgesia.
3. El cirujano procederá a la asepsia y antisepsia de la pared abdominal y vagina, usando primero yodopovidona en jabón y luego yodopovidona en solución.
4. El cirujano realizará un examen pélvico para confirmar la posición, forma, tamaño y movilidad del útero, previamente verificará que la vejiga esté evacuada, de no ser así, procederá a evacuar la vejiga.
5. Colocación de espéculo con la mano izquierda.
6. Limpie la vagina y el cérvix con solución de yodopovidona.
7. Utilice los mismos guantes, sin tocar el elevador uterino por encima de la placa de seguridad, y tomándola por el mango inserte cuidadosamente el elevador hasta que la placa de seguridad se adose al cérvix sin tocar las paredes vaginales.
8. Retire el espéculo, pero no lo descarte, ya que si se sale el elevador uterino, será necesario repetir la colocación del mismo.
9. Cambie de guantes.
10. Vestir a la paciente: colocación de campos estériles, colocación de campo fenestrado (poncho).
11. El cirujano si es diestro, se ubicará a la izquierda de la paciente, e iniciará la infiltración de la pared abdominal (región subprapúbica) con xilocaína 1% s/e:
  - a) Haga un botón dérmico.
  - b) En ambas direcciones a lo largo de la línea de incisión (2 o 3 cms), infiltrar de 6 a 10 cc. de xilocaína al 1% s/e. (figura 1).
  - c) Inserte la aguja (N° 20 o 21 de 1.5") en un ángulo de 45° en 4 direcciones (arriba, abajo, izquierda, derecha), hacia la aponeurosis. Aspire para asegurarse que la aguja no ha penetrado en un vaso sanguíneo; y luego retire la aguja lentamente, inyectando 1 a 2 cc de xilocaína al 1% s/e en la aponeurosis, en cada una de las 4 direcciones. (figura 2,3).
  - d) Haga un masaje suave de la piel para que el anestésico se difunda en los tejidos, ESPERAR 03 MINUTOS para que el anestésico haga efecto.
  - e) Pruebe la anestesia: pinche la piel del lugar infiltrado con una aguja, si la paciente siente el pinchazo, espera 3 minutos más. Ensaye de nuevo.
  - f) Guarde de 5 a 10 cc. de xilocaína al 1% s/e en la jeringa, para usarla directamente en la aponeurosis, peritoneo, útero, trompas y mesosalpinx según se requiera.
12. Haga una incisión transversal de 2 a 3 cms. de longitud, ésta debe efectuarse por encima de la sínfisis del pubis, no deberá incidir los tejidos subcutáneos. Controle los vasos sangrantes, si los hay.
13. Para minimizar el sangrado, realice una disección roma del tejido celular subcutáneo (TCSC), se puede usar en este paso las ramas rectas de los separadores.

14. Luego de separar el TCSC con los separadores, exponer la aponeurosis, dependiendo del caso ésta se puede infiltrar con xilocaína al 1% s/e de 2 a 4 cc. en los 4 sentidos (arriba, abajo, izquierda, derecha).
  - Cortar la aponeurosis en sentido transversal, previamente se toma la aponeurosis con 2 pinzas de Kocher, proceder al corte usando tijera de Mayo curva.
  - Hacer una separación roma del músculo recto de la aponeurosis. Extender la abertura de la aponeurosis por fuera de los bordes de la incisión.
  - Separar los músculos rectos en la línea alba. Inserte los separadores para separar los músculos rectos y exponer el tejido adiposo pre-peritoneal. Si se necesita, remueva la grasa para exponer el peritoneo.
  - Opcional: Si la paciente experimenta dolor, infiltre el peritoneo con 1 a 2 cc. de xilocaina al 1% s/e.
  - Identificación de peritoneo, los separadores deben estar colocados en posición horizontal uno frente a otro. Eleve el peritoneo con una pinza de Murphy. ANTES DE ABRIR EL PERITONEO, palpe un pliegue de tejido y observe si hay transparencia para asegurarse que se trata del peritoneo y que no hay asas intestinales adheridas a él. Haga una pequeña abertura del peritoneo en forma roma usando pinza de Kelly o Pean. REVISE LOS TEJIDOS SUBYACENTES PARA ASEGURARSE QUE NO SE PENETRO O LESIONO EL INTESTINO.
  - Ensanche la incisión peritoneal hacia arriba y hacia abajo, de acuerdo a su visualización.
  - Coloque los separadores dentro de la cavidad peritoneal, el ayudante los mantendrá en posición horizontal en 180° para la visualización correcta de la cavidad pélvica.
15. Si la paciente manifiesta algún grado de dolor o discomfort, indicar una 2da dosis de sedoanalgesia (5 mg. de Diazepam + 50 mg. de Petidina diluidos en 12 cc de NaCl 9 x 1,000 y aplicarlo lentamente durante 5 minutos). El médico con entrenamiento en analgesia monitorizará estrictamente las funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria) de la paciente.
16. Identificada la cavidad pélvica, solicitar al anestesista que coloque a la paciente en posición de Trendelenburg, luego se procederá a la toma de las trompas de falopio, de la siguiente manera:
  - a) El ayudante SOLO se encargará del MANEJO DE LOS SEPARADORES, esto permitirá una óptima visualización de la pelvis por parte del cirujano.
  - b) El cirujano (si es diestro), con la mano izquierda presionará suavemente hacia abajo el mango del elevador uterino, con el fin de llevar el fondo del útero hacia el lugar de la incisión y lo acercará a la pared abdominal. (figura 4 y 5) si el útero está en posición retroflexa, el elevador uterino se colocará con el mango hacia abajo (figura 6), y para aproximar el fondo del útero hacia la pared abdominal, se presionará suavemente el elevador hacia arriba.
  - c) Gire el mango del elevador uterino hacia la izquierda para presentar la trompa derecha debajo del sitio de la incisión.
  - d) El cirujano con la mano izquierda manejará el elevador uterino y con la derecha cogerá la trompa, con la ayuda de un asa de trompas lo acercará hacia el lugar de la incisión y la tomará con una pinza de canastilla bacoock delgada, o con una pinza de Pean recta atraumática (la toma será de la serosa y parte de la muscular de la trompa, debe ser suave para evitar desgarrarla). Confirme la identidad de la trompa mediante la observación de la fimbria. EVITE AL MAXIMO LA MANIPULACION DE LA TROMPA.
17. Oclusión de las trompas de Falopio:
  - a) Previa identificación de la trompa se pinzará en su tercio medio, se ligará un asa con catgut crómico 2/0, luego se cortará la porción superior del asa ligada. Se verificará la hemostasia.(figura 7)
  - b) Observe los muñones de la trompa para confirmar que no hay sangrado y que no se requiere una ligadura adicional.

Suavemente devuelva la trompa al abdomen.
  - c) Tome y ocluya la segunda trompa. La rotación del elevador uterino debe ser en sentido contrario de la ligadura de la primera trompa.

- d) Después de haber ocluido las trompas, ordenar al médico con entrenamiento en analgesia para que la mesa de operaciones vuelva a su posición original (revertir la posición de Trendelenburg).
18. Cierre de pared  
Luego de verificar la hemostasia, la pared se cierra por planos:
- No es necesario el cierre del peritoneo.
  - La aponeurosis se cierra con sutura continua y con catgut cromico 2/0.
  - Cierre de piel con puntos subdérmicos con catgut absorbible o puntos separados si usa hilo o seda.
19. Cubra con gasa la herida operatoria.
20. Retire el elevador uterino y evalúe la existencia de sangrado vaginal.
21. El médico con entrenamiento en analgesia verificará las funciones vitales de la paciente y su posterior traslado a la sala de recuperación.

## **A2) LIGADURA DE TROMPAS EN EL POST-PARTO**

La información sobre ligadura de trompas en el post-parto debe incluirse como parte de la consejería prenatal habitual. Este procedimiento se realizará en el establecimiento donde se atendió el parto siempre y cuando cumpla con los requisitos descritos en el Capítulo II.

LA TECNICA OPERATORIA a usarse sera la MINILAPARATOMIA y se usará como anestesia la regional (epidural-raquideo) o local (acompañada de sedoanalgesia).

La minilaparatomía post-parto debe realizarse dentro de las 48 horas siguientes al parto vaginal. A las 48 horas, el fondo uterino está cerca del ombligo, lo cual posibilita que a través de una incisión de 2 a 3cm. subumbilical se tenga fácil acceso a las trompas. Además se evita una estadía hospitalaria innecesariamente prolongada y se logra una deambulacion temprana.

### **TECNICA OPERATORIA (MINILAP - POST-PARTO CON ANESTESIA LOCAL**

1. Aplicación de vía con NAACL 9% con scalp ó Bránula N° 18.
2. Aplicación de sedoanalgesia (descrito en minilap de intervalo con anestesia local) por médico con entrenamiento en analgesia y con monitorización estricta de funciones vitales.
3. Paciente en posición decúbito dorsal.
4. Infiltración de región subumbilical con xilocaína 1% s/e (descrito en A1, 7)
5. Incisión subumbilical de 2 ó 3 cm disección por planos (descrito en A1,10) (figura 8)
6. Apertura de cavidad peritoneal, identificación de trompas, toma de trompas con ayuda de asa de trompas, pinza de Bacoock de cabeza fina o pinza de Pean recta atraumática.
7. Oclusión de trompas (pasos A1,13 a,b)
8. Cierre de pared (pasos A1,14). Luego seguir pasos A1,15 y 17.

## II) VASECTOMIA

Es requisito indispensable que el cirujano, que realiza vasectomía debe TENER EXPERIENCIA EN LA TECNICA OPERATORIA, asimismo debe estar comprometido con el programa, ya que debe ser experto en consejería, selección, evaluación pre-operatoria y seguimiento post-operatorio.

El cirujano que realiza VASECTOMIA SIN BISTURI DEBE HABER RECIBIDO CAPACITACION PREVIA y debe haber realizado 10 procedimientos exitosamente bajo supervisión directa de CIRUJANOS EXPERTOS, es indispensable su certificación.

La técnica que promueve el programa es la de la VASECTOMIA SIN BISTURI, ya que está probada sus enormes ventajas con respecto a la técnica tradicional.

### A) TECNICA VASECTOMIA SIN BISTURI:

Para cada procedimiento se requieren de los siguientes materiales quirúrgicos:

1. Pinza de anillo (figura 9).
2. Pinza de disección afilada y puntiaguda (pinza de Li). (figura 9).
3. Tijera de Mayo mediana.
4. Seda 3/0:Multiempaque.
5. Jeringa descartable de 10 cc.
6. Xilocaína 1% SE 1 frasco.
7. Aguja descartable N° 23, 24 o 25 de 1 pulgada.
8. Paquete de 5 gasas.
9. Yodopovidona jabón 30 cc.
10. Yodopovidona solución 30 cc.
11. Esparadrapo, curita.

### TECNICA OPERATORIA:

1. Paciente en posición de decúbito dorsal, previamente debe de haberse rasurado o recortado el vello , en caso de cubrir la región escrotal.
2. Fijación del pene a la pared abdominal, con uso de cinta adhesiva (esparadrapo), con el fin que el pene no dificulte la palpación del conducto deferente.
3. Asepsia-antisepsia con yodopovidona jabón y solución, cambio de guantes.
4. Colocación de campo fenestrado.
5. El cirujano debe colocarse a la derecha del paciente si es diestro, si el cirujano es zurdo, debe colocarse a la izquierda del paciente.
6. Con el primer y tercer dedo de la mano izquierda localizará el conducto deferente derecho, el dedo medio de la mano izquierda facilitará la exposición del conducto deferente hacia la superficie de la piel. Se localizará el deferente en su posición media entre la raíz del pene y los testículos. (figura 10).
7. El cirujano con la mano derecha procederá a infiltrar la piel del rafe medio, hacia donde se ha aproximado el conducto deferente, (se usará la jeringa descartable de 10 cc. Con aguja descartable N° 25 y de una pulgada y xilocaína al 1%), se hará una pápula subdérmica con el anestésico , luego se infiltrará con 2 a 4 cc de xilocaína directamente al conducto deferente por debajo de su fascia, que es por donde pasa el nervio deferente, la zona se ubica a 1.5 ó 2 cm por encima de la pápula subdérmica. (figura 10).
8. Para infiltrar el conducto deferente izquierdo, el cirujano se colocará a la derecha del paciente con la cara mirando a los pies del paciente, esta posición facilita la identificación del conducto deferente izquierdo. Al igual que con el conducto deferente derecho, el izquierdo se fijará con el 1° y 3° dedo de la mano izquierda. Con la mano derecha se procederá a infiltrar con 2 a 4 cnt de Xilocaína al 1 %, el conducto deferente, directamente por debajo de su fascia.
9. Se esperará de 2 a 3 minutos para que el anestésico local haga efecto.
10. Fijado el conducto deferente derecho con 1° y 3° dedo de la mano izquierda, con la mano derecha se sujetará la pinza de anillo y se procederá a tomar el conducto deferente con la piel del rafe medio (en donde se infiltró previamente), haciendo un ángulo de 90° entre el conducto deferente y la pinza de

- anillo, luego se verificará la toma del conducto deferente, palpando esta estructura por debajo de la pinza de anillo. (figura 11).
11. Con la pinza de disección puntiaguda y a  $45^{\circ}$  y en paralelo a la pinza de anillo; el lado interno de la pinza de disección perforará la piel hasta perforar la fascia del deferente, luego con las dos hojas cerradas de la pinza de disección, se incide en el orificio de perforación realizado previamente y se apertura la piel del rafe medio hasta la fascia del conducto. (figura 12, 13).
  12. Una vez identificado parte del conducto deferente aún fijado por la pinza de anillo, se procede a fijar parte del conducto desfasciado, usando la pinza de disección afilada, concomitantemente se libera el conducto, retirando la pinza de anillo con la mano izquierda, mientras que la mano derecha gira la pinza de disección que fija el segmento desfasciado del conducto, extrayendo de esta manera el asa del conducto deferente hacia el exterior. (figura 13).
  13. Aislado el conducto deferente se procede a extraer una asa del mismo, separando el meso (figura 13).
  14. Se procederá a ligar la porción del deferente hacia el extremo testicular con seda 3/0, el punto debe ser adecuado, ni muy ajustado (ya que puede seccionar el conducto), ni muy suelto (ya que se puede aflojar el punto con el riesgo de falla de la técnica o de hemorragia post-operatoria).
  15. Se liga la porción abdominal del conducto con seda 3/0, con los mismos criterios del paso anterior.
  16. Se procede a seccionar asa, que en promedio es de 1 cm de longitud. (figura 14).
  17. El cabo de hilo de seda del extremo abdominal no se corta, se procede a entorchar (dar vueltas sobre sí mismo) para atraer la fascia al muñón, se ligará con seda 3/0 sobre el muñón del cabo abdominal. Se revisará la hemostasia.
  18. El conducto deferente izquierdo se tomará de igual forma como para el derecho y por el mismo orificio.
  19. La herida se cubrirá con gasa o cinta adhesiva, no siendo necesaria suturarla, a menos que sangren el borde.

FIGURA 1

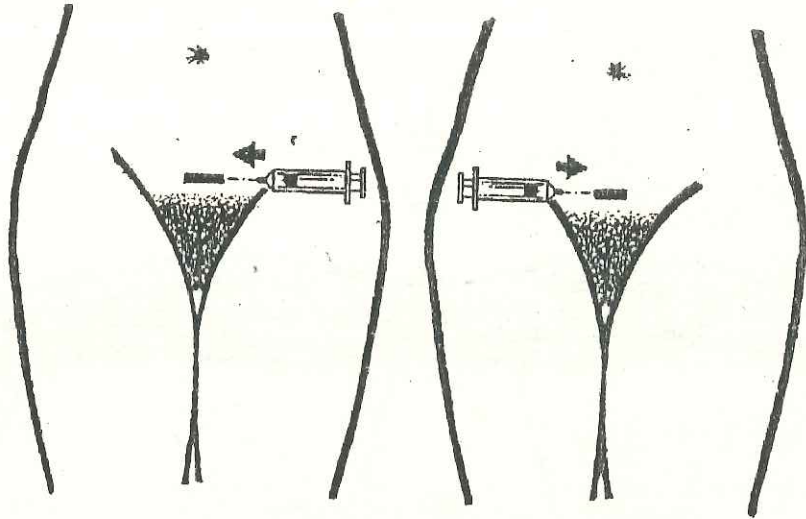


FIGURA 2

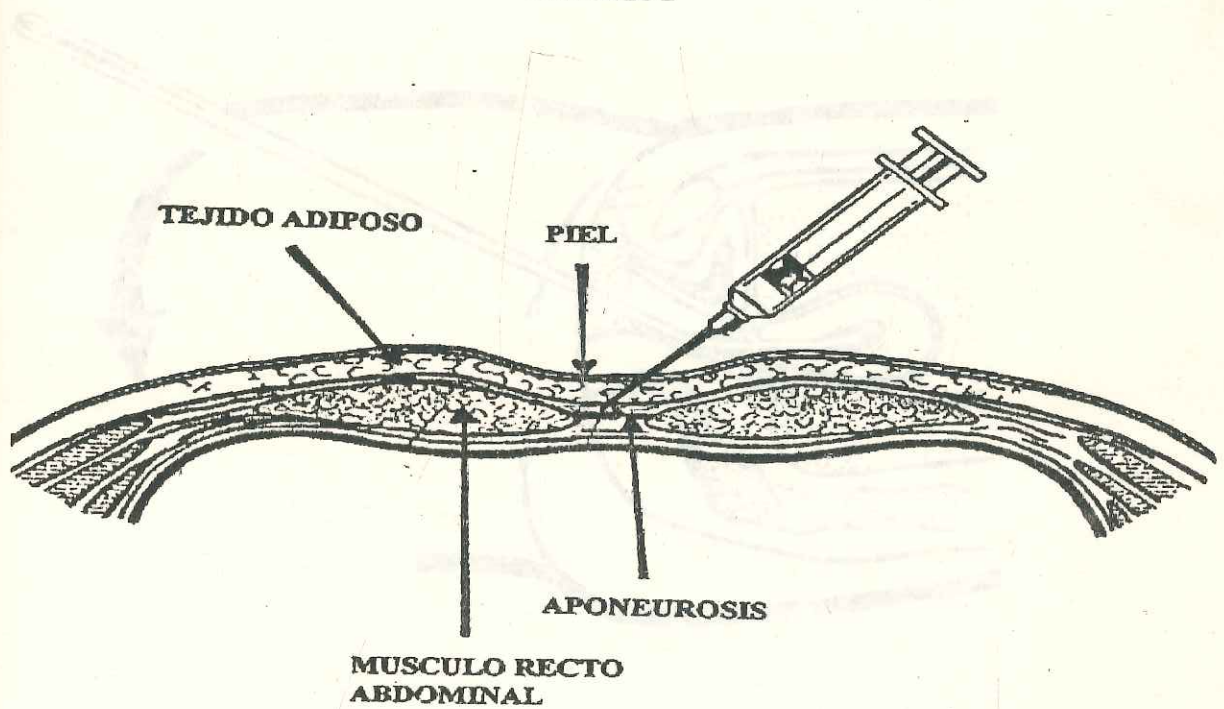




FIGURA 3

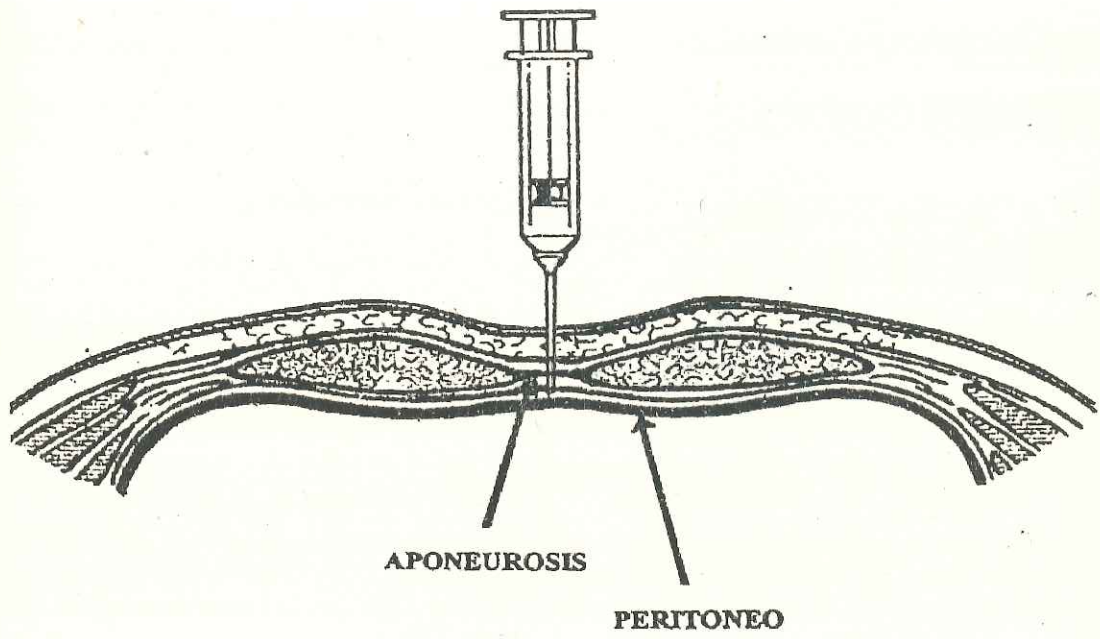


FIGURA 4

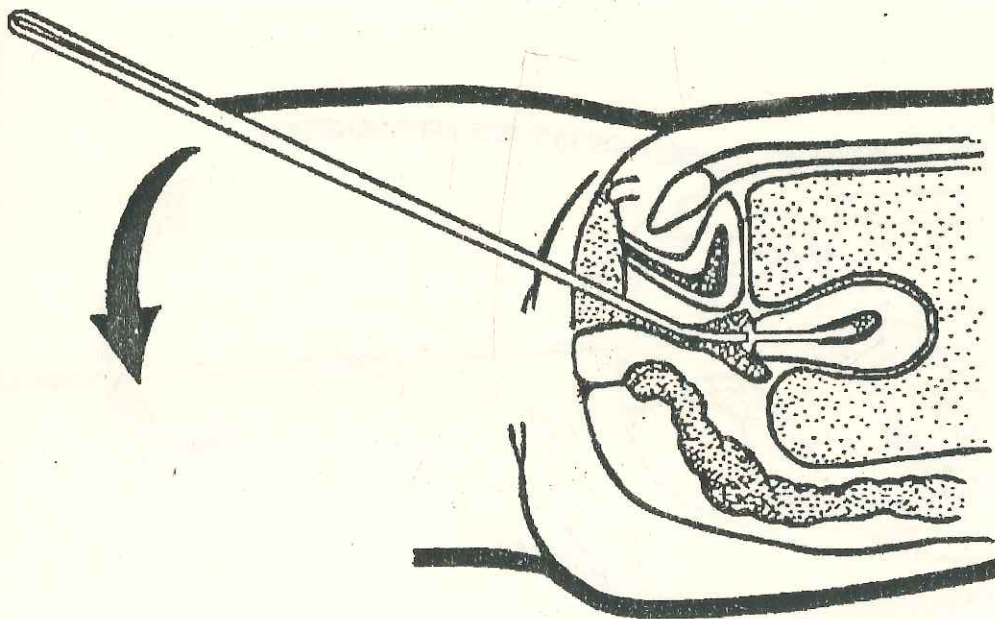


FIGURA 5

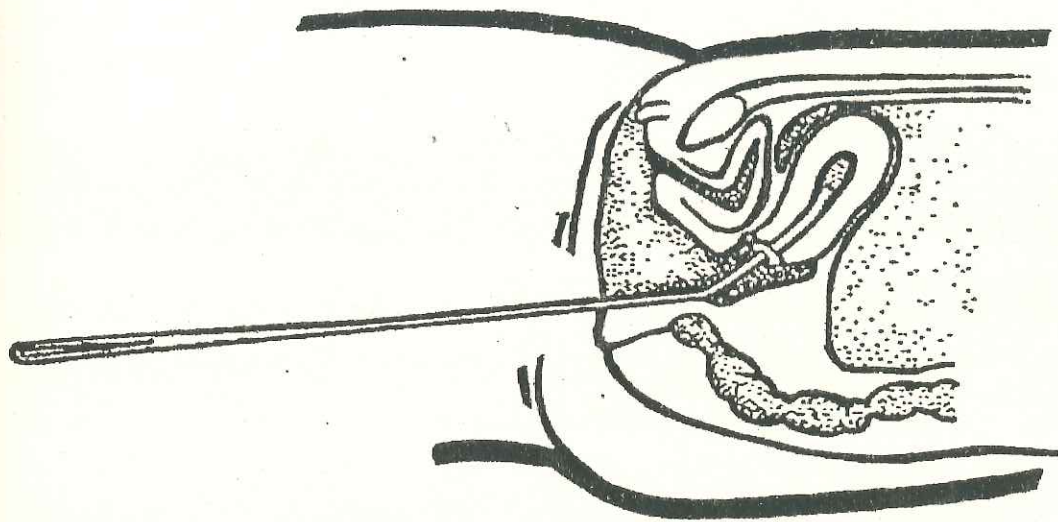


FIGURA 6

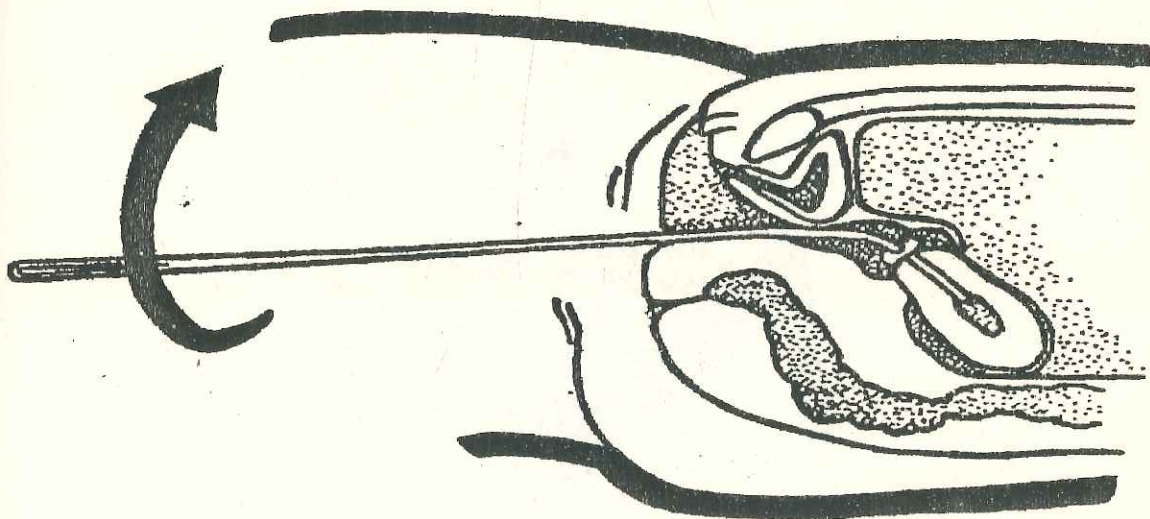


FIGURA 7

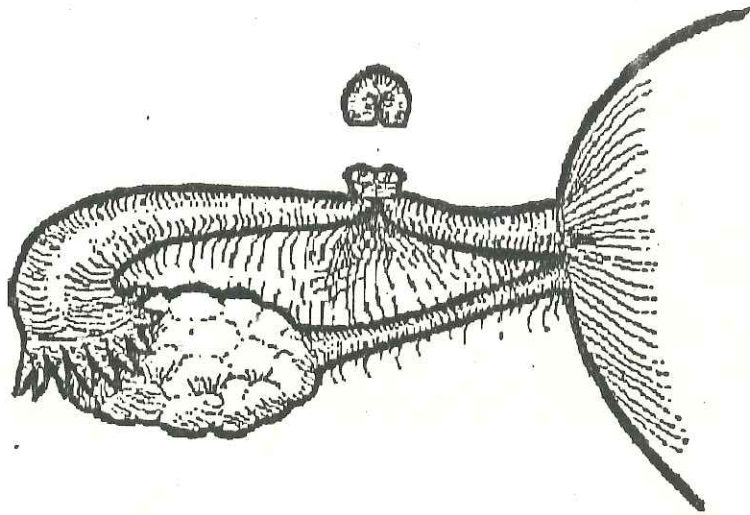


FIGURA 8

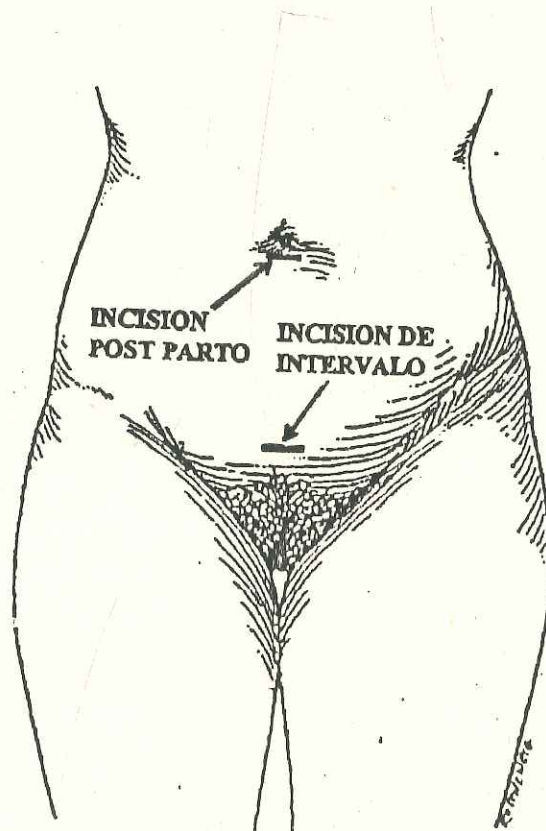
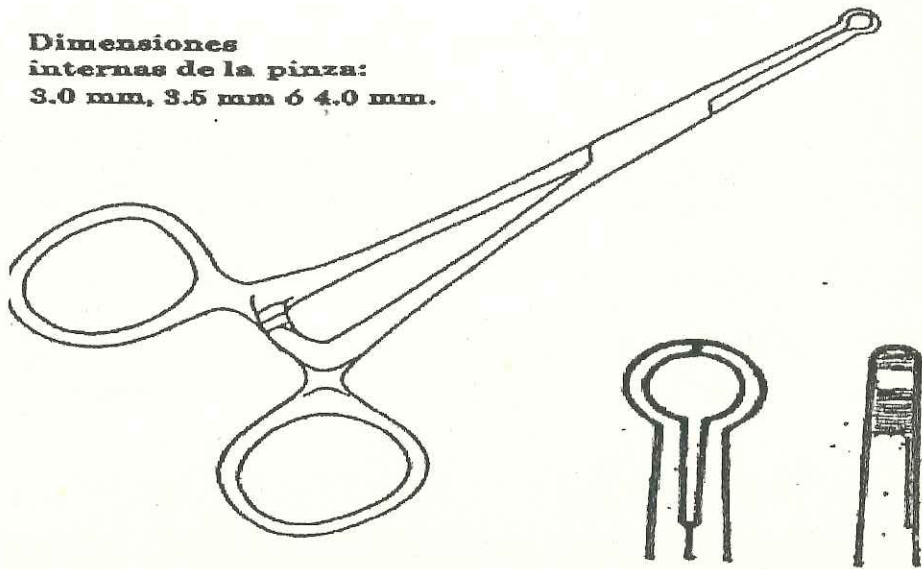


FIGURA 9

Pinza de anillo

Dimensiones  
internas de la pinza:  
3.0 mm, 3.5 mm ó 4.0 mm.



Pinza de disección

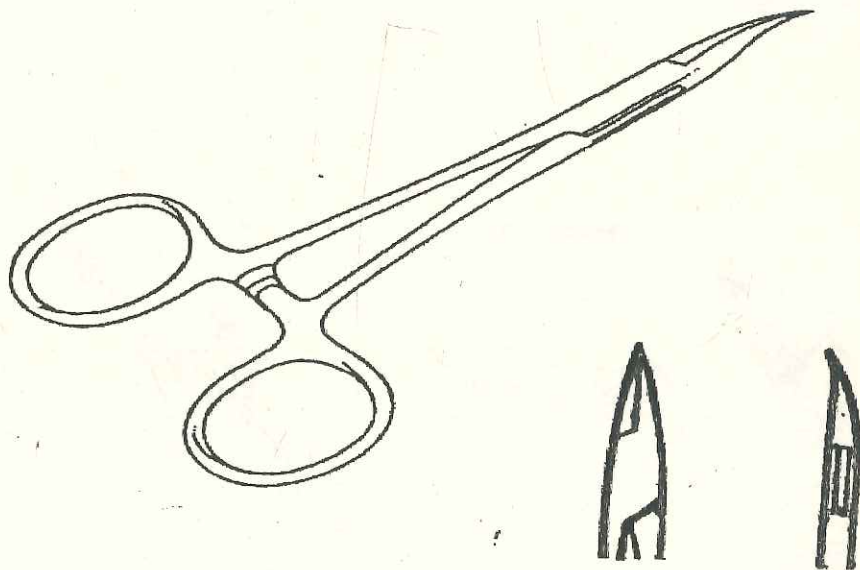
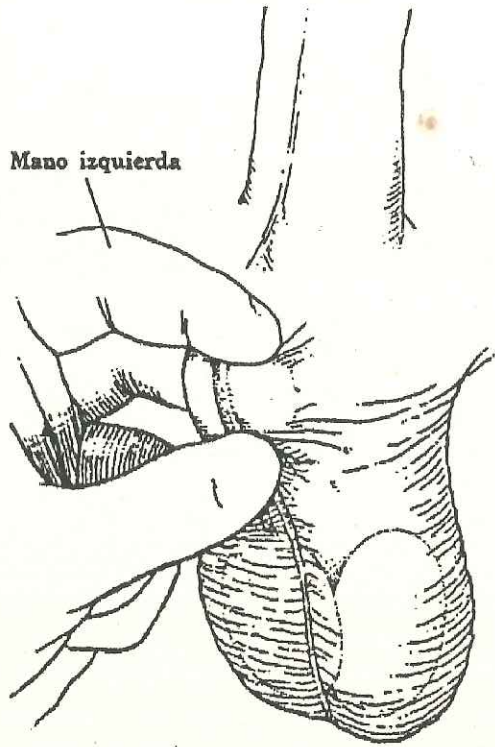


FIGURA 10

El escroto dividido en tercios para determinar el sitio de punción



Formación del habón dérmico

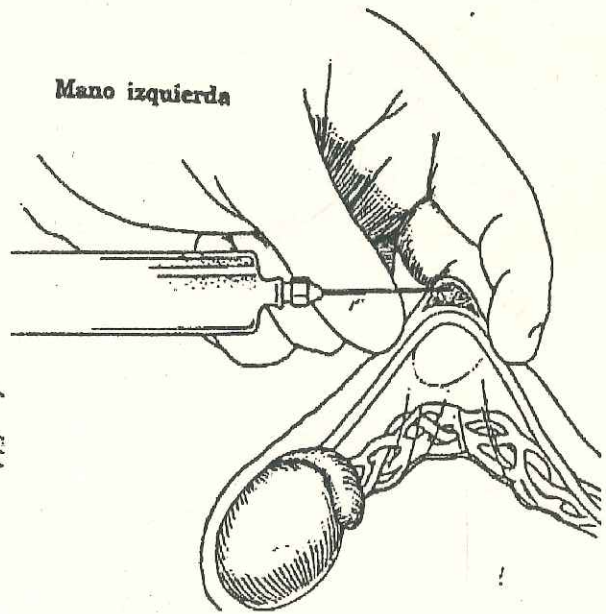
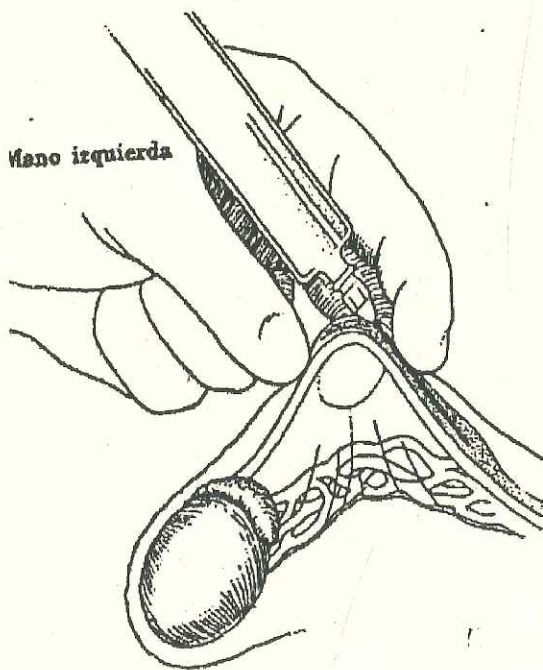
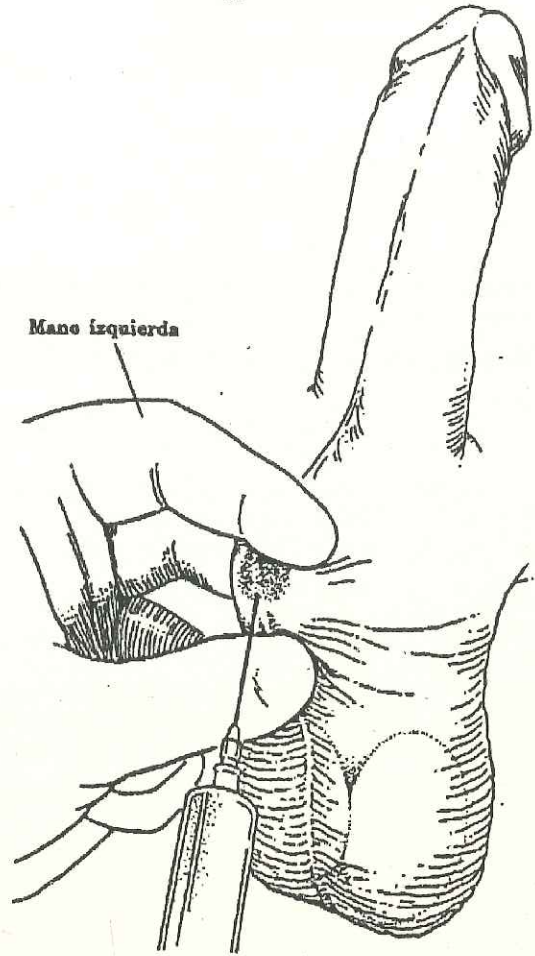


FIGURA 11

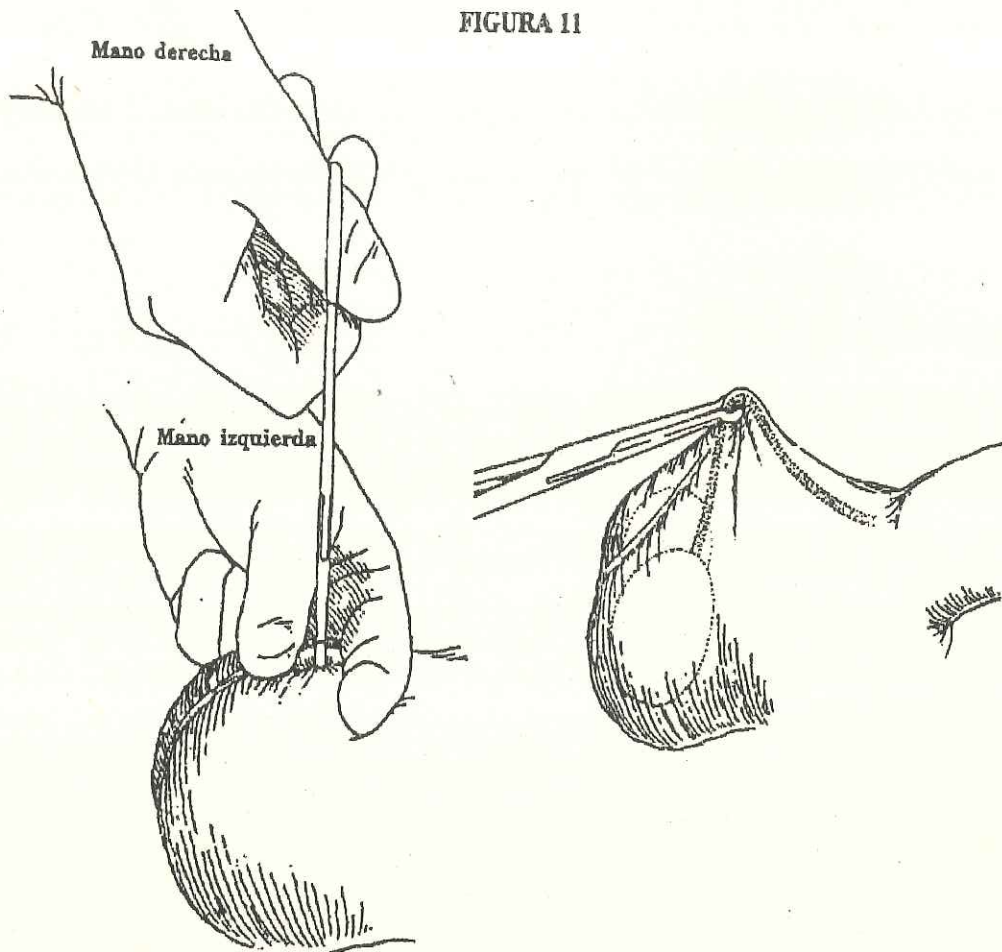


FIGURA 12

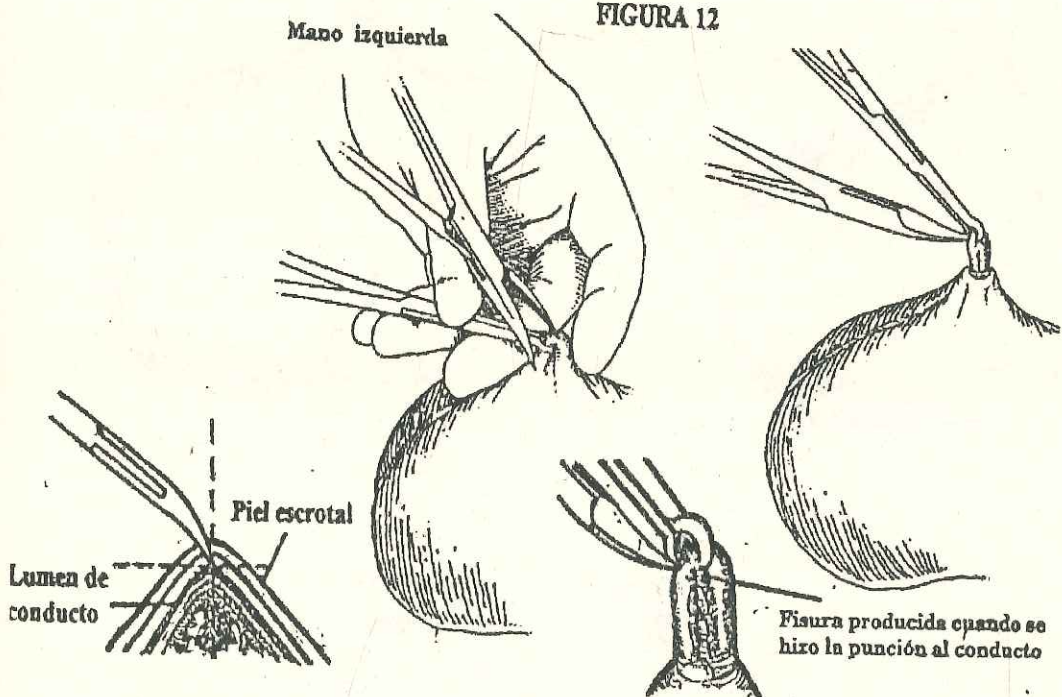


FIGURA 13

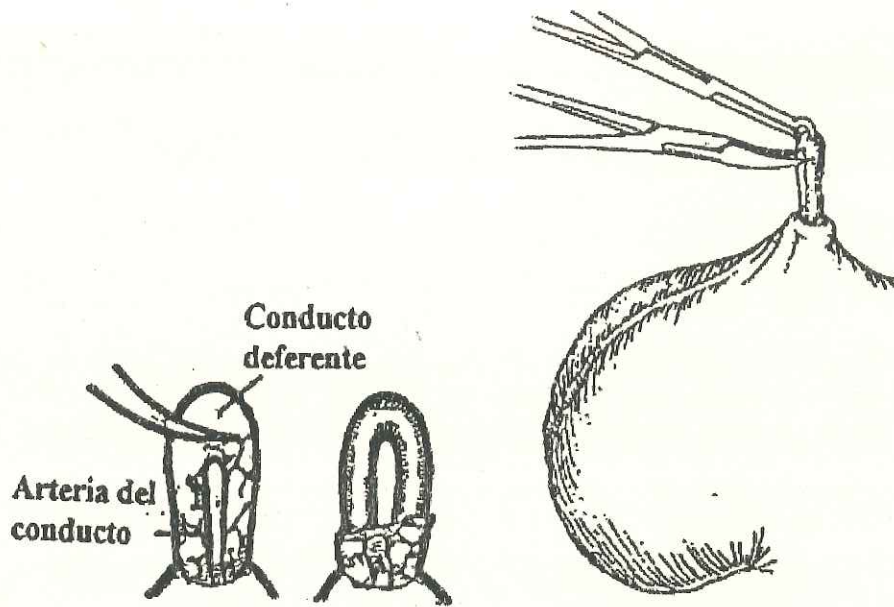
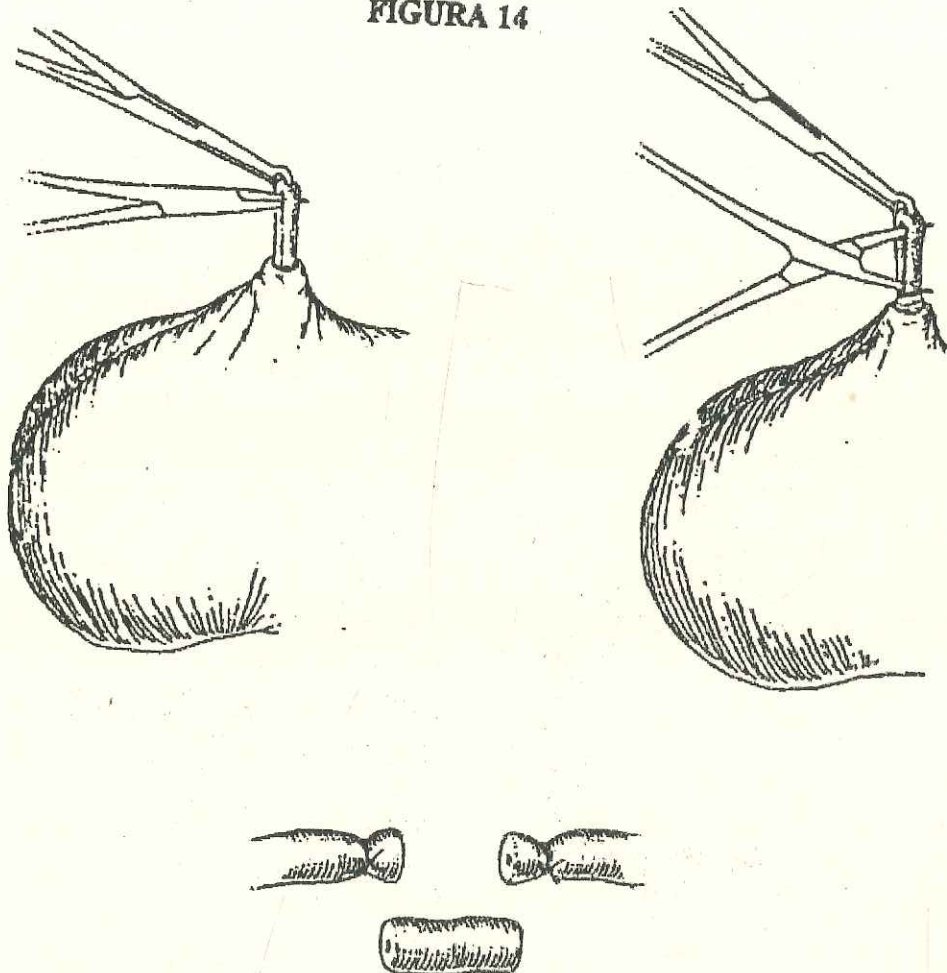


FIGURA 14



# CAPITULO 6

## MANEJO POST-OPERATORIO

### I. INDICACIONES POST-OPERATORIAS

#### A. MANEJO POST-OPERATORIO - SEGUIMIENTO DE LIGADURA DE TROMPAS

- En la sala de recuperación, la enfermera u obstetrix a cargo debe vigilar los signos vitales cada 15 minutos hasta que éstos se hayan estabilizado.
- Para determinar si la paciente se ha recuperado de la anestesia, debe utilizarse el signo de Romberg (la paciente puede mantener el equilibrio estando de pie y con los ojos cerrados).
- El alta de las pacientes post operadas será dada por el médico que realizó la intervención, luego de la evaluación clínica del paciente y verificación que el estado de salud así lo permita. En general podrá ser a las 3 ó 4 horas posteriores al acto operatorio. si se usa anestesia local + sedoanalgesia Para aquellas pacientes a quienes se les realizó Ligadura de Trompas y que provengan de zonas rurales o lejanas al establecimiento donde fueron intervenidas, permanecerán mínimo 24 horas en observación.
- Al alta se le proporcionará a la paciente una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados post-operatorios que debe seguir en su domicilio (Anexo 3), asimismo deberá acercarse en la fecha y hora indicada para sus controles en el establecimiento de donde procede. **DEBEN REALIZARSE DOS CONTROLES, UNO ENTRE EL 3° Y 7° DIA, Y UN 2° CONTROL EL DIA 30° POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN.**
- Es conveniente, de ser posible, que el mismo cirujano que realizó la operación practique el examen de seguimiento, para que evalúe los resultados de su procedimiento y analice su morbilidad ( como ejercicio de autoevaluación).
- Si la paciente no acude a sus controles se deberá realizar visitas domiciliarias.
- A mediano plazo del acto operatorio (1 a 3 meses) se realizará un encuesta a la paciente post-operada, a fin de evaluar la satisfacción del usuario con respecto al procedimiento.

#### B. MANEJO POST-OPERATORIO - SEGUIMIENTO DE VASECTOMIA

- Los pacientes a quienes se les ha practicado la vasectomía, deben descansar por lo menos 30 minutos en un ambiente de recuperación, (puede ser en una sala que tenga bancas para sentarse y de ser posible con un televisor donde se les refuerce las indicaciones sobre los cuidados post-operatorios).
- Antes de dar de alta, el personal de recuperación debe repetir todas las instrucciones relacionadas con la atención y cuidado post-operatorio. Por ejemplo el paciente debe saber como cuidar la herida, como usar los medicamentos post-operatorio y cuales son las complicaciones a los que debe prestar atención y qué debe hacer respecto a cada una de ellos y cuando podrá reanudar sus actividades normales.
- Al alta se le debe proporcionar al paciente una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados post-operatorios que debe de seguir en su domicilio, asimismo, darle las citas para sus controles en la fecha y hora señalada. (Anexo 3).
- Se procederá a controlarlo en el establecimiento donde se efectuó la operación o el de su procedencia, **DEBEN REALIZARSE DOS CONTROLES, UNO ENTRE EL 3° Y 7° DIA, Y UN 2° CONTROL EL DIA 30° POSTERIOR A LA INTERVENCIÓN.**
- Es conveniente, de ser posible, que el mismo cirujano que realizó la operación practique el examen de seguimiento, para que evalúe los resultados de su procedimiento y analice su morbilidad ( como ejercicio de autoevaluación).
- Si el paciente no acude a sus controles se realizarán visitas domiciliarias.
- A los 3 meses de realizada la vasectomía, debe de realizarse un **ESPERMATOGRAMA** (o por lo menos la evaluación simple al microscopio de una muestra de semen, para objetivar la ausencia de espermatozoides); el personal que captó al paciente debe de informarle en la consejería, que este examen es muy importante, ya que la operación no está exenta de fallas. Este examen forma parte del proceso de atención en Planificación Familiar y es gratuito.



## II. MANEJO DE COMPLICACIONES

El Ministerio de Salud ha dispuesto que el Programa de Planificación Familiar asuma la totalidad de los costos del manejo de las complicaciones que se pudieran presentar después de toda intervención de Ligaduras de Trompas y Vasectomía, que incluyen costo de traslado, medicamentos, hospitalización y de requerirse reintervención.

### 1) COMPLICACIONES DE ANESTESIA

#### " DEPRESION RESPIRATORIA

#### " PARO RESPIRATORIO

Esta complicación es producida con frecuencia por la inyección endovenosa rápida de Petidina y/o Diazepan, la cual ocurre aproximadamente entre el primer y tercer minuto. Por lo que la vigilancia respiratoria deberá ser estricta durante los 5 primeros minutos.

Los signos de las complicaciones relacionadas a anestesia son:

- Reducción de la frecuencia respiratoria.
- Respiración rápida y agitada.
- Dísnea, jadeo, estridor laríngeo.
- Cianosis peribucal.
- Cianosis en el lecho ungueal.
- Pulso rápido e irregular.
- Alteración del sistema nervioso central (ansiedad, desorientación).
- Convulsiones o pérdida de conciencia.
- Paro cardíaco (ausencia de pulso; ruidos cardíacos, respiración, reflejos y tono muscular).

Las causas y factores coadyuvantes son:

- Sobredosis de analgésico.
- Sobredosis de sedantes.
- Efecto combinado de los medicamentos.
- Efecto retardado (los medicamentos alcanzan máxima actividad cuando la vigilancia ya no es tan frecuente).
- Inyección endovenosa de xilocaína.
- Sobredosis de xilocaína.
- Enfermedad cardíaca pre-existente.
- Hemorragia con depresión de volumen intravascular.

#### MANEJO:

- Mantener vía aérea abierta
- Respiración: administrar oxígeno (hasta 5 Lts. por minuto) a la paciente, con el equipo de resucitación manual.
- Debe intubarse a la paciente.
- Control de circulación: verificar pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria.

Administrar naloxona, antídoto para narcótico, (0.4 mg Ev), se puede repetir la dosis a intervalos de 2 a 3 minutos, lentamente, hasta que se logre el grado de reversión deseado.

#### A. MEDIDAS DE EMERGENCIA PARA COMPLICACIONES CARDIO-VASCULARES:

- Si se confirma paro cardíaco, dar un golpe precordial inmediato y comenzar con un masaje cardíaco externo.
- En caso de paro respiratorio, administrar oxígeno a través del tubo endotraqueal (o comenzar la resucitación boca a boca).
- Iniciar una vía endovenosa y administrar los medicamentos resucitadores según lo indicado.

#### MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ANESTESIA

Sobredosis:

- Antídoto para petidina (NALOXONA).
- Únicamente en caso de paro cardíaco, se utilizan durante la asistencia de resucitación respiratoria y cardíaca:
  - Adrenalina.
  - Xilocaína.
  - Solución de bicarbonato de sodio.
  - Gluconato de calcio.

## 2) **LIGADURA DE TROMPAS** ,

### **B. MANEJO DE LESION VESICAL**

#### " **SIGNOS INTRA OPERATORIOS DE UNA LESION VESICAL**

- Salida de orina por la incisión.
- Visualización rugosa de la vejiga.

#### " **FACTORES COADYUVANTES**

- No haberse asegurado de vaciamiento de la vejiga antes de la cirugía.
- Localización inadecuada de la incisión.
- No haber observado la translucidez del pliegue peritoneal antes de incidirlo.

#### " **MANEJO**

- Si se tiene sospecha de lesión vesical en el intra-operatorio, colocar catéter por uretra e instalar solución estéril de azul de metileno, violeta de genciana o agua estéril, y evaluar si hay salida de solución hacia cavidad.
- Reparar la lesión con sutura separada con catgut N° 1 con aguja atraumática y en 2 planos.
- Continuar el procedimiento de oclusión tubaria si lesión vesical es menor (menos de 1 cm).
- En toda lesión vesical (laceración, perforación o sección), se debe colocar a la paciente una sonda de Foley No 14 ó 16 con su bolsa de drenaje; este procedimiento lo realizará el cirujano con las máximas condiciones de asepsia.
- Iniciar tratamiento con antibióticos (Ciprofloxacina 250 mg, 2 veces al día por 10 a 14 días).
- Hospitalizar a la paciente por 24 horas para observación.
- Retirar sonda de foley a los 7 días y verificar si la paciente puede miccionar normalmente.

#### " **SINTOMAS Y SIGNOS POST OPERATORIOS DE UNA LESION VESICAL**

- Hematuria.
- Dolor suprapúbico.
- Fiebre o síntomas de infección.

### **C. LESION INTESTINAL**

#### " **SIGNOS INTRAOPERATORIOS DE LESION INTESTINAL**

- La serosa o la muscularis intestinales son visibles.
- El contenido intestinal es visible.
- **CAUSAS O FACTORES COADYUVANTES.**
- No se palpó pliegue peritoneal para confirmar que el intestino no estaba adherido antes de incidirlo.
- No se constató translucidez de pliegue peritoneal antes de incidirlo.
- Incisión rápida profunda de la delgada pared abdominal en el área umbilical durante la ligadura post-parto.
- Uso de instrumental dentado en la cavidad abdominal

#### " **MANEJO**

- Si la lesión es superficial (sólo serosa), terminar la oclusión tubárica. Observar y controlar a las 24 y 48 horas del alta.
- Si la lesión compromete la luz intestinal, reparar rápidamente el daño con sutura fina (seda 3/0) y aguja atraumática en dos planos, hospitalizar a la paciente y administrar antibióticos endovenosos (clindamicina 600 mg EV cada 6 horas+ Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas) durante 3 días, luego

Clindamicina 300 mg cada 6 horas vía oral + Gentamicina 80 mg IM cada 8 horas hasta completar 7 días.

- 
- En caso caiga material fecal en el abdomen, suturar la lesión. Suspender la oclusión de trompas si aún no se ha iniciado el procedimiento. Se debe lavar la cavidad con 10 lt. de suero tibio, iniciar tratamiento antibiótico mencionado y trasladar al paciente a hospital de mayor nivel.

#### **D. PERFORACION UTERINA**

##### **" SIGNOS DE PERFORACION UTERINA**

- La punta del elevador se percibe a través del útero
- Incapacidad para elevar el útero contra la pared abdominal
- Sonido metálico de la punta del elevador del útero contra los separadores abdominales
- Sangrado.

##### **" FACTORES COADYUVANTES**

- Inserción inadecuada del elevador uterino
- Manejo brusco del elevador uterino

##### **" MANEJO**

- Si el útero se encuentra en anteversión, considerar la posibilidad de no retirar el elevador, para que éste haga un efecto hemostático mecánico, mientras se continúa con la operación.
- En caso que el útero esté en retroversión, considerar la posibilidad de cambiar la posición del elevador, rotando el útero hacia la posición anteversa, y proceder con la oclusión de las trompas.
- Una vez se hayan ocluido las trompas, retirar el elevador y observar si hay sangrado (por lo general, solo se observa un ligero exudado) en el sitio de la perforación.
- Si hay sangrado, controlarlo con una sutura de colchonero, utilizando catgut crómico 1 ó 2/0.
- OBSERVAR a la paciente durante 2 horas, controlar la PA y FC cada 30 minutos.
- Iniciar tratamiento con antibióticos que cubran a gram negativos y anaerobios ( Clindamicina + Gentamicina).
- Considerar la hospitalización si se sospecha que el sangrado continúa o si ocurrió una perforación posterior con lesión de vasos sanguíneos.

#### **E. MANEJO DE INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA**

De existir una infección en piel, administrar antibióticos (penicilina semi-sintética o cefalosporina de primera generación por vía oral durante 7 días, o según como evolucione en cuadro).

Si se presenta un absceso, el tratamiento consiste en drenaje, y usar antibióticos ya señalados.

El manejo de esta complicación por lo general es ambulatorio, con controles cada 2 o 3 días hasta que el cuadro se resuelva; si el absceso es mayor de 10 cm de diámetro mayor, se recomienda manejo intra-hospitalario y uso de antibióticos (Clindamicina + Gentamicina) por vía endovenosa hasta que el cuadro se resuelva.

#### **3) VASECTOMIA**

##### **COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS**

##### **A. HEMATOMA ESCROTAL:**

Puede evitarse si se asegura una buena hemostasia.

El vaso sangrante por lo general es del meso del asa del conducto deferente.

##### **MANEJO:**

Si el hematoma es inmediato a la operación y se observa que va aumentando de tamaño, es necesario realizar una exploración en sala de operaciones, previo uso de sedoanalgesia o anestesia regional (debe estar presente el anesthesiólogo).

La intervención la efectuará un urólogo con experiencia en vasectomía.

Si el hematoma es grande (mayor de 5 cm de diámetro mayor), es posible que éste llegue a la región inguinal; si el vaso sangrante pertenece al meso del conducto deferente izquierdo por ejemplo, el hematoma llegará a la región inguinal izquierda, por tanto la incisión exploratoria se realizará

longitudinal y paralelo al rafe medio, en la bolsa escrotal izquierda. Se busca el vaso sangrante, se procede a la hemostasia y se explorará los muñones de los conductos deferentes, ya que habrá que ligarlos nuevamente si es que los puntos se han soltado. Luego se procederá a drenar el hematoma usando un dren pen rose mediano.

Se administrará analgésicos y antibióticos (Cefalosporina de 1<sup>era</sup> generación) endovenosos. Posterior a la exploración en sala de operaciones (drenaje - hemostasia) se colocará un soporte escrotal (gasas - trusa ajustada) y se aplicará bolsas de hielo por 30 minutos cada 4 horas, durante 24 a 48 horas según la evolución. Por lo general el hematoma se resuelve a los 2 a 3 días. Es necesario hospitalizar al paciente hasta que se resuelva el cuadro.

Si el paciente regresa al establecimiento con un hematoma escrotal, después de 6 horas de la intervención, es probable que no aumente de tamaño (ya que el vaso sangrante puede estar comprimido). Se procederá en este caso a administrar analgésicos y antibióticos por vía endovenosa, se colocará un soporte escrotal y se aplicará bolsas de hielo por 30 minutos cada 4 horas durante 1 a 2 días según la evolución. Es necesario hospitalizar al paciente hasta que se resuelva el cuadro. Se tomará hematocritos cada 6 horas. Si el hematoma va aumentando en tamaño o el hematocrito cae, será necesaria la exploración en sala de operaciones y proceder con el manejo descrito previamente.

En los hematomas pequeños (menos de 3 cm de diámetro mayor) se coloca un soporte escrotal, y se aplicará bolsas de hielo por 30 minutos cada 4 horas durante 1 ó 2 días según como evolucione el paciente, y se administrará analgésicos comunes; el manejo será ambulatorio con controles cada 2 o 3 días hasta que el cuadro se resuelva totalmente.

#### **B. MANEJO DE INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA**

De existir una infección en piel, administrar antibióticos (Dicloxacilina o cefalosporina de primera generación por vía oral durante 7 días, o según como evolucione en cuadro).

Si se presenta un absceso, el tratamiento consiste en drenaje, y usar antibióticos ya señalados.

El manejo de esta complicación por lo general es ambulatorio, con controles cada 2 o 3 días hasta que el cuadro se resuelva; si el absceso es mayor de 5 cm de diámetro mayor, se recomienda manejo intra-hospitalario y uso de antibióticos (Clindamicina + Gentamicina) por vía endovenosa hasta que el cuadro se resuelva.

# CAPITULO 7

## EVALUACION Y SEGUIMIENTO

### I.- INTRODUCCION

La evaluación y el seguimiento son necesarios para asegurar que el Programa funcione adecuadamente. También pueden ser utilizados para identificar los elementos exitosos que puedan ser adaptados a otras situaciones. Los controles a las personas luego de haber sido operadas **son sumamente importantes** ya que nos dará una idea precisa acerca de la calidad de nuestra atención, nos permitirá corregir nuestros errores así como potenciar y adaptar nuestros éxitos a otras situaciones.

A continuación se encuentra los factores más importantes para evaluar :

- " **Alcance** ¿Llegó realmente el programa a la audiencia esperada, hombres y mujeres, escucharon los mensajes, la información por parte del proveedor o por los medios masivos fue efectiva?
- " **Cobertura** ¿Qué proporción de hombres y mujeres de su comunidad reciben información y/o servicios?
- " **Rendimiento** ¿Se llevaron a cabo las actividades planeadas?  
¿Qué modificaciones necesitan hacer (seguimiento) o ya fueron hechas (evaluación)?
- " **Calidad** ¿Recibieron las personas servicios de alta calidad de asesoramiento, educación y cuidado de la Salud? ¿Fueron los materiales de información, educación y comunicación apropiados y de calidad aceptable?
- " **Impacto** ¿Cambió el programa las actitudes, conocimientos o comportamiento de la (s) audiencia (s) objetivos? ¿Se lograron los objetivos?
- " **Costos** ¿Cuánto costó el programa en la Región o Sub-Región en su totalidad y por los logros específicos y realizaciones?
- " **Lecciones Aprendidas** ¿Qué elementos del programa fueron exitosos y qué se pudo hacer de diferente manera? ¿Qué problemas surgieron y cómo fueron tratados? ¿Qué cambios deberán hacerse?.

### 1.- AUTOEVALUACIÓN

Es el componente más importante y debe realizarse en cada P.E.S.

Todo el personal: médico, enfermeras, administrativo, consejeros y técnicos, deben evaluar continuamente sus actividades mediante reuniones periódicas ya sea en forma conjunta o por servicios. El objetivo que se debe tener en cuenta es que la AQV sea más segura y confortable para el paciente.

Componentes de autoevaluación:

Aplicación de un formato de Autoevaluación.

### PRACTICAS DE AUTOEVALUACION

- Los cirujanos se reunirán semanal o mensualmente para revisar las estadísticas del servicio, las complicaciones ocurridas en el período precedente. Se analizará cada caso para establecer si podría haberse hecho algo para evitar la complicación y determinar qué se podría hacer si surgiera una situación similar en el futuro, se debe llegar a conclusiones, las cuales se pondrán en práctica para mejorar el servicio.
  - Si hay incremento en las infecciones, se supervisará con enfermería los procedimientos estándares de asepsia.
  - Luego de una complicación mayor se realizará la discusión del caso y se detectará donde estuvo el error. Se implementarán las normas para evitar dicho error.

- Todo caso de complicaciones mayores y de muerte deberán ser informados de inmediato al Programa Nacional de Planificación Familiar.

## SUPERVISION

### 1. Observación Directa:

La responsabilidad de la calidad y seguridad del P.E.S. recae en el médico director, estos aspectos serán evaluados por el nivel central periódicamente.

Estará a cargo de personal del nivel central o Sub-Regional.

Se debe supervisar al personal, las instalaciones y la existencia suficiente de suministros para prevenir morbimortalidad.

El supervisor debe comunicar al personal que el propósito de la supervisión es mejorar la calidad y la seguridad de la atención y no culpar a nadie.

Se evaluará los siguientes aspectos:

- Cantidad de personal en el establecimiento.
  - Conocimiento y habilidades del personal del establecimiento.
  - Inspección de locales y equipo.
  - Detectar problemas de suministro.
  - Asegurar que los formularios de consentimiento informado estén archivados y hayan sido llenados correctamente.
  - Analizar las complicaciones.
  - Observar las sesiones de consejería.
  - Entrevistar a posibles pacientes y verificar que estén debidamente informados.
  - Suministrar capacitación en servicio.
  - Proporcionar apoyo técnico al personal.
  - Proporcionar retroalimentación al personal con respecto a los resultados del análisis de los datos recopilados.
- " Analizar inmediatamente con el personal cualquier problema de importancia que se haya detectado.
- " Revisión si en algún PES las solicitudes de AQV muestran un aumento o descenso súbito inexplicable.
- " Los medios de comunicación informan de irregularidades (cobros, presión ejercida al paciente, etc.).

### 2. REVISION DE COMPLICACIONES MAYORES

Los eventos poco frecuentes, requieren inmediata evaluación por profesionales experimentados del programa.

Estos deben ser informados al Programa Nacional de PF dentro de las 24 horas de ocurrido:

Los siguientes eventos son motivo para ello:

- Fallecimiento de paciente post LTB.
- Fiebre post LTB.
- Hemorragia intra y post AQV.
- Sepsis post LTB.
- Embarazo después del procedimiento.
- Tasas de complicaciones respiratorias anormalmente elevadas en algún P.E.S.
- Tasas de complicaciones elevadas (de infecciones u otras complicaciones secundarias a los procedimientos).

Las tasas esperadas de complicaciones para AQV a nivel internacional son :

- |                                 |                |
|---------------------------------|----------------|
| • Mortalidad por LTB :          | 7 a 10/100,000 |
| • Infección de herida por LTB : | 2 %            |
| • Sepsis                        | 0%             |
| • Hemorragia :                  | 1%             |
| • Hematoma escrotal             | 1%             |
| • Fallas en mujeres al año      | 0.2 - 0.4 %    |
| • Fallas en hombres             | 0.1 - 0.15 %   |

Se investigarán todas las defunciones y los problemas médicos graves, para determinar las causas inmediatas y subyacentes, si el fallecimiento es atribuible al AQV, y si alguno de los factores relacionados con la muerte podrían haberse previsto o evitado.

Se revisará la historia clínica del paciente y, se entrevistará al cirujano, al personal y a la familia del paciente. Se observará los procedimientos de AQV realizados por el equipo que practicó la intervención del paciente fallecido, para evaluar determinada práctica preoperatoria, quirúrgica o post operatoria que haya podido contribuir a la defunción.

Después de hacer la investigación debe realizarse un informe que defina: si la defunción es atribuible al AQV, la causa de la defunción, los factores contribuyentes a ella y las medidas adoptadas para reducir las probabilidades de futuras defunciones.

### **3. SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION**

Los registros médicos son indispensables para revisar e investigar las complicaciones.

Se debe evaluar además aspectos como:

- Características de los pacientes a quienes se les presta servicio.
- Los niveles de los servicios que los pacientes están usando.
- Los problemas y complicaciones con los cuales están tropezando los pacientes.
- Estos datos servirán para cambiar y mejorar los servicios que presta el programa.
- Se elaborará un informe condensado periódico (se adjunta formato de "Hoja de Registro de Datos de Pacientes de AQV"), el cual se remitirá mensualmente donde se resumirá el desempeño de cada PES. El equipo local debe estar en condiciones de realizar su propio análisis y ejecutará las acciones correctivas a los servicios que presta, sin necesidad de esperar a los informes oficiales.

# CAPITULO 8

## BIOSEGURIDAD

### 23. PREVENCIÓN DE INFECCIONES A NIVEL DE PERSONAS

#### a. Paciente:

- Los pacientes deben recibir baño corporal previo a la operación.
- El rasurado en las pacientes debe ser sólo suprapúbico.
- Al paciente se le proporcionará una bata limpia con botas y gorro.
- Se limpiará la zona operatoria adecuadamente con solución antiséptica (de preferencia con Yodopovidona).

b. Cirujanos: Los cirujanos y el personal de SOP debe estar adecuadamente vestido con ropa quirúrgica, botas, gorro y mascarilla.

**EL LAVADO DE LAS MANOS PUEDE SER EL PROCEDIMIENTO MAS IMPORTANTE PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES.**

**Debe durar un mínimo de 5 minutos con yodopovidona espuma.**

- Antes de ponerse guantes<sup>1</sup>.
- Después de la manipulación de objetos, incluidos los instrumentos usados ,tocar membranas mucosas, sangre u otros fluidos corporales, sin protección de guantes .
- Cuando se sale del quirófano por cualquier motivo.
- Cuando se rompen los guantes durante el acto operatorio.
- Después de un caso infectado.

Si se realizan varias operaciones consecutivas el lavado debe ser:

- Por 3 minutos luego de cuatro operaciones consecutivas o si ha transcurrido más de una hora desde la vez que se lavó.
- Cambiar de mandilón luego de cada intervención.

La máscara debe mantenerse todo el tiempo cubriendo el puente de la nariz y boca.

Es obligatorio utilizar guantes estériles todo el tiempo y sin perforaciones. Se debe cambiar de guantes luego de colocar la sonda vesical y/o el elevador uterino o en cualquier caso que entre en contacto con alguna zona que no sea estéril.

1

La desinfección de alto nivel (DAN) destruye a todos los microorganismos (incluidas las bacterias vegetativas, el micobacterium tuberculosis, las levaduras y los virus), exceptuadas algunas endosporas bacterianas. Los objetos sometidos a una DAN pueden tocar sin riesgo la piel rota o las membranas mucosas intactas. La DAN puede realizarse por ebullición y con productos químicos (soluciones de cloro, formaldehído)



## 24. INSTALACIONES:

El ambiente quirúrgico debe ser un lugar cerrado, libre de polvo, de moscas y otros insectos, de preferencia sin ventanas ( de existir éstas deben estar adecuadamente selladas).

Debe estar aislado del sector abierto al público.

El ambiente quirúrgico debe estar cerrado y de ser posible con una lámpara de luz ultravioleta mientras no se esté usando. No debe servir de depósito.

Si hay problemas con los insectos, la sala debe limpiarse, desinfectarse y fumigarse a fondo 1 vez por semana, en días no hábiles y se deben seguir en forma estricta las reglas de bioseguridad.

## 25. INSTRUMENTAL

El equipo es limpiado primero mecánicamente con agua y detergente con Hipoclorito de Sodio en forma adecuada (1 cojín de lejía para 25 lts de agua) para eliminar restos de sangre y desechos orgánicos.

El instrumental se esteriliza en:

- Autoclave : Ropa e instrumentos (120° C por 30')
- Estufa de calor seco : (160° por 60')
- Desinfectante frío : Cidex por 10 horas

## 26. MEDIDAS PREVENTIVAS DURANTE LAS INTERVENCIONES

El mantener las técnicas de asepsia adecuadas, combinados con correcta desinfección y esterilización de los equipos, son suficientes medidas para prevenir infecciones.

No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos en las AQV.

### **PREVENCIÓN DE TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES EN ESPECIAL HEPATITIS VIRAL Y VIH/SIDA.**

El riesgo de adquirir hepatitis viral luego de una punción accidental es de 27 a 47% a diferencia del VIH/SIDA que es menor de 1%.

Es imposible saber por adelantado si un usuario/a está o no infectado, por lo tanto la atención de las personas y el manejo de todos los instrumentos, agujas, jeringas y otros artículos contaminados por su uso, tiene que ser considerados como si estuvieran infectados.

El proveedor/a de salud , esta expuesto al riesgo de adquirir estas infecciones , por lo que es recomendable y necesario cumplir con **NORMAS UNIVERSALES** establecidas para evitar el riesgo, y **no depender de pruebas serológicas de rutina para identificar a los/as usuarios/as que son portadores, pues ello implica adquirir una falsa seguridad ante pruebas negativas además de encarecer la atención.**

Recomendaciones:

Establecer barreras mecánicas para evitar el contacto con fluidos corporales :

- Utilizar un recipiente/bandeja para transportar y pasar los artículos punzo-cortantes

- durante la operación (por ejemplo, pasar el bisturí y las agujas en una riñonera).
- Crear una zona segura o protegida cuando se esta trabajando con artículos punzo-cortantes.
  - No dejar los artículos cortantes en ningún sitio fuera de las zonas seguras.
  - Antes de pasar artículos punzo-cortantes a otras personas, advertirles que lo está haciendo.
  - Realizar la intervención cuidadosamente evitando hincarse o cortarse con el instrumental.

#### 27. MANEJO DE AGUJAS HIPODERMICAS Y OTROS ARTICULOS PUNZO-CORTANTES.

- Utilizar las jeringas y las agujas sólo una vez.
- No desmontar la aguja de la jeringa después de usarlas.
- No doble , ni parta, ni vuelva a colocar la cubierta protectora de la aguja antes de deshacerse de ellas.
- Elimine las agujas y hojas de bisturí en un recipiente a prueba de punción ( por ejemplo lata o cilindro metálico).
- Queme las agujas para que no puedan volver a utilizarse.

#### 28. ELIMINACION APROPIADA DE LOS DESECHOS

- Una vez concluido cualquier procedimiento y con los guantes puestos, el personal encargado debe deshacerse en forma apropiada de los objetos contaminados (gasa, algodón y otros artículos de desecho) en una bolsa o recipiente a prueba de filtraciones. No debe permitirse que los desechos toquen el exterior del recipiente o bolsa.
- Finalmente esta bolsa deberá ser incinerada o enterrada.

# CAPITULO 9

## CONSEJERIA Y ORIENTACION

### I. INTRODUCCION

La consejería es un proceso mediante el cual se ayuda a que las personas tomen una decisión libre, voluntaria, responsable e informada; se considera que la información que se brinda en este proceso es completa, veraz y real. El acceso a esta información constituye un derecho de todas las personas en nuestro país y es una acción prioritaria del Programa de Planificación Familiar.

**A TODOS LOS PACIENTES QUE SOLICITEN AQV SE LES PROPORCIONARÁ CONSEJERÍA, SIENDO ESTE UN REQUISITO INDISPENSABLE PARA REALIZAR LA OPERACIÓN.**

### II. RESPONSABILIDAD

El responsable que esta actividad se realice será el Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia o del Coordinador de Planificación familiar.

El encargado directo de la actividad es el profesional que realiza la consejería y por ello es responsable que los pacientes tomen, en base a la información proporcionada, una decisión libre, voluntaria y responsable acerca de su fecundidad, conozcan los beneficios y riesgos de todos los métodos anticonceptivos disponibles y en el caso de AQV, de la irreversibilidad del método.

En promedio se realizarán 2 a 3 sesiones de consejería por hora de atención.

### III. RECURSOS

#### A) HUMANOS:

El consejero/a en PF puede ser un profesional de salud (Médico, obstetrix, enfermera/o, psicólogo/a asistente social) que haya sido capacitada/o para impartir consejería en PF. Es recomendable asignar un recurso humano varón y mujer para que impartan servicios de consejería a hombres y mujeres respectivamente.

#### B) INFRAESTRUCTURA y MATERIALES

Se requiere de ambiente que asegure privacidad, comodidad y confidencialidad. Además material de apoyo ( folletos, rotafolios con ilustraciones del aparato reproductor).

### IV. CONTENIDO

#### A) PAUTAS DE LA CONSEJERIA

" La consejería en planificación familiar consta de seis pasos básicos. Usted podrá recordarlos con la sigla ACCEDA:<sup>1</sup>

- a. Atender a la usuaria/o.
- b. Consultar y evaluar el conocimiento y necesidades de el/a usuario/a.
- c. Comunicarle a el/a usuario/a cuales son los métodos anticonceptivos disponibles.
- d. Encaminar a la usuaria/o hacia la elección del método más apropiado.
- e. Demostrarle como usar el método elegido.
- f. Acordar la fecha para la próxima visita.

1

Association for Voluntary Surgical Contraception. Consejería en Planificación Familiar y esterilización voluntaria: Guía para Directores de Programas. Nueva York: 1989.

La consejería debe centrarse en cada individuo. Los pasos que corresponden a comunicar, encaminar y demostrar varían de un usuario a otro. Por ejemplo, una persona que sabe poco acerca de la anticoncepción precisará más información que otra que está bien informada y acude al servicio a cambiar de método. Una persona que usa un método, está satisfecha con el mismo y regresa únicamente para hacer unas pocas preguntas, no necesita mucha información acerca de las otras opciones anticonceptivas.

**A: Atender a la usuaria/o**

- Préstele toda su atención y, sea amable con ella/el.
- Asegure a el/a usuario/a que toda la información que se va a tratar durante la consejería será confidencial.

**B: Consultar y evaluar el conocimiento y las necesidades de el/a usuario/a.**

Escuchar y preguntar son importantes en este paso.

- Evalúe las necesidades de el/a usuario/a. Indague acerca de sus planes de tener hijos o posponerlos.
- Averigüe qué sabe el/a usuario/a sobre los métodos anticonceptivos.
- Contribuya con el/a usuario/a para que estime su riesgo de contraer o transmitir la infección por VIH u otras enfermedades de transmisión sexual.

**C: Comunicarle a el/a usuario/a cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:**

Comuníquelo a la usuaria cuáles métodos podrán satisfacer sus necesidades, basándose en la información obtenida durante la evaluación.

Llene los vacíos de conocimiento acerca de lo siguiente:

- Características, riesgos, efectividad y efectos secundarios de los métodos que interesan a el/ a usuario/a, incluida la protección contra la infección por VIH y otras ETS.
- Aparato reproductor humano, en cuanto se relaciona con la acción de estos métodos.

Estimule a el/a usuaria a que haga preguntas y proporcione retroalimentación, para asegurarse que ha entendido.

Respete la voluntad del usuaria/o, no forzando ni induciendo su decisión sobre algún método en particular.

**D: Encaminar a el/a usuario/a hacia la elección del método más apropiado**

Pregunte a el/a usuaria/o si hay un método que le gustaría utilizar. Algunas usuarias/os sabrán lo que quieren. Otras necesitarán ayuda para pensar en las opciones.

Pregúntele a el/a usuario/a si hay algo que no entiende. Repita la información las veces que sea necesario.

Algunos métodos no son seguros para algunas usuarias. Cuando un método está contraindicado para una en particular de acuerdo a su historia clínica, comuníquelo al respecto, explicándole claramente el porqué. Luego ayúdele a elegir otro método. Si es necesario, remítala a otro proveedor de servicios de salud para una evaluación médica.

Verifique si el/a usuario/a tomó una decisión.

Que el/a usuario/a mencione las principales características (indicaciones, contraindicaciones, forma de uso, etc).

Si el/a usuario/a decide no practicar la anticoncepción respete su decisión:

- Indagar las razones por las cuales desistió. Si el motivo fuera por temor a los efectos secundarios, amplíe la información necesaria y repita el proceso .
- Informe a la usuaria acerca de otros servicios, como atención prenatal y de maternidad.
- Sugiera a el/a usuario/a que regrese si cambió de parecer.

**E: Demostrarle cómo usar el método elegido**

Si el/a usuario/a elige un método temporal:

- Indíquelo el modo de uso del método elegido e infórmele los efectos secundarios, señales de advertencia, así como los lugares donde puede reabastecerse del método elegido.
- Informe acerca de la gratuidad del servicio de Planificación Familiar.
- Suministre el método a el/a usuario/a.

Si el/a usuario/a manifiesta interés en la ligadura de las trompas o en la vasectomía: siga los pasos para la consejería en anticoncepción permanente.

**F: Acordar la Fecha de la Próxima Visita:**

**B) CONSEJERIA PARA LA ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA (segunda sesión de consejería):**

No abrumar a los usuarios ofreciéndoles información que no necesitan. Como aprendió anteriormente, los consejeros deben llenar los vacíos de conocimiento del usuario.

Mediante el uso de un rotafolio o un folleto que tengan ilustraciones del aparato reproductor, el consejero/a explica brevemente el procedimiento y como funciona. La información sobre la cirugía variará ligeramente de acuerdo a la técnica utilizada y si se trata de un procedimiento de LTB post parto o de intervalo. El consejero también ofrece una explicación breve de la efectividad, ventajas y desventajas, posibilidad de complicaciones, falla y responde a las preguntas de los usuarios.

Si bien existen factores de riesgo asociados a la cirugía y a la anestesia, así como la posibilidad de complicaciones, estos problemas ocurren raramente. Es conveniente comparar los riesgos de anticoncepción permanente con otros problemas que enfrenta el/a usuario/a.

El consejero debe dedicarle más tiempo y atención especial con el fin de asegurar que el usuario considere cuidadosamente la elección de la anticoncepción permanente y sus alternativas, para evitar arrepentimiento posterior.

De estar de acuerdo, el paciente puede en este momento firmar el documento del Consentimiento Informado.

**B1) Características de los/las usuarios/as relacionados con el arrepentimiento después de la AQV.**

Se ha comprobado que las características indicadas a continuación están asociadas con el arrepentimiento después de un AQV. Esos factores no deberán utilizarse como razones arbitrarias para negar una AQV; en cambio, son indicios que se deben considerar para dedicar al usuario/a tiempo y atención especiales y asegurarse que considere cuidadosamente la elección de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y sus alternativas.

- Ser joven (menor de 25 años).
- No tener hijos.
- Tener hijos sólo del mismo sexo.
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada.
- Unión de pareja inestable.
- Tener un cónyuge que no está de acuerdo con la decisión de la operación.
- Ser soltero o viudo.
- Ser presionado por el cónyuge o por alguna otra persona para someterse a la AQV.
- Tomar la decisión encontrándose bajo una presión desusada.
- Tomar la decisión apresuradamente, sin disponer de tiempo para reflexionar y reconsiderarla.
- Carecer de acceso a otros métodos anticonceptivos.
- Tener conflictos no resueltos de índole religiosa o cultural.
- Tomar la decisión bajo la influencia de pagos u otros incentivos.
- Estar informado incompleta o incorrectamente acerca de la operación.
- Tener antecedentes de problemas psicológicos o psiquiátricos, incluidos problemas sexuales.
- Tener expectativas no resueltas acerca de la irreversibilidad de la AQV.

La Ligadura de Trompas y la Vasectomía son procedimientos quirúrgicos irreversibles y la posibilidad de la aplicación de una cirugía de reversibilidad no es muy realista. Existen muchos factores que dificultan e imposibilitan la reversión de la ligadura de trompas y de la vasectomía.

Como por ejemplo:

- Que pueden ser inaccesibles.
- Que tienen un costo elevado.
- Que con frecuencia no tienen éxito.
- Que el médico que los practica necesita capacitación especial.
- Que generalmente, la cirugía demora aproximadamente 4 horas.

### Visitas de seguimiento

1. A las personas a quienes se les ha practicado la ligadura de trompas o la vasectomía:
  - Se les informara que por lo menos deben tener dos controles médicos en los establecimiento de salud: un primer control entre el tercer y séptimo día de realizar la operación y un segundo control a los 30 días.
  - 
  - Es importante asegurar a los usuarios/as que después de la operación, puedan regresar en cualquier momento, si desean consultar algo aparte de sus controles.
2. Los usuarios a quienes se les practicó la ligadura de trompas o la vasectomía deben regresar al establecimiento por los siguientes motivos:
  - Practicar una visita de seguimiento rutinaria, que incluye el análisis del semen para los vasectomizados.
  - Informar efectos secundarios o complicaciones.

### B2) LIGADURA DE TROMPAS: COMO CORREGIR CONCEPTOS ERRONEOS

A continuación se presentan ejemplos de mitos y rumores comunes acerca del procedimiento, así como sugerencias para corregirlos.

**Concepto Erróneo Común :** La ligadura de trompas es un procedimiento doloroso y difícil.

**Respuesta Sugerida :** La ligadura de trompas es un procedimiento sencillo que por lo regular se practica con anestesia local. Puede ser ambulatorio (la persona sale el mismo día), o después de un parto. Las mujeres pueden experimentar algo de dolor luego del procedimiento, pero ésta molestia es menor y sólo dura unos pocos días.

**Concepto Erróneo Común :** La ligadura de trompas debilita a la mujer.

**Respuesta Sugerida :** Las mujeres a quienes se les practica la ligadura de trompas tienen la misma energía que las demás. Tampoco tienen más probabilidad de presentar problemas físicos o mentales que otras mujeres.

**Concepto Erróneo Común :** Después de la ligadura de trompas, la mujer no volverá a menstruar.

**Respuesta Sugerida :** Luego de la ligadura de trompas, las mujeres continúan teniendo sus períodos menstruales tal como antes de la operación. La menstruación desaparecerá en la menopausia.

**Concepto Erróneo Común :** Después de la ligadura de trompas, a la mujer se le altera el carácter o las vuelve "locas"

**Respuesta Sugerida :** La ligadura de trompas, no altera el carácter ni las vuelve locas, al contrario, disminuye la tensión pues ya no hay el temor atribuible al riesgo de un embarazo no deseado.

**Concepto Erróneo Común :** La mujer se volverá frígida después de la ligadura de trompas.

**Respuesta Sugerida :** El bloqueo de trompas no altera el deseo o la actividad sexuales. En realidad, las mujeres disfrutan más las relaciones sexuales después de la ligadura de las trompas porque no tienen que preocuparse de quedar embarazadas.

**Concepto Erróneo Común :** La ligadura de trompas se puede deshacer (o desligar) a los siete años.

**Respuesta Sugerida :** La ligadura de trompas debe considerarse permanente. A excepción de los contados casos de falla, las trompas quedan ligadas permanentemente. Si bien hay circunstancias que permiten revertir la ligadura de trompas, la operación de reversión no es siempre accesible, es costosa y no siempre es exitosa.

### B3) VASECTOMIA: COMO CORREGIR CONCEPTOS ERRONEOS

A continuación se presentan ejemplos de mitos y rumores comunes acerca del procedimiento, así como sugerencias para corregirlos.

**Concepto Erróneo Común :** La vasectomía es igual a la castración.

**Respuesta Sugerida :** La vasectomía no es una castración. La castración es la extirpación de los testículos. Esto no ocurre con la vasectomía. Únicamente se hace una incisión muy pequeña y se cortan y ligan dos pequeños conductos.

**Concepto Erróneo Común :** Un hombre vasectomizado no puede practicar ni disfrutar las relaciones sexuales de la misma forma que antes de la operación.

**Respuesta Sugerida :** La cirugía no afecta el deseo ni la actividad sexual. El pene permanece tal como antes. El hombre continuará teniendo erección. Tendrá la misma sensación al eyacular que antes de la vasectomía. La única diferencia es que su semen ya no contendrá espermatozoides. El vasectomizado continúa con su deseo, potencia y placer sexuales.

**Concepto Erróneo Común :** La vasectomía puede ocasionar debilidad o pérdida de fuerza muscular y debilitar el sistema inmunológico.

**Respuesta Sugerida :** No hay problemas de debilidad ni de pérdida de fuerza, como tampoco problemas del sistema inmunológico en el hombre vasectomizado. Los efectos a largo plazo de la vasectomía en la salud han sido estudiados ampliamente y no se han observado efectos adversos y los varones pueden seguir trabajando normalmente.

**Concepto Erróneo Común :** La vasectomía produce aumento de peso.

**Respuesta Sugerida :** La vasectomía no produce aumento de peso. No origina ninguno de los otros cambios comúnmente asociados con la castración, como la pérdida de las características masculinas, por ejemplo, alteración en la barba y en la voz.



# ANEXO 1

## Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con L.E. N° \_\_\_\_\_,

Solicito a los médicos de este Establecimiento de Salud a que se me realice la intervención quirúrgica de:

Ligadura ( )                      Vasectomía ( )

y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro haber sido adecuadamente informada (o) y comprender lo siguiente:

1. Hay métodos anticonceptivos temporales que puedo utilizar en lugar de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, los cuales me han sido informados en las sesiones de consejería.
2. El procedimiento que he elegido es quirúrgico y me han explicado los detalles.
3. La operación tiene algunos riesgos y/o complicaciones eventuales, que el personal de salud me ha explicado claramente.
4. Luego de la operación, sé que no podré tener más hijos; sin embargo, sé que existe un riesgo mínimo de falla del método, que el personal de salud me ha explicado y he comprendido.
5. Tengo la opción de desistir de la operación en cualquier momento, sin perder el derecho a otros servicios de este establecimiento.

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente

\_\_\_\_\_  
Firma del Personal: (Médico, Obstetrix o Enfermera)  
que atiende a la (el) usuaria(o).

Huella Digital

-----  
Si el (la) usuario (a) es analfato (a), un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración por el (ella).

Quien suscribe es testigo que el (la) paciente ha impreso su "huella digital" en mi presencia

Fecha: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_      FIRMA: -----      L.E.-----

Fecha de la Intervención \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_ ratifico mi deseo expresado en el presente  
consentimiento informado

Firma del (la) paciente \_\_\_\_\_





## ANEXO 2

### RENUNCIA VOLUNTARIA AL PERIODO DE REFLEXION DE 72 HORAS PREVIOS A AQV

Yo, \_\_\_\_\_, identificada con L.E. \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha informado que debe transcurrir un plazo de 72 horas entre la decisión (luego de haber recibido la información en las sesiones de consejería) que he tomado de realizarme la operación y la intervención misma :

Ligadura ( )

Vasectomía ( )

En pleno uso de mis facultades, renuncio voluntariamente y por razones personales al plazo de reflexión de 72 horas que ha normado el Programa de Planificación Familiar.

Dejo constancia que la renuncia a este derecho ha sido tomada en forma libre y bajo ninguna situación de presión.

Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Firma del Paciente

Si el (la) usuaria es analfabeto(a), un pariente o testigo firmará la siguiente declaración por el (ella)

Quien suscribe es testigo que el (la) paciente ha impreso su "huella digital" en mi presencia

Fecha : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ \_\_\_\_\_

Firma del testigo

L.E.

Huella Digital



## ANEXO 3

### Indicaciones Post-Operatorias para

#### Ligadura de Trompas:

1. Luego de la operación reposará en el Centro de Salud por 4 hora, luego de lo cual será dado de alta si al examen médico todo está dentro de lo normal ( pulso, presión arterial, etc.).
2. Descanse el día de la operación. Puede comer normalmente.
3. Si tiene dolor o molestias en la zona de la operación tome  
ACETAMINOFEN - 2 Tab. C/8 horas x 24 o 48 horas ó  
KETOROLACO 1 Tab. C/8 horas x 24 o 48 horas
4. Reposará en su domicilio x 2 días evitando trabajos pesados y cuidando no humedecer la herida.
5. Acudir al Centro de Salud entre el 3<sup>er</sup> y 7<sup>mo</sup> día, para un primer control y al 30° día de la intervención a un segundo control.
6. Aunque las complicaciones de esta operación son muy poco frecuentes, usted. debe estar atenta a la aparición de:
  - Dolor o hinchazón en el área operada, que no desaparece o que empeora
  - Fiebre
  - Salida de pus o sangre por la heridaEn caso que esto ocurra acuda de inmediato al centro de salud más cercano.  
**LA ATENCION EN CASO DE COMPLICACIONES ES GRATUITA.**
7. Puede tener relaciones sexuales después de 10 días de la operación.

#### Vasectomía:

1. Luego de la operación use calzoncillos ajustados o suspensor
  2. Descanse el día de la operación. Puede comer normalmente.
  3. No haga esfuerzo físico durante 2 días luego de la operación.
  4. Si tiene dolor o molestias en la zona de la operación tome:  
ACETAMINOFEN 2 Tab. C/8 horas x 2 días  
ó KETOROLACO 1 Tab. C/8 horas x 2 días
  5. Reposo relativo en domicilio x 48 horas evitando trabajos pesados y cuidando no humedecer la herida.
  6. Recuerde que inmediatamente después de la operación, y durante un período tres meses, puede existir la probabilidad de un embarazo, ya que en los conductos deferentes quedan algunos espermatozoides o semillas del varón.  
Para que esto no suceda, debe cuidar a su pareja con el uso del condón u otros método anticonceptivo durante los tres meses siguientes a la operación.
  7. Debe regresar al centro de salud entre el 3<sup>er</sup> y 7<sup>mo</sup> día para su primer control y al día 30° de la operación para su segundo control. Puede tener relaciones sexuales luego de 7 días de operado si su control es normal y recuerde que debe cuidar a su pareja durante los 03 meses siguientes a la operación.
  8. Aunque las complicaciones de esta operación son muy poco frecuentes, usted debe estar atento a la aparición de:
    - Dolor intenso en el área operada, que no desaparece o que empeora.
    - Hinchazón o endurecimiento en el area operada.
    - Fiebre.
    - Salida de pus o sangre por la herida.En caso que esto ocurra acuda de inmediato al centro de salud más cercano.  
**LA ATENCION EN CASO DE COMPLICACIONES ES GRATUITA.**
- Al cabo de 3 meses de realizada la intervención, usted debe acudir al establecimiento de salud para que se le realice un espermatograma, para verificar la ausencia de espermatozoides en el líquido seminal y de esta manera confirmar que usted queda protegido permanentemente.  
Este exámen es gratuito.



## HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTES DE AQV INSTRUCTIVO

La presente hojas será completada a nivel de cada establecimiento donde se realicen actividades de AQV. La responsabilidad recaerá sobre el Director de cada establecimiento.

Serán llenadas en duplicado, quedando la copia en el establecimiento y el original será remitido al Coordinador Subregional de Planificación Familiar.

1. **INFORMACION GENERAL.-** Se registrará el nombre de la Subregión, y del establecimiento donde se realiza la actividad de AQV, en la parte superior de la hoja.
2. **NIVEL DE ATENCION:**  
Se colocará un aspa en el nivel que corresponda al establecimiento donde se realizó el AQV.
3. **SEXO:**  
Se colocará un aspa en el casillero que corresponda
4. **EDAD:**  
Colocar la edad en años cumplidos
5. **NIVEL DE INSTRUCCION:**  
Colocar un aspa en el máximo nivel alcanzado por el paciente
6. **GESTACIONES:**  
Anotar el número total de embarazos que haya tenido, no importando como hayan terminado éstos.
7. **HIJOS VIVOS.**  
Anotar el número de hijos vivos en este momento.
8. **METODO ANTICONCEPTIVO**  
Se registrará el método anticonceptivo más frecuentemente usado por el/la paciente en los últimos 12 meses.  
Se registrarán de acuerdo a la siguiente codificación
9. **FECHA:**  
Anotar la fecha de la intervención
10. **TIPO DE ANESTESIA**

METODO ANTICONCEPTIVO	CODIGO
Ninguno	N
Píldora	P
D.I.U.	D
Inyectables	I
Implantes (Norplant)	M
Condomes	C
Métodos Vaginales: - Jaleas, Espumas	V
Ritmo-Temperatura	R
Otros	O

Se anotará con un aspa en el lugar correspondiente. Se registrará el nivel máximo de anestesia que se requirió durante la intervención, no importando el tipo de anestesia inicial. (Ej. Si se inició la operación con anestesia local, pero fue necesario añadir anestesia general, se registrará como general)

11. COMPLICACIONES:

En el caso que se presentaran, se registrarán de acuerdo a la codificación siguiente:

MUJERES		VARONES	
COMPLICACIÓN	COD	COMPLICACIÓN	COD.
Herida operatoria: Infección	HI	Hematoma de Escroto	HE
Herida operatoria: Hematoma	HH	Herida operatoria: Infección	HI
Depresión Cardio- Respiratoria (Incluye paro cardíaco)	DR	Infección (epididimitis/ orquitis)	IN
Lesión de Vejiga	LV		
Lesión de Intestino	LI		
Perforación Uterina	PU		
Hemorragia Intraperitoneal	HP		
Pelviaperitonitis	PP		
Muerte	MM		