

MANUAL DE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS PARA
ACTIVIDADES DE ANTICONCEPCION
QUIRURGICA VOLUNTARIA
TERCERA EDICION 1998

INDICE

PRESENTACION	
I. ASPECTOS GENERALES	3
A. OBJETIVO GENERAL	3
B. OBJETIVOS ESPECIFICOS	3
C. ALCANCES	3
D. AMBITO	3
E. BASE LEGAL	3
II. NORMATIVIDAD	4
A. DISPOSICIONES	4
B. PLAZOS Y SESIONES	4
1. SESIONES DE CONSEJERIA	4
2. PLAZOS	4
C. CONDICIONES QUE DEFINEN ALTO RIESGO REPRODUCTIVO	5
D. ASPECTOS A CONSIDERAR PREVIOS A LA CIRUGIA	5
E. INSTRUCCIONES PRE Y POST-OPERATORIAS QUE SE DEBEN DAR AL USUARIO	6
F. MANEJO POST-OPERATORIO, SEGUIMIENTO DE USUARIOS Y EVALUACION	6
III. DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA AQV FEMENINA	8
A. INFRAESTRUCTURA	8
1. GENERALES	8
2. AMBIENTES	8
3. ZONIFICACION	8
4. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO	8
B. PERSONAL	8
C. MEDICAMENTOS E INSUMOS	9
D. NIVELES DE LOS PUNTOS DE ENTREGA DE SERVICIO	10
IV. DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA AQV MASCULINA	12
A. INFRAESTRUCTURA	12
B. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO	12
C. PERSONAL	12
D. MEDICAMENTOS E INSUMOS	13
V. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA	14
A. INTRODUCCION	14
B. FUNCIONES DEL PERSONAL	14
1. CIRUJANO PRINCIPAL	14
2. CIRUJANO AYUDANTE	14
3. ANESTESIOLOGO	14
4. MEDICO CAPACTADO EN SEDO ANALGESIA	14
5. ENFERMERA DEL CENTRO QUIRURGICO	15

6.	ENFERMERA CIRCULANTE DE SOP:	15
7.	RECEPCIONISTA EXTERNO:	15
8.	ENFERMERA RESPONSABLE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN (AQV Femenina)	16
9.	EQUIPO DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN:	16
10.	FUNCIONES DEL PERSONAL DE LIMPIEZA:	16
VI. EVALUACION PRE OPERATORIA DEL USUARIO		17
A.	INTRODUCCION:	17
B.	RESPONSABILIDAD:	17
C.	DATOS IMPORTANTES A REGISTRAR: (VER I.L.C. DE AQV)	17
1.	Antecedentes médicos:	17
2.	Examen Físico General:	17
D.	CRITERIOS DE INCLUSION	18
E.	CRITERIOS DE EXCLUSION	18
1.	MUJERES:	18
2.	Varones:	18
VII. TECNICA OPERATORIA EN A.Q.V. FEMENINA		18
A.	BTB POR MINILAPARATOMIA CON ANESTESIA LOCAL EN EL INTERVALO	19
1.	PRE-MEDICACION:	19
2.	SEDOANALGESIA:	19
3.	TECNICA OPERATORIA:	19
B.	BLOQUEO TUBARIO EN EL POST-PARTO	22
	TECNICA OPERATORIA (MINILAP-POSTPARTO CON ANESTESIA LOCAL)	23
VIII. TECNICA OPERATORIA EN AQV MASCULINA		24
1.	REQUERIMIENTOS DE INSTRUMENTAL Y MATERIALES:	24
2.	TECNICA OPERATORIA:	24
IX. MANEJO POST-OPERATORIO		27
A.	DISPOSICIONES EN EL POST-OPERATORIO	27
1.	BLOQUEO TUBARIO	27
2.	VASECTOMIA	27
B.	MANEJO DE COMPLICACIONES	28
1.	COMPLICACIONES CARDIO-RESPIRATORIAS	28
2.	MANEJO DE LESION VESICAL	29
3.	LESION INTESTINAL	29
4.	PERFORACION UTERINA	30
5.	MANEJO DE INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA	30
C.	VASECTOMIA	31
1.	HEMATOMA ESCROTAL:	31
2.	INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA	31
X. EVALUACION Y SEGUIMIENTO		33
A.	AUTOEVALUACION	33
1.	REUNIONES DE AUTOEVALUACION	33
B.	SUPERVISION	34

PRESENTACION

El Ministerio de Salud considera como uno de sus objetivos principales en el siguiente quinquenio lograr la mejora de la calidad de oferta de los servicios que ofrece. En tal sentido el Programa Nacional de Planificación Familiar se ha propuesto que esta actividad constituya un modelo de calidad dentro de la Institución.

Cada vez se incrementa más la demanda de usuarios de Planificación Familiar por métodos modernos y seguros. Esto va en relación con la fecundidad deseada por los habitantes del Perú quienes cada vez más desean asumir una paternidad responsable. La Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria constituye una opción entre todas aquellas ofrecidas por el Programa Nacional de Planificación Familiar. Teniendo en cuenta la trascendencia que implica esta decisión para los usuarios y la necesidad de que los proveedores cuenten con lineamientos claros que orienten su accionar, es que la Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud ha considerado pertinente la revisión de Manual de Normas y Procedimientos de A.Q.V. a fin de presentar su Tercera Edición.

Deseamos agradecer la colaboración que para la presente edición han prestado el Colegio Médico del Perú, Colegio de Obstetras y las diversas Instituciones de la sociedad civil.

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

I. ASPECTOS GENERALES

A. OBJETIVO GENERAL

Establecer los lineamientos básicos y Normas técnicas para las actividades de A.Q.V. a fin de garantizar la calidad y seguridad de la atención en los servicios que ofertan estos métodos.

B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Asegurar que las personas reciban una adecuada información que les permita tomar decisiones libres y voluntarias en lo referente a su opción anticonceptiva.
- Establecer los niveles de atención en donde se puedan realizar operaciones de A.Q.V. con calidad y seguridad.
- Establecer el flujo de atención de los usuarios desde el ingreso al establecimiento hasta el alta.
- Unificar criterios técnicos para el desarrollo de las actividades asistenciales del personal.
- Estandarizar el uso de materiales e insumos para el proceso.
- Contribuir a disminuir los riesgos de complicaciones asociadas a procedimientos anestésicos y quirúrgicos.
- Establecer criterios de evaluación de los procesos de A.Q.V. (Preoperatorios, operatorios y seguimiento).

C. 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 contando con el apoyo del 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.
- Las actividades de A.Q.V. realizadas en el marco de Jornadas de Salud Reproductiva Integral serán responsabilidad de las Direcciones Departamentales de Salud, contando con el apoyo de los coordinadores de los diversos programas que oferta el Ministerio de Salud.

D. AMBITO

El presente documento tiene carácter normativo para las actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, desarrolladas en el área urbana, urbano marginal y rural. El cumplimiento de las disposiciones aquí descritas es obligatorio para las DIDES, Hospitales y Centros del Ministerio de Salud, y constituye un documento normativo referencial para el IPSS y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.

E. BASE LEGAL

- Constitución Política del Estado, 1993 Artículo 1° 2° 7° 9° 11°
- Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346, Título Preliminar, Artículo IV, Título II, Artículo 2° y 3° (05.07.85).
- Ley General de Salud, Decreto Ley N° 26842 (20.07.97)
- 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).
- Ley 26530, Modifica la Ley de Política de Población (10.09.95).
- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000. Resolución Ministerial N° 071-96-S/VDM
- Resolución Ministerial N° 572-95-S/VDM¹

¹ Establece la prioridad de las actividades del Programa de Planificación Familiar y la gratuidad en el Ministerio de Salud

II. NORMATIVIDAD

A. DISPOSICIONES

Se asegurará la libre elección de las personas en la opción anticonceptiva que quieran tomar. Bajo ningún motivo no ofrecerán o entregarán ningún tipo de libro o servile como estímulo para persuadirlo a usar ningún método anticonceptivo, sea este temporal o permanente.

Toda/o usuaria/o que acuda solicitando un método anticonceptivo debe recibir una sesión de consejería. Si opta por un método quirúrgico de anticoncepción, recibirá una segunda sesión, donde se tratarán aspectos específicos relativos al procedimiento.

Sólo se realizarán AQV en los PES (Puntos de Entrega de Servicios) que cumplan con los requerimientos de infraestructura, equipos, personal e insumos y que cuenten con la certificación respectiva, basada en lo establecido en el presente manual. Esta certificación será renovada cada 2 años. Todos los P.E.S donde se realicen intervenciones de AQV, deberán contar con todos los métodos anticonceptivos con los que cuenta el Programa de Planificación Familiar.

Se realizarán AQV femeninas de preferencia con anestesia local mas sedoanalgesia. En los casos en los que se requiera anestesia regional o general, se realizará el procedimiento en aquellos establecimientos que durante el procedimiento cuenten con cirujanos certificados, anestesiólogo y el equipo e instrumental requerido.

Todas las intervenciones de AQV, tanto femeninas como masculinas serán realizadas por médicos especialistas (Ginecólogos para las AQV femeninas y Urologos para las AQV masculinas) o por médicos certificados.

En las zonas con alta demanda inmediata de Salud Reproductiva, se podrán realizar Jornadas Integrales de Información y Atención; en ellas se brindarán servicios de Consejería en PF y prevención en ETS y SIDA, Control Prenatal, Vacunación antitetánica y despistaje de cáncer ginecológico principalmente. Podrán realizarse actividades de AQV, siempre y cuando el establecimiento cuente con los requisitos exigidos para la certificación de PES, para lo cual se expedirá una certificación temporal (para los días que dure la jornada) y los médicos que realicen las intervenciones deberán ser especialistas o estar debidamente certificados para el procedimiento. Si no se cumplieran estas condiciones, los candidatos a AQV deberán referirse a un centro de mayor complejidad.

B. PLAZOS Y SESIONES

1. SESIONES DE CONSEJERÍA

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

- Una SESION GENERAL que abarque toda la gama de métodos anticonceptivos de Planificación Familiar, incluyendo los métodos naturales.
- Una SESION ESPECIFICA que tratará aspectos relacionados a la AQV, como característica de la operación, tipo de anestesia, complicaciones, falta, irreversibilidad del método o 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 la información sobre aspectos de AQV brindados en esta sesión de consejería. (Ver folletos adjuntos y Anexo 3).

2. PLAZOS

Si el usuario decide optar por la AQV, se establece un plazo de reflexión, 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 Formato de Consentimiento Informado, anexo 1). Este plazo permitirá la reflexión y el

ejercicio consciente de la libre elección. Se exceptúa de este plazo a las usuarias cuyos casos sean calificados como de alto riesgo reproductivo comprobado, quienes además deberán firmar el documento de Excepción del periodo de Reflexión. (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 AOV.

Bajo ninguna circunstancia se intervendrá a ningún usuario/a sin su consentimiento, salvo los casos comprobados de incapacidad mental, certificada por médico psiquiatra, 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, para optar por un método quirúrgico de planificación familiar, **NO ES NECESARIA LA FIRMA DEL CÓNYUGE O PAREJA**, y es así que el consentimiento informado sólo necesita la firma de las siguientes personas:

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

C. CONDICIONES QUE DEFINEN ALTO RIESGO REPRODUCTIVO

La presencia de cualquiera de estas condiciones conlleva un incremento del riesgo de mortalidad y morbilidad en el caso de un nuevo embarazo de la mujer. Su presencia exime de plazo de reflexión de 72 horas establecido en el acápite anterior.

- Ser mayor de 35 años.
- Tener 4 hijos o más.
- Antecedentes de más de 2 abortos.
- Mala historia Obstétrica.
- Enfermedad Mental: Psicosis, Oligofrénica.
- Enfermedad Cardiovascular: Hipertensión arterial severa o complicada, Insuficiencia Cardíaca, Aritmias, Prótesis Valvular, Algunas cardiopatías congénitas con incapacidad funcional grado II o mayor, Enfermedad Tromboembólica.
- Enfermedad Neurológica incapacitante: Accidente Cerebro Vascular reciente o recurrente, Mielitis transversa, Paraplejía espástica, Miastenia gravis, etc.
- Enfermedad Renal: Glomerulonefritis, Pielonefritis crónica, Insuficiencia renal.
- Enfermedad Hepática: Insuficiencia hepática, Cirrosis.
- Enfermedad Pulmonar Limitante: Bronquitis crónica, Enfisema, Estado Post-neumonectomía, Tuberculosis avanzada, Neumociosis.
- Portador de HIV o SIDA.
- Cualquier cáncer activo o Enfermedad Neoplásica.
- Diabetes todos los casos.
- Trastornos de la coagulación.
- Cesareada anterior dos (2) veces (se incluye las histerotomías).
- Enfermedades congénitas: síndrome de DOWN, u otras patologías cromosómicas, y portadores de enfermedades transmitidas por herencia.
- Otras causales de índole exclusivamente médica podrán ser incluidas según criterio del médico responsable y del jefe del departamento o servicio de gineco-obstetricia.

D. ASPECTOS A CONSIDERAR PREVIOS A LA CIRUGÍA

Deberá asegurarse que los usuarios conocen los beneficios, riesgos, y efectos secundarios del Bloqueo Tubario 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 remarcados en la consejería:

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

Es obligatorio 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/la usuario/a y además debe ir firmado por un testigo elegido por el usuario, preferentemente del mismo sexo y que hable el mismo idioma. Bajo ninguna circunstancia el personal de salud podrá firmar como testigo.

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.

El/la usuario/a deberá ser evaluada por el médico cirujano, quien es el encargado de realizar la Historia clínica (anamnesis y examen físico) según el formato que se adjunta en el presente manual. En esta evaluación se indicarán los exámenes auxiliares que el médico considere necesarios de acuerdo a la condición de la usuaria, en el caso de usuarias para AQV se determinará el tipo de procedimiento a realizarse, el nivel de anestesia a usar y en donde (nivel de atención) se debe realizar el procedimiento.

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

Todos los usuarios, incluso los analfabetos, deben recibir instrucciones verbales y por escrito del procedimiento, en qué consiste, beneficios y riesgos, que es definitivo, los cuidados a tener después de la intervención y los signos de alarma y qué hacer cuando se presentan. Aquellos que no saben leer ni escribir por lo general tienen parientes o 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.

F. MANEJO POST-OPERATORIO, SEGUIMIENTO DE USUARIOS Y EVALUACION

El alta de los usuarios post-operados será dada por el médico que realizó la intervención, luego de la evaluación clínica del usuario 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 y que no haya presentado ninguna complicación. Para aquellas usuarias que utilizan Bloqueo Tubario 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 el 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 usuarias que se les tomó durante la evaluación previa a la cirugía.

De no acudir el/la usuaria a los controles, se realizarán visitas domiciliarias para evaluar el estado de salud.

Luego del alta el/la usuario/a 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 cualitativo del semen al tercer mes de la intervención.

Toda complicación mayor deberá ser comunicada apenas sea detectada, al Coordinador Departamental de Planificación Familiar quien tomará las medidas necesarias y proveerá los recursos y facilidades para el manejo, y deberá informar al nivel central 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 necesaria una nueva intervención.

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

III. DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA AQV FEMENINA

Las operaciones de AQV femenina se realizarán en los establecimientos que cumplan con los siguientes requisitos, los cuales serán evaluados en el proceso de Certificación de PES para AQV. Se deben considerar estas operaciones como intervenciones de cirugía intermedia, en tal sentido los requerimientos se adecuarán a esas necesidades.

A. INFRAESTRUCTURA:

1. GENERALES:

- Construcción de Material noble.
- Servicios de energía eléctrica, (puede ser generado por grupo electrógeno), agua y desagüe.
- Contar con medios de comunicación radial o telefónica.
- Disponibilidad de transporte ²

2. AMBIENTES

- Una sala de espera y zona de recepción confortables para recibir a todos los usuarios y sus familiares.
- Servicios Higiénicos, de ser posible con ducha.
- Ambiente apropiado para la consejería de los usuarios, que garantice privacidad.
- Consultorio para los exámenes médicos Preoperatorios y de seguimiento.
- 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.
- Area Quirúrgica:
Zona de Lavado Quirúrgico para cirujanos.
Sala de Operaciones o de Partos estéril y aislada, que cuente con paredes revestidas de mayólica u otro material resistente a desinfectantes potentes.
Sala de recuperación o de hospitalización para los usuarios recién operados.

3. ZONIFICACION

La distribución de los ambientes debe asegurar un flujo ordenado de usuarios y debe considerar tres zonas bien delimitadas:

- No restringida: Sala de espera, consejería, consultorio.
- Semi restringida: personal con ropa especial y batas. Es el área donde se manipula el Instrumental limpio y esterilizado, aquí está ubicado el ambiente donde esperan los usuarios que van a ser intervenidos y de recuperación postoperatoria.
- Restringida: personal con ropa quirúrgica, con circulación mínima del personal. Es la zona donde se realizan procedimientos quirúrgicos en condiciones estériles.

4. 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.

- Mesa de operaciones: Debe ser ajustable para poder lograr posición de Trendelenburg y contar con plumeras. Puede usarse también una camilla ginecológica.³
- Mesa para instrumental (de Mayo).

² Se refiere a que el establecimiento debe contar con la posibilidad de transporte, no necesariamente debe pertenecer al PES, puede ser municipal, comunal, etc.

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

$$\text{Mesas} = \frac{\text{N}^{\circ} \text{operaciones diarias} \times \text{I.R.}}{\text{Horas efectivas de trabajo}}$$

- Instrumental Quirúrgico para Minilap, Laparotomía y de Holecistomía, Cistitis fija o portátil (1 por cada mesa operatoria).
- Camas o camillas de recuperación. Se calcula un número aproximado equivalente a 1/3 de las operaciones a practicarse en el día.
- Máquina de anestesia (en PIES de III y IV nivel).
- Oxímetro de pulso o monitor.
- Aspirador eléctrico de secreciones.
- Balón de oxígeno con manómetro compatible y con carga completa.
- Coche de reanimación: que contenga el siguiente equipo: Ambú, laringoscopio, tubos endotraqueales No 32, cánula de Mayo, drogas de reanimación.
- Equipos de repn para cirugía, para urología y para operación.
- Lavatorios de plástico para descontaminación de los equipos.

B. 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. La siguiente tabla muestra el personal necesario para las intervenciones de AQV femenina según la anestesia a ser empleada.

TIPO DE ANESTESIA PERSONAL PROFESIONAL	LOCAL	REGIONAL	GENERAL
- Anestesiólogo ⁴	NO	SI	SI
- Médico con entrenamiento en analgesia	SI	SI	SI
- Cirujanos ⁵	SI	SI	SI
- Enfermera encargada en Sala de operaciones ⁶	SI	SI	SI
- Enfermera encargada de recepción/sala de recuperación.	SI	SI	SI
- Profesional de Consejería	SI	SI	SI

* En estos casos es indispensable la presencia del anestesiólogo.

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

⁴ Debido a que la mayoría de intervenciones se deben realizar con anestesia local, no se requiere su presencia durante la intervención, pero si disponibilidad en forma inmediata, 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 cirujano certificado en minilap con anestesia local otorgada por el Programa Planificación Familiar. Los ayudantes podrán ser médicos con experiencia quirúrgica.

⁷ En los establecimientos que no cuentan con este personal, las funciones podrán ser realizadas por la obstetra.

C. MEDICAMENTOS E INSUMOS:

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

La siguiente tabla es de carácter referencial, y muestra los insumos necesarios para realizar 100 operaciones de bloqueo tubario, por minilap, y con anestesia local + sedoanalgesia, y el tratamiento inicial de algunas complicaciones.

Medicamentos para 100 operaciones de LTB	100 Midazolam o Diazepam Tab 10 mg 200 Feo. Xilocaina 1% sin epinefrina (s/e) 100 Atropina Amp. 0.5 mg 100 Diazepam 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 Adrenalina Amp. 01 Gluconato de Calcio Amp. 01 Bicarbonato de Sodio Amp. 08 Clindamicina Amp 600 mg 48 Clindamicina Tab. 300 mg ⁷ . 15 Gentamicina Amp. 80 mg. 20 Ciprofloxacina Tab. 250 mg. 80 Dicloxacilina Tab 500 mg. ⁸ 02 Haemacel Frasco. 04 Hidrocortisona Amp.
Materiales	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 CINA al 9/1000 frasco de 500 cc.

D. NIVELES DE LOS PUNTOS DE ENTREGA DE SERVICIO

Los P.E.S. para A.Q.V. femenina tendrán niveles de clasificación. De acuerdo con eso, estas intervenciones se programarán según el tipo de anestesia y/o riesgo requerido

Nivel del PES=>	1	2	3	4
Tipo de Anestesia ↓	Centro de Salud	Hosp. Rural o Materno-infantil	Hosp. General	Hosp. Nacional
Local + sedoanalg.	Opcional ⁹	SI	SI	SI

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

⁸ Se usará para el tratamiento de infección de herida operatoria.

⁹ Sólo si al momento de la intervención se cuenta con los criterios de equipos, instrumental y personal requeridos.

Regional	NO	Opcional ¹⁰	SI	SI
General	NO	Opcional	SI	SI

¹⁰ Sólo si al momento de la intervención se cuenta con los criterios de equipos, instrumental y personal requeridos.

IV. DE LOS ESTABLECIMIENTOS PARA AQV MASCULINA

Las operaciones de A.Q.V. masculina se consideran como intervenciones de cirugía menor. Se realizarán en los establecimientos que cumplan con los siguientes requisitos:

A. 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:

- Una sala de espera cómoda para los nuevos usuarios y los ya operados que son objeto de seguimiento;
- Ambiente apropiado para la consejería de los usuarios, que garantice privacidad.
- Consultorio para los exámenes médicos pre-operatorios y de seguimiento.
- Sala de cirugía menor o Tópico limpio.
- Zona donde el personal de cirugía pueda cambiarse y lavarse.
- Sala de reposo para que los usuarios descansen luego de la intervención.
- Zona de Preparación de Instrumental: con sectores bien definidos para material sucio y limpio.

B. EQUIPOS E INSTRUMENTAL QUIRURGICO

- Mesa de operaciones o de examen físico.
- Instrumental Quirúrgico de Vasectomía.
- Cifallica o lámpara de cuello de ganso (1 por cada mesa operatoria).
- Equipos de ropa para cirujano, para usuario y para operación.

C. 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.

Los Cirujanos principales serán urólogos o médicos que cuenten con la certificación otorgada por el programa de PF, para este procedimiento.

PERSONAL PROFESIONAL	CANTIDAD	CONDICION
- Cirujanos por cada mesa operatoria ¹¹	2	Obligatorio
- Enfermera por cada mesa operatoria ¹²	1	Opcional
- Enfermera encargada de la recepción/sala de recuperación.	1	Opcional/compartido
- Profesional de 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

¹¹ Para la vasectomía, el cirujano principal deberá ser un urólogo. En donde no haya disponibilidad de dicho especialista podrá ser un médico que cuente con la certificación otorgada por el Programa de Planificación Familiar en técnica de vasectomía sin bisturí. Los ayudantes podrán ser médicos generales con experiencia quirúrgica.

¹² En los establecimientos que no cuenten con este personal, la funciones podrán ser realizadas por la obstetrix

D. MEDICAMENTOS E INSUMOS

La siguiente tabla es de carácter referencial, y muestra los insumos necesarios para realizar 50 operaciones de vasectomía sin bisturí y para el tratamiento inicial de algunas complicaciones.

Medicamentos para 50 operaciones de Vasectomía	50	Midazolam o Diazepam Tab.
	50	Fco. Xilocalina 1% sin epinefrina (s/e)
	50	Seda negra 3/0 millimapaque
	400	Ketorolaco Tab.
	20	Cefradina comprimidos de 500 mg. ¹³
Materiales	50	Paq. De gasa
	150	Pares de guantes
	50	Jeringa descartable de 10cc c/ aguja
	50	Agujas descartables N° 25 de 1 pulgada.
	2	Galón Yodopovidona espuma
	2	Galón Yodopovidona Solución
	2	Rollo de Esparadrapo
50	Ponchos pequeños	

¹³ Se usará para el tratamiento en caso de hematomas escrotal.

V. FUNCIONES DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA

A. INTRODUCCION

Para lograr la seguridad de los usuarios 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 analgesia y/o anestesia apropiadas y seguras, y en el manejo general de las complicaciones que puedan derivar del procedimiento.

El cirujano y el equipo quirúrgico no deben 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 10 operaciones por día.

B. FUNCIONES DEL PERSONAL

1. CIRUJANO PRINCIPAL:

- Verificación que el procedimiento pre-operatorio haya sido adecuado. (Consejería, consentimiento informado, PAP a usuarias que lo necesitan, etc.)
- Evaluación pre operatoria del/la usuario/a.
- Verificación del llenado correcto de la Historia Clínica.
- Comandar el acto operatorio.
- Cumplir función docente durante el acto operatorio.
- Hacer el reporte operatorio y firmarlo
- Responsabilizarse del alta del usuario/a.

2. CIRUJANO AYUDANTE:

- Colaborar en la evaluación pre-operatoria y consignación de datos en la H.C. de AQV.
- Verificar previo al acto operatorio los medicamentos y materiales quirúrgicos.
- Equipar la mesa de operaciones.
- Colaborar atentamente en todos los pasos de técnica operatoria que realiza el cirujano.
- Ayudar al cirujano en la evaluación post-quirúrgica y alta de usuarios.

3. ANESTESIOLOGO

El profesional (médico anestesiólogo) que aplica la anestesia regional o general, debe conocer con detalle el anestésico/analgésico sistémico; asimismo debe ser experto en intubación endotraqueal y debe responsabilizarse del transporte y verificación del funcionamiento del laringoscopio, Ambú, tubo endotraqueal, balón de oxígeno, máquina de anestesia y sistema de monitoreo. Sus principales funciones serán:

- Evaluación pre-operatoria de usuarios que requerirán anestesia regional o general.
- Administración de anestésicos
- Monitoreo del usuario en el transoperatorio
- Registro en la hoja de monitoreo
- Control del usuario en el post-operatorio
- Alta del usuario en forma coordinada con el cirujano.

4. MEDICO CAPACITADO EN SEDO ANALGESIA

- Verificar la existencia de medicamentos para casos de emergencia (adrenalina, midazolam, hidrocortisona, atropina, efortil, bicarbonato de sodio) y operatividad de equipos para atención de paro cardio-respiratorio.

- Previa toma de funciones vitales, colocar Solución CINA 9 x 1000 (Abotheat o bránula N° 18)
- Aplicación de la sedoanalgesia en el caso de Bloqueo Tubario por minitap.
- Vigilar presión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca y patrón respiratorio y documentarlo en hoja de monitoreo.
- Vigilar la iluminación del campo operatorio.
- Colocar e invertir la posición de Trendelenburg previa indicación del cirujano.
- Trabajar estrechamente con el circulante interno.
- Evaluar los usuarios en el post-operatorio inmediato.

5. ENFERMERA DEL CENTRO QUIRURGICO:

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

6. ENFERMERA CIRCULANTE DE SOP:

- Hacer respetar la zona rígida no permitiendo la entrada de personas inadecuadamente vestidas.
- Mantener aseado el ambiente de SOP, así como evitar la presencia de agua en el piso.
- Recepcionar al usuario con la historia clínica resumida.
- Colocar a la usuario en posición ginecológica.
- Verificar que la usuaria haya miccionado.
- Ayudar al anestesista.
- Ordenar correctamente los materiales de SOP antes y después de la operación.
- **NO RETIRARSE DE SOP MIENTRAS LA OPERACION NO HAYA FINALIZADO.**
- Contar las gasas e instrumental antes de iniciar la operación y antes del cierre de la cavidad.
- Ayudar al retiro del usuario de SOP.
- Recepcionar los materiales de SOP y realizar la limpieza del mismo, teniendo presente las medidas de protección (bioseguridad).
- Eliminar adecuadamente el material de desecho, tales como equipo, jeringas descartables, gasas y frascos de ampollas de SOP.
- Verificar los sistemas eléctricos.
- 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).

7. RECEPCIONISTA EXTERNO:

- Recepcionar al usuario 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 recuperación). Esta información deberá ser brindada en presencia de un familiar, si es que acudiera acompañado.
- Verificar identidad del usuario con documento y confirmar que correspondan los datos con el consentimiento informado y con la libreta electoral u otro documento.
- Orientar la higiene corporal, indicando que el aseo debe ser prioritario a nivel de las axilas, mesogastro, ingles y región perineal. El baño corporal deberá ser realizado con jabón.
- Preguntar si el usuario está en ayunas, de haber ingerido cualquier líquido y/o alimento comunicar inmediatamente al equipo quirúrgico.

¹⁴ Esta función podrá ser desempeñada por un profesional en obstetricia debidamente capacitado, en los PES donde no se cuenta con enfermera.

- Verificar que el usuario haya miccionado antes de ingresar a la sala de operaciones.
- Pesarse al usuario y anotar el peso, talla en la H.C. de ingreso a la sala de operaciones.

8. ENFERMERA¹⁵ RESPONSABLE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN (AQV Femenina)

- Recepcionar a la usuaria que procede de SOP.
- Vigilar la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, estado de conciencia cada 15 minutos, hasta que la usuaria se haya estabilizado hemodinámicamente, asimismo verificará si existe sangrado en la herida operatoria o por vía vaginal.
- Administrar los analgésicos prescritos por el cirujano.
- Recordar a la usuaria 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.
- 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.
- Proporcionar la hoja de instrucciones post-operatoria a la usuaria.
- Verificará que la usuaria sea capaz de vestirse por sí misma y de hablar coherentemente, luego informará al cirujano para que proceda a dar de alta a la usuaria.
- Si la usuaria hubiera recibido anestesia regional o general el control y el alta será supervisado con el anestesiólogo y con el cirujano.

9. EQUIPO DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN:

Cumple una labor importante, ya que muchos de los problemas de infección que ocurren en los usuarios operados pueden estar influenciados por su accionar, por lo tanto las medidas de asepsia y antisepsia deben ser extremadas.

- Proporcionar equipos de ropa, instrumental quirúrgico y materiales estériles necesarios.
- Entregar al circulante todo el material necesario para la intervención quirúrgica.
- Recibir del circulante la ropa, instrumental usados después de cada esterilización. Lavarlo y prepararlo en paquetes con campos de tela y esterilizarlos.
- Equipar paquetes de ropa quirúrgica.
- Preparar y esterilizar frascos con agua estéril, gasea en paquetes de 10 (diez).
- Mantener el orden y limpieza de central de esterilización.
- Proporcionar materiales para la descontaminación del instrumental.
- Garantizar que todos los materiales que vayan a utilizarse estén correctamente esterilizados.
- Verificar la envoltura correcta de todos los materiales a usar (ropas, guantes, instrumental), colocándole un código para su rápida identificación.

10. FUNCIONES DEL PERSONAL DE LIMPIEZA:

- Mantener limpio el centro quirúrgico según requerimiento.
- Recibir del personal de central de esterilización la ropa utilizada y entregar a la lavandería.

¹⁵ Esta función podrá ser desempeñada por un profesional en obstetricia debidamente capacitado, en los PES donde no se cuenta con enfermera.

VI. EVALUACION PRE OPERATORIA DEL USUARIO

A. INTRODUCCION:

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

B. 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, Rurales o Centros de Salud. Cada usuario deberá tener una 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 usuarias 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).

C. DATOS IMPORTANTES A REGISTRAR: (VER H.C. DE AQV)

1. Antecedentes médicos:

- Convulsiones
- Problemas respiratorios (por ej. TBC activa).
- Enfermedades cardiacas.
- 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 tomar PAP en usuarias que esté indicado¹⁶
- Examen del Aparato Genital
Mujeres: evaluar tamaño y posición uterina, descartar gestación, tumores pélvicos o infección pélvica activa¹⁷
Varones: descartar infecciones dérmicas, patologías del cordón espermático, ej. varicocele, epididimitis, orquitis, etc.

Luego de realizada la anamnesis y el examen físico se seleccionarán las candidatas que pueden ser operadas por minilap con nodonalgona, a quienes será necesario la toma de hematócrito o hemoglobina.

¹⁶ El intervalo entre detección será de 3 años. Se da la prioridad a las mujeres entre 30 y 49 años.
¹⁷ La presencia de una infección pélvica es una CONTRAINDICACION ABSOLUTA temporal para el Bloqueo Tubario. Si esto es el único problema se proporcionará tratamiento antibiótico y anticoncepción temporal. Cuando la infección haya cedido se podrá realizar el procedimiento.

Aquellos que presenten algún factor de riesgo y en las que se vaya a requerir anestesia regional o general, se le deberá hacer un examen de hemoglobina o hematocrito, y riesgo quirúrgico si son mayores de 40 años. No es necesario realizar otros análisis preoperatorios de rutina salvo cuando por el criterio médico se consideren necesarios de acuerdo a los antecedentes clínicos o el examen físico. (por ejemplo Rx de tórax en casos de sospecha de TBC o prueba de embarazo si hay retraso de acuerdo al FUR, etc).

En usuarias en post parto o post aborto inmediato, si la usuaria 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 Hcto, se postergará el procedimiento hasta que usuaria se haya recuperado.

Los resultados de las pruebas de laboratorio contribuirán a determinar la pertinencia de la operación y el nivel hospitalario donde ésta debe realizarse.

D. 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:

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

E. CRITERIOS DE EXCLUSION

1. MUJERES

- Embarazo comprobado o presunto
- Infección Pélvica (Endometritis, salpingitis, cervicitis aguda)
- Tumores Pélvicos.
- En el post parto inmediato:
 - Fiebre puerperal
 - Ruptura de membranas mayor de 12 horas sin tratamiento antibiótico previo.
 - Estados hipertensivos, (incluida pre-eclampsia severa y eclampsia) no compensados.
 - Hemorragia pre y post parto hemodinámicamente descompensadas.
 - Historia de psicosis post parto.
 - Parto domiciliario atendido por personal no capacitado
- En el post aborto inmediato:
 - Sospecha de Infección (fiebre, restos malolientes o hemograma patológico)
 - Hcto. < 25%

2. Varones:

- Infección del Escroto
- Varicocele gigante, hidrocele gigante que dificulten el acceso al cordón espermático.
- Enfermedades de transmisión sexual activas no tratadas

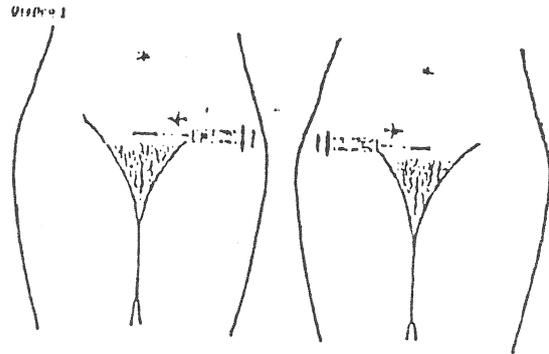
VII. TÉCNICA OPERATORIA EN A.Q.V. FEMENINA

El Bloqueo Tubario se realiza por minilaparatomía o por laparoscopia. En estas técnicas se utilizan la anestesia local (acompañada de sedoanalgesia), anestesia regional o general. El Programa Nacional de Planificación Familiar promueve el uso de la técnica de minilaparatomía con anestesia local + sedoanalgesia dado que ha demostrado internacionalmente las siguientes ventajas:

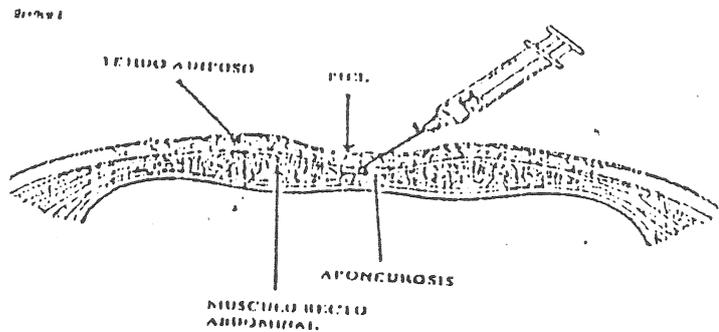
- Baja tasa de complicaciones en general y en especial de la mortalidad operatoria

- El profesional con entrenamiento en analgesia, administrará la 1^{ra} dosis de sedoanalgesia.
- El cirujano procederá a la asepsia y antisepsia de la pared abdominal y vagina, usando primero yodopovidona en jabón y luego yodopovidona en solución.
- 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.
- Colocación de espéculo con la mano izquierda.
- Limpiar la vagina y el cérvix con solución de yodopovidona.
- Insertar cuidadosamente el elevador uterino hasta que la placa de seguridad se adose al cérvix sin tocar las paredes vaginales. Esto podrá fijarse con un trabazo o con gasas intravaginales.
- Cambiar de guantes.
- Colocar la ropa quirúrgica a la usuaria: campos estériles, colocación de campo fenestrado (poncho).
- El cirujano si es diestro, se ubicará a la izquierda de la usuaria, e iniciará la infiltración de la pared abdominal (región suprapúbica) con Xilocalna 1% s/e:

- Hacer un bolón dérmico.
- En ambas direcciones a lo largo de la línea de incisión (2 o 3 cms), infiltrar de 6 a 10 cc. de Xilocalna al 1% s/e. (Gráfico 1).
- 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.

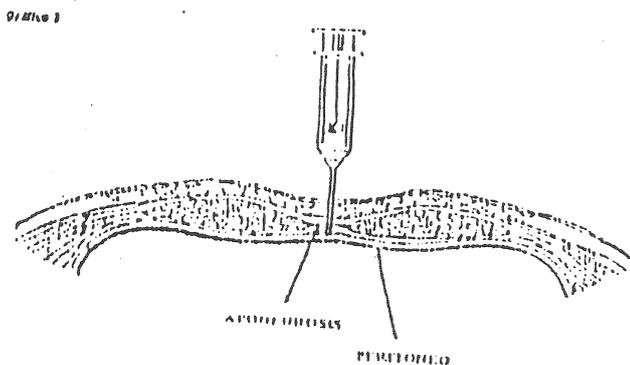


Aspire para asegurarse que la aguja no ha penetrado en un vaso sanguíneo; y luego retire la aguja lentamente, inyectando 1 a 2 cc de Xilocalna al 1% s/e en la aponeurosis, en

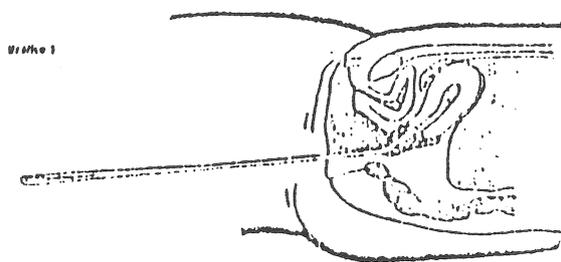
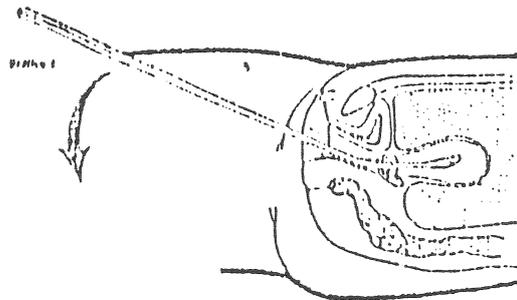


- cada una de las 4 direcciones. (Gráfico 2).
- Haga un masaje suave de la piel para que el anestésico se difunda en los tejidos, ESPERAR 03 MINUTOS para que el anestésico haga efecto.
- Pruebe la anestesia: pinche la piel del lugar infiltrado con una aguja, si la usuaria siente el pinchazo, espera 3 minutos más. Ensaye de nuevo.

- Guarde de 5 a 10 cc. de Xilocalna al 1% s/e en la jeringa, para usarla directamente en la aponeurosis, peritoneo, útero, trompas y mesosalpinx según se requiera.

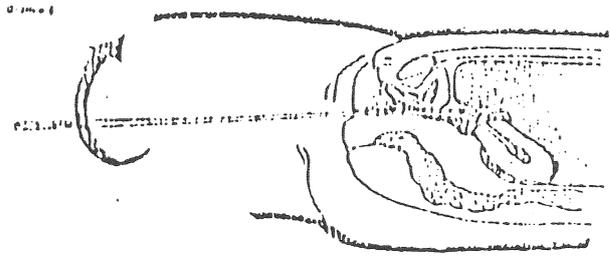


- Realizar una incisión transversal de 2 a 3 cm de longitud, ésta debe efectuarse por encima de la sínfisis del pubis, no deberá incluir los tejidos subcutáneos. Controle los vasos sangrantes, si los hay
- Para minimizar el sangrado, realice una disección roma del tejido celular subcutáneo (TCSC), se puede usar en este paso las ranas rectas de los separadores.
- Luego de separar el TCSC con los separadores, exponer la aponeurosis, dependiendo del caso ésta se puede infiltrar con xilocalina al 1% s/e de 2 a 4 cc. en los 4 sentidos (arriba, abajo, izquierda, derecha) (Gráfico 3)
- Incidir 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 usuaria experimenta dolor, infiltre el peritoneo con 1 a 2 cc. de Xilocalina 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 o de Kelly. 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.
- Si la usuaria manifiesta algún grado de dolor o discomfort, indicar una 2^{da} dosis de sedoanalgesia (50 mg. de Petidina diluidos en 12 cc de CINA al 0 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 usuaria.
- Identificada la cavidad pélvica, solicitar que se coloque a la usuaria 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. (Gráficos 4 y 5). Si el útero está en retroflexión, el elevador uterino se colocará con el mango hacia abajo (Gráfico 6), y para aproximar el fondo del útero hacia la pared abdominal, se presionará suavemente el elevador hacia arriba.



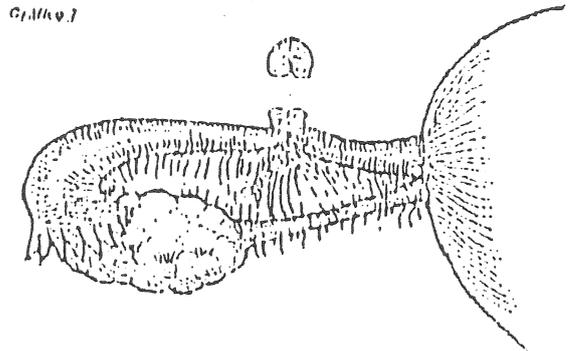
c) Girar el mango del elevador uterino hacia la izquierda para presentar la trompa derecha debajo del sitio de la incisión.

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 (Babcock) 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). Confirmar la identidad de la trompa mediante la observación de la fimbria. EVITAR AL MÁXIMO LA MANIPULACION DE LA TROMPA. EL CIRUJANO NO DEBE EXTRAER LA TROMPA CON SUS DEDOS.



• 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. (Gráfico 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).

• Cierre de pared

Luego de verificar la hemostasia, la pared se cierra por planos:

a) No es necesario el cierre del peritoneo.

b) La aponeurosis se cierra con sutura continua y con catgut crómico 2/0.

c) Cierre de piel con puntos subdérmicos con catgut absorbible o puntos separados si usa hilo o seda.

• Cubra con gasa la herida operatoria.

• Retire el elevador uterino y evalúe la existencia de sangrado vaginal.

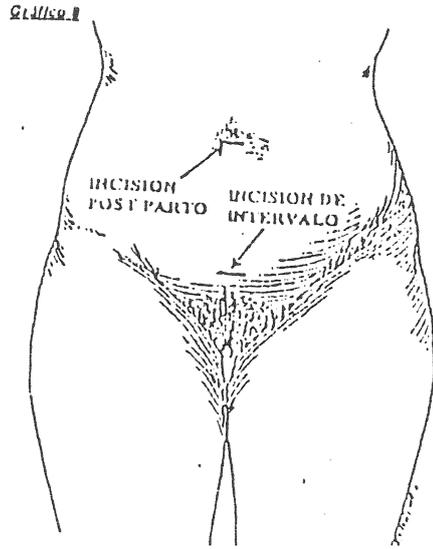
B. BLOQUEO TUBARIO EN EL POST-PARTO

La información sobre las opciones de planificación familiar en el postparto inmediato debe incluirse como parte de la consejería prenatal habitual. Si la paciente acepta, entre las opciones ofrecidas, el bloqueo tubario como método definitivo, deberá recibir las 2 sesiones de consejería durante el control prenatal. El consentimiento informado deberá ser idealmente firmado en ese período. LA TÉCNICA OPERATORIA a usarse será la MINILAPARATOMIA y se preferirá como anestesia local (acompañada de sedoanalgesia).

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

1. TECNICA OPERATORIA (MINILAP-POSTPARTO CON ANESTESIA LOCAL

- Aplicación de vía con CINA al 9 por mil con scalp ó Bránula N° 18.
- Aplicación de sedoanalgesia (descrito en minilap de intervalo con anestesia local) y monitorización estricta de funciones vitales.
- Colocación de la usuaria en posición decúbito dorsal.
- Infiltración de región subumbilical con xilocalina 1% s/c
- Incisión subumbilical semilunar de 2 ó 3 cm. Disección por planos (Gráfico 8)
- Apertura de cavidad peritoneal, identificación de trompas, toma de trompas con ayuda de asa de trompas, pinza de Bakcock de cabeza fina o pinza de Pean recta atraumática.
- Oclusión de trompas (pasos A1, 17 a-b)
- Cierre de pared (pasos A1, 18).



VIII. TÉCNICA OPERATORIA EN AQV MASCULINA

Es requisito indispensable que el cirujano, que realiza vasectomía debe TENER EXPERIENCIA EN LA TÉCNICA OPERATORIA, asimismo debe estar comprometido con el Programa de Planificación Familiar, ya que debe ser experto en consejería, selección, evaluación preoperatoria y seguimiento postoperatorio. La técnica que promueve el Programa es la de VASECTOMIA SIN BISTURI, ya que está probada sus enormes ventajas con respecto a la técnica tradicional.

1. REQUERIMIENTOS DE INSTRUMENTAL Y MATERIALES

Para cada procedimiento se requieren de los siguientes materiales quirúrgicos:

- Pinza de anillo (Gráfico 1).
- Pinza de disección afilada y puntiaguda (pinza de L) (Gráfico 2).
- Tijera de Mayo mediana.
- Seda 3/0: Multiempaque.
- Jeringa descartable de 10 cc.
- Xilocalina 1% SE 1 frasco.
- Aguja descartable N° 23, 24 o 25 de 1 pulgada.
- Paquete de 5 gasas.
- Yodopovidona jabón 30 cc.
- Yodopovidona solución 30 cc.
- Esparadrapo, o curitas.

Gráfico 1

Instrumentos
Interrumpido de la pinza
0.0 mm, 0.0 mm & 4.0 mm.

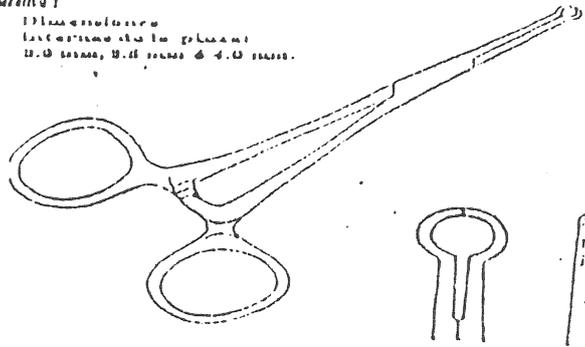


Gráfico 2

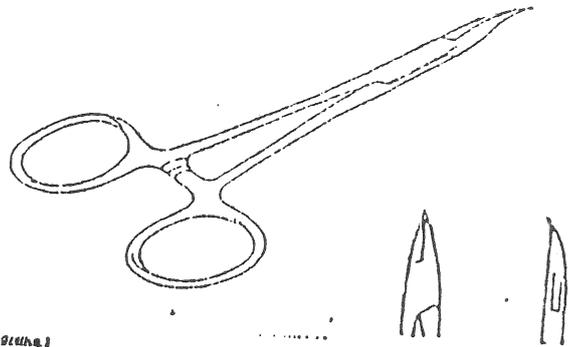
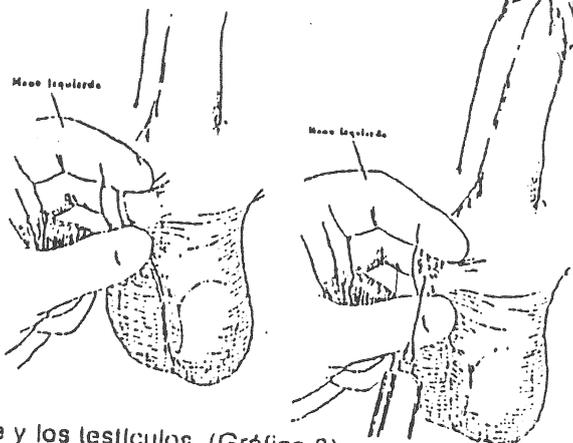


Gráfico 3

El escroto dividido en
terceros para determinar
el sitio de posición

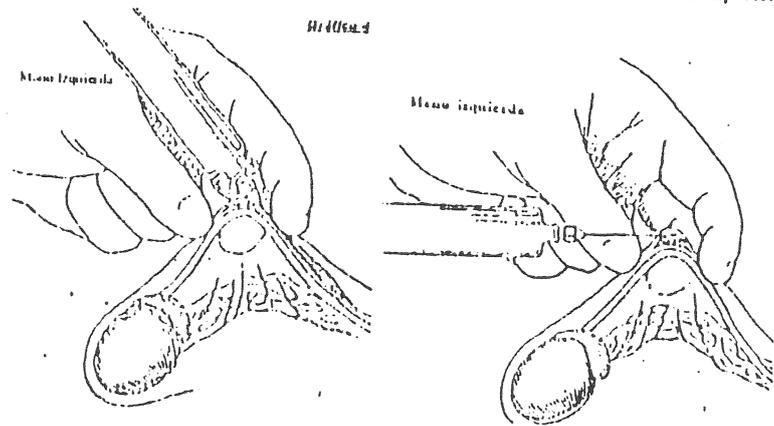
Formación del habón
de moho



2. TÉCNICA OPERATORIA:

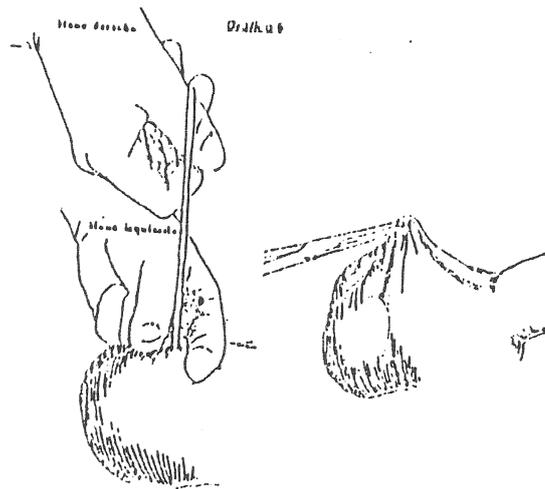
- Usuario en posición de decúbito dorsal, previamente debe de haberse rasurado o recortado el vello, en caso de cubrir la región escrotal.
- Fijación del pene a la pared abdominal, con uso de cinta adhesiva (esparadrapo), con el fin que el pene no dificulte la palpación del conducto deferente.
- Asepsia y antisepsia con yodopovidona jabón y solución, cambio de guantes.
- Colocación de campo fenestrado.
- El cirujano debe colocarse a la derecha del usuario si es diestro. Si el cirujano es zurdo, debe colocarse a la izquierda del usuario.
- 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. (Gráfico 3).

- El cirujano con la mano derecha procederá a infiltrar la piel del rafe medio, hacia donde se ha aproximado el conducto deferente. Se hará una pápula subdérmica con el anestésico (se usará la jeringa descartable de 10 cc, con aguja descartable N° 25 de una pulgada y Xilocalina al 1%). Luego se infiltrará con 2 a 4 cc de Xilocalina directa-



mente 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. (Gráfico 4).

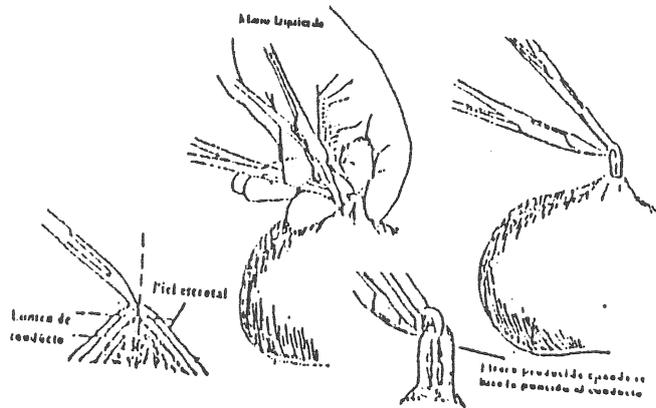
Para infiltrar el conducto deferente izquierdo, el cirujano se colocará a la derecha del usuario con la cara mirando a los pies del usuario, esta posición facilita la identificación del conducto deferente izquierdo. Al igual que con el conducto deferente derecho, el izquierdo se fijará con el 1° y 3° dedo de la mano izquierda. Con la mano derecha se procederá a infiltrar con 2 a 4 cc de Xilocalina al 1 %, el conducto deferente, directamente por debajo de su fascia.



Se esperará de 2 a 3 minutos para que el anestésico local haga efecto.

- 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. (Gráfico 5).

Gráfico 5



- Con la pinza de disección puntiguda y a 45° 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. (Gráfico 6).

- 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. (Gráfico 7).
- Aislado el conducto deferente se procede a extraer una asa del mismo, separando el moso
- 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 alojar el punto con el riesgo de falla de la técnica o de hemorragia postoperatoria).
- Se liga la porción abdominal del conducto con seda 3/0, con los mismos criterios del paso anterior.
- Se procede a seccionar el asa, que en promedio es de 1 cm de longitud. (Gráfico 8). 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.
- El conducto deferente izquierdo se tomará de igual forma como para el derecho y por el mismo orificio.
- La herida se cubrirá con gasa o cinta adhesiva, no siendo necesaria suturarla, a menos que sangre el borde.

Gráfico 7

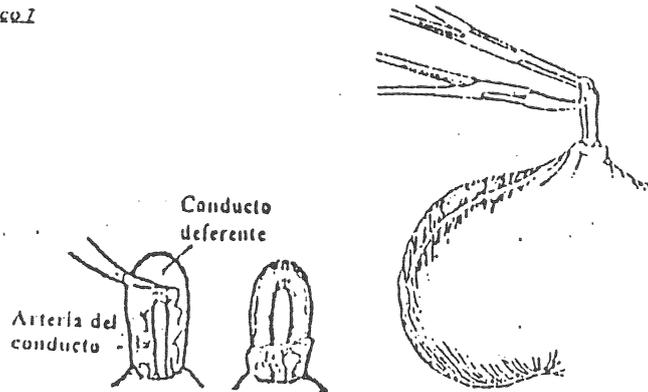
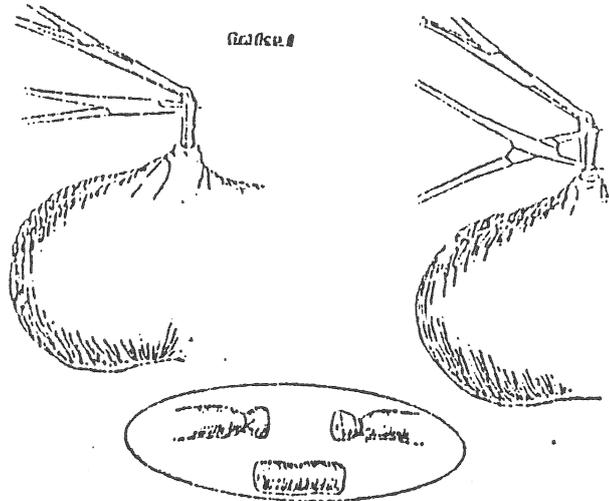


Gráfico 8



IX. MANEJO POST-OPERATORIO

A. DISPOSICIONES EN EL POST-OPERATORIO

1. BLOQUEO TUBARIO

- 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 usuaria se ha recuperado de la anestesia, debe utilizarse el signo de Romberg (la usuaria puede mantener el equilibrio estando de pie y con los ojos cerrados); debe confirmarse estabilidad hemodinámica, adecuada ventilación y respuesta a órdenes simples.
- El alta de las usuarias post-operadas, será indicada por el médico que realizó la intervención¹⁹, luego de la evaluación clínica de la usuaria 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 usó anestesia local + sodoanalgesia. Aquellas usuarias a quienes se les realizó Bloqueo Tubario, que provengan de zonas rurales o lejanas al establecimiento donde fueron intervenidas, permanecerán como mínimo 24 horas en observación. Al alta la usuaria deberá estar siempre acompañada por un familiar.
- El equipo quirúrgico que intervino en el marco de jornadas permanecerá en el lugar 24 horas como mínimo después de finalizada la actividad quirúrgica.
- Al alta se le proporcionará a la usuaria una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados postoperatorios que debe seguir en su domicilio (Anexo 3), asimismo deberá anotarse en ella la fecha y hora de la cita para sus controles y el establecimiento en donde éstos se realizarán. Deben realizarse 2 controles, uno entre el 3^{er} y 7^{mo} día, y un 2° control el día 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.
- Si la usuaria no acude a sus controles se deberá realizar visitas domiciliarias.
- Será deseable, a mediano plazo del acto operatorio (1 a 3 meses) realizar un encuesta a la usuaria post-operada, a fin de evaluar la satisfacción de la misma con respecto al procedimiento.

2. VASECTOMIA

- Los usuarios 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 postoperatorios).
- Antes de dar el alta, el personal de recuperación debe repetir todas las instrucciones relacionadas con la atención y cuidado postoperatorio. Por ejemplo el usuario debe saber como cuidar la herida, como usar los medicamentos postoperatorios y cuáles son los signos y síntomas 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 usuario una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados postoperatorios 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 2 controles, uno entre el 3^{er} y 7^{mo} día, y un 2° control el día 30° posterior a la intervención.

¹⁹ O por quien éste delegue. Se puede delegar la función, pero no la responsabilidad.

- 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.
 - Si el usuario 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). Este aspecto debe ser informado en la consejería y ser reforzado en el post-operatorio. El usuario recibirá insumos (condones) según la norma para este período.
- Este análisis será gratuito, y forma parte de la atención al usuario en el Programa.

B. 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 A.Q.V.. Esto incluye costos de traslado, medicamentos, hospitalización en establecimientos del MINSA, y de ser requerido, reintervenciones quirúrgicas.

1. COMPLICACIONES CARDIO-RESPIRATORIAS

a) Depresión Respiratoria

Esta complicación es producida con frecuencia por la inyección endovenosa rápida de Petidina y/o Diazepam. 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 más frecuentes son:

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

Las causas y factores coadyuvantes son:

- Sobredosis de analgésicos y sedantes.
- Efecto combinado de los medicamentos.
- Efecto retardado (los medicamentos alcanzan máxima actividad cuando la vigilancia ya no es tan frecuente).
- Inyección endovenosa de Xilocalina.
- Sobredosis de Xilocalina.
- Enfermedad cardíaca preexistente.
- Hemorragia con depresión de volumen intravascular.
- Reflejo vaso vagal.
- Reacción inapropiada a medicamentos usados.

Manejo:

- Mantener vía aérea abierta
- Respiración: administrar oxígeno al 100 % a la usuaria, con el equipo de resucitación manual (Ambú).
- De ser necesario intubar a la usuaria.
- Control de funciones vitales: verificar pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria.
- En el caso de paro cardíaco se pueden utilizar, además del masaje cardíaco externo y el apoyo ventilatorio, las siguientes drogas:

- Adrenalina o epinefrina 1mg. EV y repetir cada 3-5 minutos. Se puede usar la vía endotraqueal; 2 – 2.5 mg diluida en 10cc de suero salino
- Atropina: si sobreviene bradicardia, 1 mg EV. Repetir cada 3 –5 minutos hasta un máximo de 3 mg o 0.04mg/kg. Vía endotraqueal 1 –2 mg diluido en 10 cc de suero salino.
- Xilocalina: Uso en taquicardia o fibrilación ventricular. 1 – 1.5 mg/kg en bolo. Vía endotraqueal 2 veces la dosis usada en EV.
- Solución de bicarbonato de sodio: 1 mEq/kg en bolo. Usar en caso de acidosis metabólica.
- Gluconato de Calcio: Usarlo en casos de hipokalemia metabólica. Usar solución al 10 %, de 10 a 20 cc EV aplicado durante 5 minutos

2. MANEJO DE LESION VESICAL

a) Signos Intra Operatorios De Una Lesión Vesical

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

b) 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.

c) Manejo

- Si se tiene sospecha de lesión vesical en el Intra-operatorio, colocar sonda 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 crómico N° 2/0 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 usuaria una sonda de Foley No 14 ó 16 con su bolsa de drenaje; este procedimiento se realizará el cirugía 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 usuaria por 24 horas para observación.
- Retirar sonda de Foley a los 7 días y verificar si la usuaria puede miccionar normalmente.

d) Síntomas Y Signos Post Operatorios de una Lesión Vesical

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

3. LESION INTESTINAL

a) Signos Intraoperatorios de Lesión Intestinal

- La serosa o la muscularis Intestinales son visibles.
- El contenido intestinal es visible.

b) 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

c) 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 usuaria y administrar antibióticos endovenosos (clindamicina 600 mg EV cada 8 horas + Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas) durante 3 días. Luego de instaurada la vía oral, administrar 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 fóbico, iniciar tratamiento antibiótico mencionado y trasladar al usuario a hospital de mayor nivel.

4. PERFORACION UTERINA

a) Signos de Perforación 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.

b) Factores Coadyuvantes

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

c) 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 0 ó 2/0.
- OBSERVAR a la usuaria 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.

5. MANEJO DE INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA

De existir una infección en piel, administrar antibióticos (penicilina semisintética 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, con el uso previo de los 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 intrahospitalario y uso de antibióticos (Clindamicina + Gentamicina) por vía endovenosa hasta que el cuadro se resuelva.

C. VASECTOMIA

1. HEMATOMA ESCROTAL:

Puede evitarse si se asegura una buena hemostasia. El vaso sangrante por lo general es del meso del asa del conducto deferente.

a) 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 anestesiólogo). La intervención la efectuará de preferencia 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 paralela 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 penrose mediano.

Se administrará analgésicos y antibióticos (Cefalosporina de 1^{era} 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 usuario hasta que se resuelva el cuadro.

Si el usuario 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 usuario hasta que se resuelva el cuadro. Se tomarán hematócritos cada 6 horas. Si el hematoma va aumentando en tamaño o el hematócrito 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 usuario, y se administrará analgésicos comunes; el manejo será ambulatorio con controles cada 2 o 3 días hasta que el cuadro se resuelva totalmente.

2. 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 intrahospitalario y uso de antibióticos (Clindamicina + Gentamicina) por vía endovenosa hasta que el cuadro se resuelva.

X. EVALUACION Y SEGUIMIENTO

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 los usuarios luego de haber sido operados 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 de los mensajes durante la captación ¿Llegó realmente el mensaje a la audiencia esperada, hombres y mujeres. ¿Se 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 acabo 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 Reproductiva? ¿Fueron los materiales de información, educación y comunicación apropiados y de calidad aceptable?
- Impacto ¿Cambió la actividad las actitudes, conocimientos o comportamiento de la(s) población(s) objetivo? ¿Se lograron los objetivos?
- Costos ¿Cuánto costó la actividad en su totalidad y por los logros específicos y realizaciones? Evaluar costo vs. Logros.
- 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?

A. 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 usuario.

1. REUNIONES DE AUTOEVALUACION

- Los cirujanos se reunirán semanal o mensualmente para revisar las estadísticas del servicio, las complicaciones ocurridas en el periodo precedente. Se analizará cada caso para establecer si LA COMPLICACIÓN ERA EVITABLE y determinar qué se podría hacer si surgiera una situación similar en el futuro. Las conclusiones se pondrán en práctica para mejorar el servicio.
- Si hay incremento en las infecciones, se supervisará con enfermería los procedimientos estándares de asepsia.
 - Todo caso de complicaciones mayores y de muerte deberá ser informado de inmediato al Programa Nacional de Planificación Familiar.

B. SUPERVISION

La responsabilidad de la calidad y seguridad del P.E.S. recae en el Director del Establecimiento, el cual debe prestar todo tipo de colaboración a los equipos supervisores del nivel central o departamental.

Las supervisiones de los P.E.S. deberán estar a cargo de un equipo multidisciplinario con capacidad de capacitar al personal en los aspectos débiles encontrados (ej. Técnica operatoria, consejería, bioseguridad, etc.).

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 usuarios 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.

C. 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 usuario post AQV.
- Fascellitis post BTB.
- Hemorragia intra y post AQV.
- Sepsis post AQV.
- Embarazo después del procedimiento.
- 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 BTB :	4/100,000
• Infección de herida por BTB :	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 pudieran haberse previsto o evitado.

En caso de fallecimiento de usuarios post-AQV deberá realizarse las siguientes acciones:

- Notificación inmediata a la autoridad de salud del nivel departamental, quien tendrá la obligación de informar al nivel central en forma inmediata

- El nivel departamental formará una comisión investigadora del caso y evacuará su informe en un máximo de cuatro días útiles.
- Se agotarán las gestiones para lograr una necropsia
- Se procederá a denuncia formal ante el Ministerio Público
- Se puede colaborar en forma solidaria con los gastos de sepelio, previa solicitud escrita de los deudos.
- Se tramitará otro tipo de ayuda mediante el Servicio Social del establecimiento.

D. SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACION

Los registros médicos son indispensables para revisar e investigar las complicaciones. Se usarán los siguientes formatos:

- Historia Clínica de AQV, se deberá llenar íntegramente para cada paciente de AQV masculino o femenino. Posteriormente se implementará un Sistema Informático para procesar los datos de esta historia.
- Hoja de Registro de Datos de Usuarios de AQV, el cual se remitirá mensualmente donde se resumirá el desempeño de cada PES.
- Hoja de Reporte de Complicaciones. 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.

XI. BIOSEGURIDAD

A. PREVENCIÓN DE INFECCIONES A NIVEL DE PERSONAS

1. Usuario:

- Los usuarios deben recibir baño corporal previo a la operación.
- El rasurado en las usuarias debe ser sólo suprapúbico
- El rasurado en los usuarios de vasectomía no es necesario. Es opcional sólo en la zona escrotal.
- Al paciente se le proporcionará bata limpia y gorro.
- Se limpiará y desinfectará el área operatoria adecuadamente. (Se sugiere 5' con yodopovidona espuma + 5' con yodopovidona solución)
- No se recomienda el uso de antibióticos profilácticos en AQV

2. Cirujanos

- Los cirujanos y el personal de SOP debe estar adecuadamente vestido con ropa quirúrgica, botas, gorra y mascarilla.
- El lavado de manos debe ser escrupuloso, y es la medida más importante para prevenir infecciones.
- Se debe repetir entre operación y operación.
- 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.

B. 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 abrirse sólo en caso de intervenciones, 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.

C. INSTRUMENTAL

El equipo deberá ser descontaminado, sumergiéndolo por 10 minutos en solución con Hipoclorito de Sodio, luego de haber finalizado el procedimiento. (Nunca mezclar la solución de hipoclorito con detergentes pues baja sus efectividad). Existen diferentes concentraciones de hipoclorito en los colines de lejía, por lo que se debe tener en cuenta la concentración para la dilución:

Marca Comercial	Concentración de Cloro	Dilución para sol. Al 0.5%
Lejía	10%	1 parte de lejía por 19 de agua
Clorox	5%	1 parte de lejía por 9 de agua
Lejía Liguria	10%	1 parte de lejía por 19 de agua

Luego se realizará la DESINFECCIÓN DE ALTO NIVEL (DAN) O ESTERILIZACIÓN, según sea el caso. El instrumental se esteriliza en:

- Autoclave : Ropa e Instrumentos (120° C por 30')
- Estufa de calor seco : (100° por 60')
- Desinfectante frío : Cidox por 10 horas

D. 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, está 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.

1. 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 rañonera).
- Crear una zona segura o protegida cuando se está 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, advertirlas que lo está haciendo.
- Realizar la intervención cuidadosamente evitando lincarse o cortarse con el instrumental.

2. 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.

3. 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.

XII. CONSEJERÍA Y ORIENTACIÓN

A. INTRODUCCIÓN

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 esa 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 un método anticonceptivo se les proporcionará consejería, con mayor énfasis en el caso de AQV, en la que se realizarán 2 sesiones, siendo estas un requisito indispensable para realizar la operación.

B. RESPONSABILIDAD

El responsable de que esta actividad se realice según las normas, y que posibilite una adecuada elección por

Nivel	Responsable	Ejecutor
Departamental	Coordinador	Asistente Consejera
Hospital	Jefe Dpto. C. O.	Coordinador P.F.
Centro de Salud	Director	Proveedor
Jornadas	Coordinador de Jornada	Proveedor

parte del usuario dependerá del nivel de ejecución según se muestra en la tabla adjunta. Es responsabilidad del consejero/a (proveedor) que los usuarios tomen 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 4 sesiones de consejería por hora de atención.

C. RECURSOS

1. HUMANOS

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

2. INFRAESTRUCTURA Y MATERIALES

Se requiere de ambiente que tenga puerta, que asegure privacidad, comodidad y confidencialidad. Además, un escritorio, sillas y material de apoyo (folletos, rotuleros con ilustraciones del aparato reproductor).

D. PASOS DE LA CONSEJERÍA: MODELO DE LOS CINCO PASOS

La Consejería en Planificación Familiar consta de cinco pasos básicos. La Consejería debe centrarse en las necesidades de cada individuo. Los pasos que corresponden a identificar necesidades y responder necesidades, varían de un usuario a otro, según su condición socio-cultural u otros factores, a los que el consejero debe estar muy atento. No debemos olvidar que la Consejería debe centrarse en las necesidades de cada individuo.

1. PRIMER PASO: Establecer una relación cordial

La habilidad indispensable que necesita un consejero para proporcionar una consejería efectiva es la de establecer una relación cordial con cada usuario/a. Desde el primer contacto que el usuario/a establece con el servicio, el consejero debe garantizar un momento agradable, dar confianza y establecer una relación de mutuo respeto, que facilite el proceso de comunicación.

- Sea Amable
- Salúdela/o e identifíquese
- Préstele toda su atención, cree un ambiente confortable
- Establezca un ambiente de confianza, asegúrele que toda la información que se va a tratar durante la Consejería, será confidencial.
- Pregúntele el motivo de la consulta

2. SEGUNDO PASO: Identificar necesidades de la usuaria/o

Identificar las necesidades de la usuaria/o es probablemente el paso más importante en el proceso de consejería; si el consejero no entiende lo que la usuaria/o necesita o desea, el tiempo y esfuerzos invertidos en la sesión no tendrán ningún éxito.

Ayude a la usuaria/o que comente sus necesidades, deseos y cualquier inquietud o interrogante sobre la planificación familiar. Es un momento de diagnóstico para especificar las necesidades de cada individuo. En base a este momento se determinan las opciones a ofrecer según cada caso.

Preguntar por su salud, el uso de métodos anticonceptivos, ideales reproductivos, etc.

3. TERCER PASO: Responder necesidades de la usuaria/o

Después que el consejero ha establecido una relación cordial y ha identificado correctamente las necesidades de las usuarias/os, debe proceder a responder adecuadamente a esas necesidades ofreciéndoles información clara y precisa acerca de los temas requeridos. En este momento se ofrecen las opciones anticonceptivas que pueden satisfacer sus necesidades y se aclaran las dudas y conceptos erróneos usando el material educativo de apoyo.

4. CUARTO PASO: Verificar el entendimiento de la usuaria/o

El consejero debe asegurarse de que la usuaria/o ha comprendido la información dada durante la sesión sobre el método elegido y que entiende las implicancias de la toma de decisión.

El consejero nunca debe suponer que la usuaria/o entendió, debe recordar que todos los individuos son diferentes. Cada usuaria/o tiene sus propias historias personales, antecedentes, creencia y preocupaciones.

La habilidad de escuchar bien es fundamental para verificar la comprensión de la usuaria/o. Un consejero que interrumpe a una usuaria/o durante este paso no sabe si la usuaria/o entendió y pierde una oportunidad valiosa para aclarar alguna información y esto puede tener serios resultados para ellos.

5. QUINTO PASO: Mantener la relación cordial

Este paso permitirá que las usuarias/os sientan que el consejero estará disponible cada vez que sea necesario para alguna información. El consejero debe asegurarse de que la usuaria/o va a continuar en el programa; para lo cual se debe recurrir a los diferentes mecanismos de seguimiento.

Tomar unos pocos minutos para hacer esto al final de cada sesión de consejería la ayudará a mantener la relación que estableció al comienzo de esta interacción.

E. CONSEJERÍA PARA LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA 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 cómo funciona. La información sobre la cirugía varía ligeramente de acuerdo a la técnica utilizada y si se trata de un procedimiento de DTI post parto o de intervalo. El consejero también ofrecerá una explicación breve de la efectividad, ventajas y desventajas, posibilidad de complicaciones, falla y responderá 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/la usuario/a (ej. riesgos de morbilidad y mortalidad materna)

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 usuario puede en este momento firmar el documento del Consentimiento Informado.

F. 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. Estos 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.
- 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.

El Bloqueo Tubario 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 la reversión de El Bloqueo Tubario y de la vasectomía, como por ejemplo:

- Que pueden ser inaccesibles.
- Que tienen un costo elevado.
- Que con frecuencia no tienen éxito.
- Que generalmente, la cirugía demora aproximadamente 4 horas, requiriendo personal con entrenamiento especial y equipo sofisticado.

G. VISITAS DE SEGUIMIENTO

Se Informará a los usuarios de AQV, que deben tener dos controles postoperatorios: un primer control entre el tercer y séptimo día de realizada la operación y un segundo control a los 30 días.

Es importante asegurar a los usuarios/as que, después de la operación, pueden regresar en cualquier momento, si desean consultar algo aparte de sus controles, y que éstos y el posible tratamiento de sus complicaciones serán también gratuitos.

Los usuarios a quienes se les practicó la vasectomía deben regresar al establecimiento a los 90 días para realizar un espermograma cualitativo, es decir para detectar la presencia o ausencia de espermatozoides en el semen. Cada usuario deberá recibir la dotación de condones suficiente para este período, si es que su pareja no usa un método anticonceptivo.

H. BLOQUEO TUBARIO: 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	Respuesta Sugerida
El Bloqueo Tubario es un procedimiento doloroso y difícil.	El Bloqueo Tubario 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.
El Bloqueo Tubario debilita a la mujer.	Las mujeres a quienes se les practica El Bloqueo Tubario tienen la misma energía que las demás. Tampoco tienen más probabilidad de presentar problemas físicos o mentales que otras mujeres.
Después del Bloqueo Tubario, la mujer no volverá a menstruar.	Luego del Bloqueo Tubario, las mujeres continúan teniendo sus períodos menstruales tal como antes de la operación. La menstruación desaparecerá en la menopausia.
Después del Bloqueo Tubario, a la mujer se le altera el carácter o se vuelve "loca"	El Bloqueo Tubario, 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.
La mujer se volverá frígida después del Bloqueo Tubario.	El bloqueo de trompas no altera el deseo o la actividad sexuales. En realidad, las mujeres disfrutan más las relaciones sexuales después de la intervención porque no tienen que preocuparse de quedar embarazadas.
El Bloqueo Tubario se puede deshacer (o desligar) a los siete años.	El Bloqueo Tubario debe considerarse permanente. A excepción de los raros casos de falla, las trompas quedan bloqueadas permanentemente. Si bien hay circunstancias que permiten revertir el Bloqueo Tubario, la operación de reversión no es siempre accesible, es costosa y no siempre es exitosa desde el punto de vista de lograr nuevamente la fertilidad.

I. 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	Respuesta Sugerida
La vasectomía es igual a la castración.	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.
Un hombre vasectomizado no puede practicar ni disfrutar las relaciones sexuales de la misma forma que antes de la operación.	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.
La vasectomía puede ocasionar debilidad o pérdida de fuerza muscular y debilitar el sistema inmunológico.	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.
La vasectomía produce	La vasectomía no produce aumento de peso. No origina

aumento de peso	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
-----------------	---

XIII. JORNADAS DE SALUD REPRODUCTIVA

A. DEFINICION

Las Jornadas de Salud Reproductiva constituyen actividades destinadas a incrementar la cobertura en aquellas zonas geográficas con dificultades o barreras geográficas para acceso. Están destinadas a disminuir la demanda insatisfecha de:

- Planificación Familiar
- Salud Materna y Perinatal
- Prevención del Cáncer Ginecológico
- Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA

B. FASES

Cada jornada de Salud Reproductiva contará con las siguientes fases:

1. Información - Orientación

En esta fase se realizará la promoción de la actividad en la población, coordinando con representantes de la comunidad. Se ofrecerán los servicios de Salud Reproductiva anteriormente explicitados. Se podrá efectuar las actividades de información para generar una demanda informada. Se podrá asimismo realizar actividades de consejería a personas con deseo de espaciar o limitar su fecundidad.

2. Intervención

Aquí se atenderá a la demanda generada en la fase anterior. Se prestarán todos los servicios de Salud Reproductiva. En el caso de Planificación Familiar existirá la oferta de todos los métodos anticonceptivos.

En las zonas donde no se realicen actividades de AQV en forma regular y se haya detectado demanda para ello, se podrán incorporar estas actividades en las Jornadas de Salud Reproductiva. Para ello será necesario que previamente se certifiquen los PES donde se vaya a realizar la jornada a fin de cumplir con todos los requisitos exigidos para ello (infraestructura, equipos, insumos y personal). Esta certificación será temporal para los días que dure la jornada.²⁰

Para el caso de las actividades competencia de este Manual se deberán cumplir todos los procesos y plazos que se establecen en el presente manual:

- Las sesiones de consejería previas, las firmas de los documentos de Consentimiento informado, el respeto del período de 72 horas de reflexión, la evaluación médica preoperatoria, la intervención por personal especialista o debidamente certificado, el alta de las/los usuarias/os luego de 24 horas de observación²¹ y la entrega de información por escrito al alta.
- El equipo de profesionales que intervino en la jornada deberá permanecer por lo menos 24 horas después de terminada la actividad quirúrgica, y será quien dé el alta de las/los usuarias/os.
- Se establece que cada equipo de cirujanos podrá realizar un máximo de 10 intervenciones por día.
- El seguimiento posterior de las/los usuarios intervenidos (el primero entre el 3^o y 7^{mo} día posterior a la intervención y el 2do al 30^{vo} día) estará a cargo del personal de salud que labora regularmente en el establecimiento donde se realizó la intervención, es decir el médico - cirujano, enfermera - obstetra responsable del programa; en el caso de detectarse alguna complicación menor o mayor, esta se reportará inmediatamente al Director del establecimiento, al médico coordinador de

²⁰ En el caso de que existan personas que deseen someterse a un A.Q.V., y si no existen condiciones adecuadas de infraestructura, equipos o personal, se deberán referir a otras personas a un P.E.S. certificado.

²¹ Para el caso de usuarios que se prevenga la dificultad de acudir prontamente al establecimiento ante cualquier complicación. Sobre todo en áreas rurales

de Jornada al coordinador local y al coordinador departamental para resolver rápida y oportunamente la complicación.

3. Seguimiento y Evaluación

En esta fase se dará énfasis a la evaluación postoperatoria y seguimiento de pacientes en general y de A.Q.V. en particular.

Se procederá además a la autoevaluación de la Jornada Integral por parte de todo el equipo a fin de detectar fallas de proceso, las mismas que deberán superarse en las siguientes Jornadas.

C. RESPONSABILIDAD

Será responsabilidad del Director Departamental de Salud la programación, seguimiento y evaluación de las Jornadas de Salud Reproductiva.

Para cada Jornada se nombrará un médico coordinador quien se encargará de comandar el equipo. Será deseable que sea un médico con capacidad de resolución de complicaciones (ginecólogo o cirujano). Contará además con el apoyo del Coordinador Departamental o local de Planificación Familiar.

ANEXOS

XIV. ANEXO 1

Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

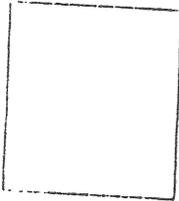
Yo, _____, identificado con L.E. N° _____,

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 y me han entregado información por escrito.
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: ____/____/____



Huella Digital

Firma del Paciente

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

Si el (la) usuario (a) es analfabeto (a), un pariente o testigo deberá firmar la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que el (la) usuario/a ha entendido el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____ FIRMA: _____ L.E. _____

Fecha de la Intervención ____/____/____

Yo, _____ ratifico mi deseo expresado en el presente consentimiento informado

Firma del (la) paciente _____

XV. ANEXO 2

Excepción del Período de Reflexión de 72 Horas Previos a AQV en los casos de Alto riesgo Reproductivo

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 de Ligadura de Trompas.

Se me ha Informado que presento condiciones que definen un alto riesgo reproductivo, establecidos en el capítulo I inciso C del Manual de Normas y Procedimientos para actividades de AQV, Tercera Edición 1998, y que la presencia de estas condiciones conllevan un incremento del riesgo de mortalidad y morbilidad en el caso de un nuevo embarazo.

En pleno uso de mis facultades, y por las razones anteriormente expuestas, hago uso de mi derecho de excepción al plazo de reflexión de 72 horas que ha normado el Programa de Planificación Familiar.

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

Fecha: ____/____/____

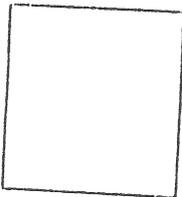
Firma del Paciente

Si la usuaria es analfabeta, un pariente o testigo firmará la siguiente declaración.

Quien suscribe es testigo que la usuaria ha entendido el contenido del documento y ha impreso su huella digital en mi presencia, manifestando su conformidad con el mismo.

Fecha: ____/____/____

Firma del testigo
L.E.



Huella Digital

XVI. ANEXO 3

Indicaciones Post-Operatorias para

Ligadura de Trompas:

1. Luego de la operación reposará en el Centro de Salud por 24 horas, luego de lo cual será dado de alta si el examen físico está dentro de lo normal (presión arterial, etc.).
 2. Descanse el día de la operación. Puede comer normal a las 24 horas.
 3. Si tiene dolor o molestias en la zona de la operación, tome:
ACETAMINOFEN 3 Tabl. 0,8 horas x 24 o 48 horas
o KETOROLACO 1 Tabl. 0,8 horas x 24 o 48 horas
 4. Reposo relativo en domicilio x 2 días evitando trabajos pesados y cuidando no humedecer la herida.
 5. Vuelva al Centro de Salud entre el 3^{er} y 7^{mo} día para su primer control y al 30^o día de la intervención a un segundo control.
 6. Aunque las complicaciones de esta operación son muy poco frecuentes, usted debe estar atento a la aparición de:
 - Dolor o hinchazón en el área operada, que no desaparezca o que empeora.
 - Fiebre.
 - Salida de pus o sangre por la herida.En caso que esto ocurra acuda de inmediato al centro de salud más cercano.
- LA ATENCIÓN 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 corzoncillos ajustados o suspensor.
 2. Descanse el día de la operación. Puede comer normal a las 24 horas.
 3. No haga esfuerzos físicos durante 2 días luego de la operación.
 4. Si tiene dolor o molestias en la zona de la operación, tome:
ACETAMINOFEN 3 Tabl. 0,8 horas x 2 días
o KETOROLACO 1 Tabl. 0,8 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 periodo tres meses, puede existir la probabilidad de un embarazo, ya que en los espermios 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 métodos anticonceptivos durante los tres meses siguientes a la operación.
 7. Debe regresar al centro de salud entre el 3^{er} y 7^{mo} día para su primer control y al día 30^o 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 desaparezca o que empeora.
 - Hinchazón o endurecimiento en el área 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 ATENCIÓN EN CASO DE COMPLICACIONES ES GRATUITA.**
9. 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 examen es gratuito.

XVII. ANEXO 4

HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTES DE AQV

Región y/o Sub-Región:

Apellidos	Nivel de Atención			Sexo		Nivel de Instrucción				Historia Obstétrica			Tipo de Anestesia			Complie.
	Hosp. Madre o Apoyo (3)	Hosp. Materno-infantil (2)	Centro Salud (1)	M	F	Ning (0)	Prim (1)	Sec (2)	Sup (3)	Gest	Númer o Niños	Uso Método Antico n	Local (L)	Reg. (R)	Gral. (G)	
	Establecimiento:															
1																
2																
3																
4																
5																
6																
7																
8																
9																
10																
11																
12																
13																
14																

Nota: Ver en el reverso las instrucciones del llenado.
Técnica Operativa => Vasectomía

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 ATENCIÓN: 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 INSTRUCCIÓN: Colocar un aspa en el máximo nivel alcanzado por el paciente

6. GESTACIONES: Anotar el número total de embarazos que haya tenido, no reportando como tales en terminado estos.

7. HIJOS VIVOS: Anotar el número de hijos vivos en este momento.

8. METODO ANTICONCEPTIVO: Se registrará el método anticonceptivo más frecuentemente usado por esta paciente en los últimos 12 meses. Se registrarán de acuerdo a la siguiente codificación:

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

9. FECHA: Anotar la fecha de la intervención

10. TIPO DE ANESTESIA

Se anotará con un aspa el lugar correspondiente. Se registrará el nivel máximo de anestesia que se requirió durante la intervención, no ignorando el tipo de anestesia inicial, (e) 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.	
Hierdo Operatoria:	HI	Hematoma	HE
Infección		Escrofo	
Herida Operatoria:	HH	Herida Operatoria	HI
Hematoma		Infección	
Depresión	Car	Infección	IN
Respiratoria	DR	(epididimitis/or	
(incluye paro cardíaco)		tis)	
Lesión de Vejiga	LV		
Lesión de Intestino	LI		
Perforación Uterina	PU		
Hemorragia	HP		
Intraperitoneal			
Pelviiperitonitis	PP		
Muerte	MM		



Si usted ya está planificando su familia y su futuro

TOME DECISIONES INFORMADAS, RESPONSABLES Y LIBRES

Usted ha decidido planificar su familia y está convencido que ya tiene los hijos que quiere tener. Usted tiene sus razones y sabe, además, que tiene derecho a que se respeten sus decisiones de hombre libre y responsable.

Usted ha conversado con el personal de salud y ha venido a nuestro establecimiento en busca de ayuda, porque ya no desea tener más hijos. Le agradecemos por confiar en nosotros y le invitamos a consultarnos cualquier duda



Nosotros le hemos informado los beneficios, características, ventajas y desventajas de todos los métodos anticonceptivos y de los que, como varón, usted puede utilizar para cuidarse, para evitar que su pareja quede embarazada

Usted nos ha informado de la situación de su familia, nos ha contado las razones que tiene para haber decidido no tener más hijos; hemos conversado, nos hemos comunicado y ahora nos conocemos más y mejor. Todo lo que usted nos ha dicho es útil para ayudarlo a proteger su salud y la de su familia

Usted ha recibido lo que llamamos una Consejería en Planificación Familiar, en ella, usted ha podido hablar con mucha libertad de sus problemas, ha sido escuchado y no ha sido forzado, presionado o aconsejado para aceptar nada. Tampoco le han ofrecido nada a cambio de que usted acepte algo.

Después de pensar bastante en la información que ha recibido y en pleno ejercicio de su libertad de elección, usted ha decidido utilizar el método de la Vasectomía. Para nosotros, lo más importante es haberle ayudado a que su decisión sea informada, voluntaria, libre y responsable.

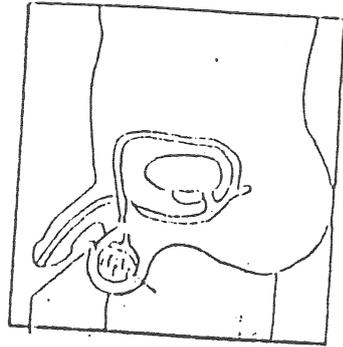
Porque toda operación tiene algunos riesgos que ya le hemos informado, es un requisito legal que usted firme o ponga su huella en un documento llamado Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

Vasectomía



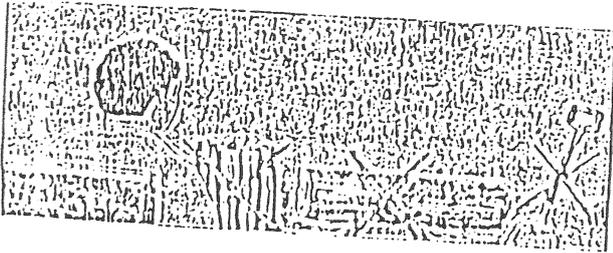
Pero, como queremos que usted este absolutamente seguro de su decisión, como un refuerzo de la información que ya le hemos dado y de las conversaciones que hemos sostenido, aquí le alcanzamos por escrito los aspectos más salientes de la Vasectomía

Es una operación sencilla que hace un equipo de profesionales, para impedir la presencia de espermatozoides o semillas en el semen. De ese modo se evita el embarazo. En la breve operación, un médico bloquea, es decir, corta los conductos por donde salen los espermatozoides. Una vez bloqueados esos conductos, en las eyaculaciones que usted tendrá ya no habrán espermatozoides.



Es un método definitivo. Esto quiere decir que usted ya no podrá tener más hijos.

Es un método que, en pocas ocasiones e inmediatamente después de la operación, puede ocasionar algunas molestias a las que usted debe estar muy atento, por eso, no olvide seguir todas las indicaciones que le han dado los miembros del equipo que lo operó. Sin embargo, ante cualquier situación de riesgo, complicaciones o molestias, como dolor intenso en el área operada que no desaparece o que empeora, hinchazón o endurecimiento, fiebre, o salida de pus o sangre por la herida, usted deberá acudir de inmediato al Centro de Salud u Hospital más cercano.



Tenga presente que debe acudir al establecimiento en el que se operó, para que le realicen un examen que determinará si aún hay espermatozoides o semillas en su semen. Este examen, así como la atención de las complicaciones que puedan presentarse, son gratuitos.

La Vasectomía es un método irreversible, es decir que una vez realizada, ya no es posible lograr el retorno de la fecundidad.

Ahora que va a pensar en usted y en su futuro, no olvide que puede seguir contando con nosotros, porque en esta muy importante decisión de su vida, lo que más nos interesa es su satisfacción. Lo importante es que usted quede tranquilo y conforme con su decisión. Por consiguiente, tiene derecho a decidir de la operación y elegir otro método anticonceptivo.

Nosotros estaremos siempre para asistirlo y para atenderlo, en cualquier situación. Ahora que nos conocemos más, estamos en mejores condiciones de ayudarlo a proteger su salud y prevenir las enfermedades que pueden afectar a usted y a su familia.

Piense en su familia, piense en su futuro. La decisión es suya.

Este Establecimiento de Salud
ESTÁ SIEMPRE A SU SERVICIO



Programa Nacional de Salud Reproductiva
Planta con Lámpara



Si usted ya está planificando su familia y su futuro

TOME DECISIONES INFORMADAS RESPONSABLES Y LIBRES

Usted ha decidido planificar su familia y está convencida que ya tiene los hijos que quiere tener. Usted tiene sus razones y sabe, además, que tiene derecho a que se respeten sus decisiones.

Usted ha conversado con el personal de salud y ha venido a nuestro establecimiento en busca de ayuda, porque ya no desea tener más hijos. Nos sentimos muy contentos en nosotros y le invitamos a consultarnos cualquier duda.



Nosotros le hemos informado los beneficios, características, ventajas y desventajas de todos los métodos anticonceptivos, tanto los naturales como los modernos, que usted puede disponer para cuidarse, para no salir embarazada.

Usted nos ha informado de su estado de salud y de la situación de su familia, nos ha contado las razones que tiene para haber decidido no tener más hijos; hemos conversado, nos hemos comunicado y ahora nos conocemos más y mejor. Todo lo que usted nos ha dicho es útil para ayudarlo a proteger su salud y la de su familia.

Usted ha recibido lo que llamamos una Consejería en Planificación Familiar, en ella, usted ha podido hablar con mucha libertad de sus problemas, ha sido escuchada y no ha sido forzada, presionada o aconsejada para aceptar nada. Tampoco le han ofrecido nada a cambio de que usted acepte algo.

Después de pensar bastante en la información que ha recibido, y en pleno ejercicio de su libertad de elección, usted ha decidido utilizar el método de la Ligadura de Trompas. Para nosotros, lo más importante es haberle ayudado a que su decisión sea informada, voluntaria, libre y responsable.

Porque cada operación en los próximos meses que va a ser realizada, es un requisito legal que usted tiene que poner su firma en un documento llamado Consentimiento para la Operación Ovario-ectomía Voluntaria.

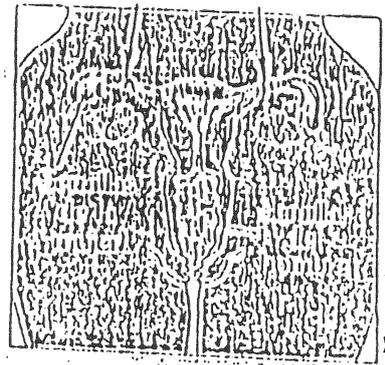
Ligadura de Trompas



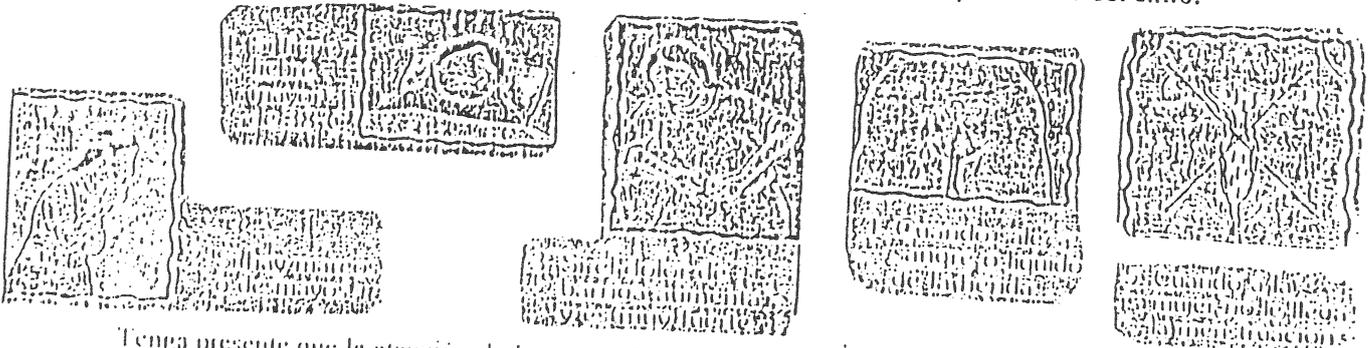
Pero, como queremos que usted esté absolutamente segura de su decisión, como un refuerzo de la información que ya le hemos dado y de las conversaciones que hemos sostenido, aquí le alcanzamos por escrito los aspectos más salientes de la Ligadura de Trompas.

Es una operación que hace un equipo de profesionales, para impedir la unión del óvulo de la mujer con los espermatozoides o semillas, contenidas en el semen del hombre. De ese modo, se evita el embarazo. En la operación, un médico bloquea, es decir, corta y liga las Trompas de Falopio, de allí viene el nombre de "ligadura". Una vez bloqueadas las Trompas, ya no se unirá el óvulo y los espermatozoides.

Es un método definitivo. Esto quiere decir que usted ya no podrá tener hijos.



Es un método que, en pocas ocasiones e inmediatamente después de la operación, puede ocasionar algunas molestias a las que usted debe estar muy atenta, por eso, ante cualquiera de estas situaciones de riesgo o complicaciones, usted deberá acudir de inmediato al Centro de Salud u Hospital más cercano.



Tenga presente que la atención de las complicaciones que puedan presentarse, son gratuitas.

La Ligadura de Trompas es un método irreversible, es decir que una vez "ligada", ya no será posible lograr el retorno de la fecundidad.

Ahora que va a pensar en usted y en su futuro, no olvide que puede seguir contando con nosotros, porque en esta muy importante decisión de su vida, lo que más nos interesa es su satisfacción. Lo importante es que usted quede tranquila y conforme con su decisión, por esa razón, tiene derecho a desistir de la operación y elegir cualquier otro método anticonceptivo.

Nosotros estaremos siempre para asistirle y para atenderla, en cualquier situación. Ahora que nos conocemos más, estamos en mejores condiciones de ayudarla a proteger su salud y prevenir las enfermedades que pueden afectarla a usted y a su familia.

Piense en usted, piense en su futuro. La decisión es suya.

Este Establecimiento de Salud

ESTÁ SIEMPRE A SU SERVICIO



Programa Nacional de Salud Reproductiva
y Planificación Familiar