

**MANUAL DE NORMAS Y
PROCEDIMIENTOS PARA
ACTIVIDADES DE A.Q.V.**

PRESENTACION

En cumplimiento de la política sectorial y de gobierno, el Programa Nacional de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000 tiene como uno de sus principales objetivos garantizar el acceso universal a la información y la prestación de servicios de Salud Reproductiva, de la mejor calidad posible. Este compromiso es mayor para con los sectores más desposeídos, que son justamente los que más necesitan de nuestra atención. La oferta de los servicios de Planificación Familiar es de carácter integral e incluye la más amplia gama de método anticonceptivos modernos y seguros.

El Programa Nacional de Planificación Familiar del Ministerio de Salud, en los últimos 5 años ha observado un importante incremento en la producción de sus servicios referidos a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV). La red de los establecimientos del Ministerio de Salud realiza denodados esfuerzos para satisfacer la creciente demanda de servicios de los individuos y parejas que desean limitar el tamaño de sus familias, por lo que se hace necesario reforzar la implementación de los establecimientos que brindan ésta técnica quirúrgica, implementar equipos itinerantes que intervienen en el marco de las campañas de Salud Integral dirigidas a zonas rurales, capacitar permanentemente al personal médico y establecer normas técnicas para el procedimiento de la AQV.

Por esta razón, la Dirección de Programas Sociales del Ministerio de Salud, pone a disposición del personal de Salud del Sector Público y Privado el **"MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA ACTIVIDADES DE ANTICONCEPCION QUIRURGICA VOLUNTARIA"**, que ha sido elaborado por la Dirección del Programa Nacional de Planificación Familiar, con el apoyo técnico de los profesionales Dra. Gracia Subiria, Dr. Juan Mauricio y Dr. Jorge Parra. El presente manual tiene como objetivo primordial establecer los lineamientos y normas técnicas para la realización de la AQV, buscando incrementar cada vez más la seguridad y la calidad de la oferta de estos métodos por el Ministerio de Salud.

Deseo expresar mi especial agradecimiento al Dr. Eduardo Zarate, Director General de Salud de las Personas, por su permanente apoyo en la elaboración e impresión de este manual, y a todos los profesionales y técnicos que han contribuido de alguna manera a la elaboración de este valioso instrumento.

John Nagahata Susanibar
Director
Dirección de Programas Sociales
Programa Nacional de Planificación familiar
Ministerio de Salud

INDICE

INTRODUCCION	2
Objetivos	2
Objetivo General	2
Objetivos Específicos	2
Alcances	2
Ámbito	2
Base Legal	2
CAPITULO 1: DE LOS ESTABLECIMIENTOS	4
I. Infraestructura	4
II. Equipo e Instrumental Quirúrgico	4
III. Personal	5
IV. Medicamentos e Insumos	5
CAPITULO 2: CONSEJERIA	7
I. Introducción	7
II. Responsabilidad	7
III. Recursos	7
IV. Contenidos	7
A) Pautas de la Consejería	8
B) Consejería para AQV	9
B.1) Características de las/os Usuarías/os Relacionados con el Arrepentimiento Después de la AQV.	9
B.2) Aspectos a Considerar Previos a la Cirugía	10
B.3) Ligadura de Trompas: Como Corregir Conceptos Erróneos	11
B.4) Vasectomía: Como Corregir Conceptos Erróneos	12
CAPITULO 3: EVALUACION PRE-OPERATORIA DEL PACIENTE	13
I. Introducción	13
II. Responsabilidad	13
III. Datos Importantes a Registrar	13
IV. Selección de Pacientes	13
V. Criterios de Inclusión	14
VI. Criterios de Exclusión	14
CAPITULO 4: BIOSEGURIDAD	15
I. Prevención de Infecciones a Nivel de Persona	15
A) Pacientes	15
B) Cirujanos	15
II. Instalaciones	15
III. Instrumental	16
IV. Medidas Preventivas Durante las Intervenciones	16

V.	Manejo de Agujas Hipodérmicas y Otros Artículos Punzo Cortantes	16
VI.	Eliminación Apropiaada de los Desechos	16
CAPITULO 5: FUNCIONES DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA		17
I.	Introducción	17
II.	Funciones del Personal	17
A)	Funciones del Coordinador de AQV	17
B)	Funciones del Cirujano	17
C)	Funciones del Cirujano Ayudante	18
D)	Funciones del Profesional Encargado de la Anestesia	18
E)	Funciones de la Enfermera del Centro Quirúrgico	18
F)	Funciones del Circulante del S.O.P.	18
G)	Funciones del Responsable de la Zona Semi-Rígida	19
H)	Funciones del Recepcionista Externo	19
I)	Funciones de la Enfermera u Obstetrix Responsable de la Sala de Recuperación.	19
J)	Funciones del Equipo de Central de Esterilización	20
K)	Funciones del Preparador de Materiales	20
L)	Funciones del Equipo de Limpieza	20
CAPITULO 6: TECNICA OPERATORIA		21
I.	Ligadura de Trompas	21
A)	LTB Por Minilaparatomía con Anestesia Local	21
A1)	Ligadura de Trompas de Intervalo Por Minilaparatomía con Anestesia Local mas Neuroleptoanalgesia	21
	Pre-Medicación	21
	Neuroleptoanalgesia	22
	Técnica Operatoria	22
A2)	Ligadura de Trompas en el Post-Parto	24
	Técnica Operatoria (Minilap Post-Parto con Anestesia Local	24
II.	Vasectomía	25
A)	Técnica Vasectomía sin Bisturí	25
	Técnica Operatoria	25
FIGURAS		26
	Figura 1	26
	Figura 2,3	27
	Figura 4,5	28
	Figura 6,7	29
	Figura 8	30
	Figura 9	31
	Figura 10	32
	Figura 11,12	33
	Figura 13,14	34

CAPITULO 7:	MANEJO POST-OPERATORIO	35
I.	Indicaciones Post-Operatorias	35
A)	Manejo Post-Operatorio - Seguimiento de Ligadura de Trompas	35
B)	Manejo Post-Operatorio - Seguimiento de Vasectomía	35
II.	Manejo de Complicaciones	35
A)	Manejo de Complicaciones de Anestesia	35
B)	Medidas de Emergencias para Complicaciones Cardio-Vasculares	36
	Medicamentos Utilizados para el Tratamiento de Complicaciones Relacionadas con la Anestesista	36
C)	Manejo de Lesión Vesical	36
D)	Lesión Intestinal	37
E)	Perforación Uterina	37
F)	Vasectomía	38
	Complicaciones Post-Operatorias	38
	Hematoma Escrotal	38
	Manejo	38
	Infección o Absceso de Herida Operatoria	39
CAPITULO 8:	EVALUACION Y SEGUIMIENTO	40
	COMPONENTES DE SUPERVISION	40
I.	Autoevaluación	40
II.	Observación Directa	40
III.	Revisión de Eventos Raros o Especiales	41
IV.	Sistema de Registro e Información	41
	Anexo 1: Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	42
	Anexo 2: Indicaciones Post-Operatoria para Ligadura de Trompas - Vasectomía.	43
	Anexo 3: Guía de Autoevaluación de las Actividades de AQV.	44
	Anexo 4: Guía de Supervisión	47
	Historia Clínica de AQV.....	49
	Hoja de Registro de Datos de Pacientes de AQV	50
	Hoja de Registro de Datos de Pacientes de AQV (Instructivo).....	51-52

INTRODUCCION

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

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

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

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

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Mejorar la calidad y la seguridad de las actividades de A.Q.V.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Establecer los niveles de atención en donde se puedan realizar operaciones de A.Q.V. con calidad y seguridad.
- 2.- Establecer el flujo de atención de los pacientes desde su ingreso hasta la salida del establecimiento.
- 3.- Unificar criterios técnicos para el desarrollo de las actividades asistenciales del personal.
- 4.- Estandarizar el uso de materiales e insumos para el proceso
- 5.- Contribuir a disminuir los riesgos de complicaciones como resultado de los procedimientos anestésicos y quirúrgicos.
- 6.- Establecer criterios de evaluación

ALCANCES

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

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

Durante las campañas de Salud Integral estas actividades serán responsabilidad de las U.C.S.R. (Unidades de Coordinación Subregional). Para su ejecución se designara un coordinador general de AQV.

ÁMBITO:

El presente documento tiene carácter normativo para las actividades de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria, tanto aquellas desarrolladas en el ámbito urbano (hospitales), urbano marginal y rural.

El cumplimiento de las disposiciones aquí descritas es obligatorio para las Subregiones, Hospitales y Centros del Ministerio de Salud, y constituye un documento de referencia a otras instituciones del sector

BASE LEGAL

- Constitución Política del Estado, 1993 Artículo 1° 2° 7° 9° 11°
- Código Sanitario, Decreto Ley 17505, Artículo 1° (1969)
- Ley de Política Nacional de Población, Decreto Legislativo N° 346, Título Preliminar, Artículo IV, Título II, Artículo 2° y 3° (05.07.85).
- Programa Nacional de Población, R.S. N° 0123 (18.04.88).
- 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).

1256

- Ley 26530, del 10 de setiembre. Modifica la ley de política de población.
- Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000, Resolución Ministerial N° 071-96-SADM
- Resolución Ministerial N° 572-95-SA/DM¹

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

CAPITULO 1

DE LOS ESTABLECIMIENTOS

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

- I. INFRAESTRUCTURA:
- A. GENERALES :
- Construcción de Material noble.
 - Servicios de luz, agua, desagüe
- B. AREA PRE-QUIRURGICA :
- Una sala de espera y zona de recepción confortables para recibir a todos los pacientes y sus familiares.
 - Servicios Higiénicos, de ser posible con ducha.
 - Ambiente apropiado para la consejería de los pacientes, que garantice privacidad.
 - Consultorio para los exámenes médicos pre operatorios y de seguimiento.
- C. AREA QUIRURGICA
- Área quirúrgica limpia, aislada del exterior y del tráfico del establecimiento, que incluya los siguientes elementos:
- Sala de Espera Quirúrgica para los pacientes que van a ser intervenidos.
 - Servicio sanitario y vestuario para el personal
 - Zona de Lavado Quirúrgico para cirujanos.
 - Zona de Preparación de Instrumental: con sectores bien definidos para material sucio y limpio. Contará además con un esterilizador apropiado para instrumental y ropa.
 - Sala de Operaciones o de Partos estéril y aislada. Que cuente con paredes revestidas de mayólica u otro material resistente a desinfectantes potentes.
- D. AREA POST -QUIRURGICA
- Sala de recuperación para los pacientes recién operados.
 - Disponibilidad de servicio de lavandería
 - Ambiente que pueda funcionar como guardería infantil (no indispensable).

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

- No restringida: Sala de espera, consejería, consultorio
- Semi restringida: personal con ropa especial y botas. Es el área donde se manipula el instrumental limpio y esterilizado, salas de espera de pacientes quirúrgicos y de recuperación post operatoria.
- Restringida: personal con ropa quirúrgica, con circulación mínima del personal. Es la zona donde se realizan procedimientos quirúrgicos en condiciones estériles.

Estas zonas deben estar claramente delimitadas por líneas pintadas en el piso y paredes (amarilla para la zona semirestringida y roja para la zona restringida).

II. 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 pierneras. Puede usarse también una camilla ginecológica.

2

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

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

- Mesa rodante para instrumental (de Mayo)
- Instrumental Quirúrgico para Minilap, Vasectomía, Laparotomía y de flebotomía
- Cialítica o lámpara de cuello de ganso (1 por cada mesa operatoria)
- Camas o camillas de recuperación. Se calcula un n° aproximado equivalente a 1/3 de las operaciones a practicarse en el día. Usualmente no se requieren camillas de recuperación para las A.Q.V. masculinas
- Aspirador eléctrico de secreciones
- Balón de oxígeno con manómetro compatible , con carga completa .
- Equipo de resucitación manual (Ambú, laringoscopio, tubos endotraqueales n° 32, cánula de mayo)
- Equipos de ropa para cirujano, para paciente y para operación.

* Es factible la realización de la actividad de AQV en salas Quirúrgicas móviles expresamente diseñadas para este fin. En estos casos se deberán reforzar los conceptos de bioseguridad.

III. PERSONAL:

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

PERSONAL PROFESIONAL	CANTIDAD	CONDICION
Coordinador de A.Q.V.	1	Obligatorio
Médico con entrenamiento en anestesia ³	1	Obligatorio
Cirujanos por cada mesa operatoria ⁴	2	Obligatorio
Enfermera u Obstetrix por cada mesa operatoria	1	Obligatorio
Enfermera u Obstetrix encargada de la Sala de Recuperación.	1	Opcional/compartido
Obstetrix o Enfermera especialista en consejería	1	Opcional/compartido
Obstetrix o Enfermera encargada de la recepción de pacientes	1	Opcional/compartido

PERSONAL TECNICO	CANTIDAD	CONDICION
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/compartido

PERSONAL AUXILIAR	CANTIDAD	CONDICION
camillero	1	Opcional
auxiliar de limpieza, con conocimiento de limpieza para SOP	1	Obligatorio

IV. MEDICAMENTOS E INSUMOS:

Necesarios para intervención y manejo de emergencias (paro cardio-respiratorio, antibióticos para perforación intestinal y vesical, shock hipovolémico)

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

³ Su presencia es obligatoria en el caso de campañas. Debido a que la mayoría de intervenciones se deben realizar con anestesia local, su función principal será la de supervisar los procedimientos en la Sala de Operaciones, brindar anestesia en casos especiales y atender los casos de emergencia que puedan presentarse.

⁴ Para el caso de las A.Q.V. femenina, los cirujanos principales serán especialistas en gineco-obstetricia o cirugía general. Podrán actuar como cirujanos aquellos médicos generales con experiencia quirúrgica que hayan tenido capacitación certificada en minilap con anestesia local por el Programa de Planificación Familiar. Los ayudantes podrán ser médicos generales con experiencia quirúrgica.
Para las vasectomía los cirujanos podrán ser especialistas en gineco-obstetricia, urología o cirugía general que estén capacitados en la técnica de vasectomía sin bisturí. Podrán actuar como cirujanos aquellos médicos generales que hayan sido capacitados y certificados por el Programa de Planificación Familiar.

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

Medicamentos para 100 operaciones de LTB	100	Midazolam o Diazepan Tab. 10 mg
	200	Fco. Xilocaina 1% sin epinefrina (s/e)
	100	Atropina Amp. 0.5 mg
	100	Diazepan Amp. 10 mg.
	100	Petidina Amp.
	100	Catgut Crómico 0 c/a MR 30
	02	Cajas de Curitas
	100	Ketorolaco Amp. 60 mg.
	800	Ketorolaco Tab. 10 mg.
	02	Naloxona Amp. ⁵
	02	Adrenalina Amp.
	01	Gluconato de Calcio Amp.
	01	Bicarbonato de Sodio Amp.
	08	Clindamicina Amp 600 mg
	48	Clindamicina Tab. 300 mg. ⁶
	15	Gentamicina Amp. 80 mg.
	20	Ciprofloxacina Tab. 250 mg.
	80	Dicloxacilina Tab 500 mg. ⁷
	02	Haemacel Frasco
	Materiales	100
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		Scalpvein No 18
100		NaCl al 9/1000 frasco de 500 cc.

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

Medicamentos para 50 operaciones de Vasectomía	50	Midazolam o Diazepan Tab.
	50	Fco. Xilocaina 1% sin epinefrina (s/e)
	50	Seda negra 3/0 multiempaqué
	01	Cajas de Curitas
	400	Ketorolaco Tab.
	20	Cefradina comprimidos de 500 mg. ⁸
Materiales	50	Paq. de gasa
	150	Pares de guantes
	50	Jeringa descartable de 10cc c/ aguja
	50	Agujas descartables N° 25 de 1 pulgada.
	½	Galón Yodopovidona espuma
½	Galón Yodopovidona Solución	

⁵ Antagonista de los opiáceos. Se debe usar en caso de depresión respiratoria por petidina. Nombre comercial=Narcan

⁶ Se usará conjuntamente con la gentamicina en el caso de lesión intestinal o perforación uterina.

⁷ Se usará para el tratamiento de infección de herida operatoria.

⁸ Se usará para el tratamiento en caso de hematoma escrotal.

CAPITULO 2

CONSEJERÍA

I. INTRODUCCION

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

A todos los pacientes que soliciten AQV se les proporcionará consejería, siendo éste un requisito indispensable para realizar la operación.

II. RESPONSABILIDAD

La responsabilidad de que se realice esta actividad será del Jefe del Departamento de Gineco-Obstetricia, del Coordinador de Planificación familiar y del Coordinador General de AQV, en el caso de campañas, según corresponda. Posteriormente será del Coordinador de Consejería.

Es responsabilidad del consejero/a que los pacientes tomen una decisión libre, voluntaria 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 3 a 4 sesiones de consejería por hora de atención.)

III. RECURSOS

A) HUMANOS:

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

B) INFRAESTRUCTURA y MATERIALES

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

IV. CONTENIDO

A) PAUTAS DE LA CONSEJERIA

- La consejería en planificación familiar consta de seis pasos básicos. Usted podrá recordarlos con la sigla ACCEDA:º

- "A": Atender a la usuaria/o.
- "C": Consultar y evaluar el conocimiento y necesidades de la usuaria/o.
- "C": Comunicarle a la usuaria/o cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles
- "E": Encaminar a la usuaria/o hacia la elección del método más apropiado
- "D": Demostrarle cómo usar el método elegido.
- "A": Acordar la fecha para la próxima visita.

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

A Atender a la usuaria/o

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

C: Consultar y evaluar el conocimiento y las necesidades de la usuaria/o.

Escuchar y preguntar son importantes en este paso.

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

C: Comunicarle a la usuaria/o cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:

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

Llene los vacíos de conocimiento acerca de lo siguiente:

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

Estimule a la usuaria a que haga preguntas y proporcione retroalimentación, para asegurarse de que entiende

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

E: Encaminar a la usuaria hacia la elección del método más apropiado

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

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

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

Verifique si la usuaria tomó una decisión.

Que la usuaria mencione las principales características (indicaciones, contraindicaciones, forma de uso, etc).

Si la mujer decide no practicar la anticoncepción:

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

D: Demostrarle cómo usar el método elegido

Si la usuaria elige un método temporal:

- Indíquele el modo de uso del método elegido y conozca los efectos secundarios y la señales de advertencia, así como que tenga información donde puede reabastecerse del método elegido
- Informe a la usuaria acerca de la gratuidad del servicio de planificación familiar.
- Suministre el método a la usuaria
- Si la usuaria manifiesta interés en la ligadura de las trompas o en la vasectomía: siga los pasos para la consejería en anticoncepción permanente. Estos se explican más adelante.

A: Acordar la Fecha de la Próxima Visita:

B) CONSEJERÍA PARA LA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA:

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 usuario.

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

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

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.

B1) Características de las usuarias/os relacionados con el arrepentimiento después de la AQV.

Se ha comprobado que las características indicadas a continuación están asociadas con el arrepentimiento después de un AQV. Esos factores no deberían 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 de que considere cuidadosamente la elección de la anticoncepción quirúrgica voluntaria y sus alternativas.

- Ser joven (menor de 25 años)
- No tener hijos
- Tener hijos sólo del mismo sexo
- Tener un hijo (especialmente el más pequeño) con salud delicada
- Unión de pareja inestable.
- Tener un cónyuge que no está de acuerdo con la decisión de la operación.
- Ser soltero o viudo
- Ser presionado por el cónyuge o por alguna otra persona para someterse a la AQV.
- Tomar la decisión encontrándose bajo una presión desusada
- Tomar la decisión apresuradamente, sin disponer de tiempo para reflexionar y reconsiderarla
- Carecer de acceso a otros métodos anticonceptivos
- Tener conflictos no resueltos de índole religiosa u otro tipo de conflictos culturales
- 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.

Debido a su carácter permanente, con frecuencia es pertinente que se consideren aspectos legales específicos. ES IMPORTANTE RECORDAR QUE EN EL PERÚ ESTOS PROCEDIMIENTOS SON LEGALES Y TOTALMENTE GRATUITOS EN LOS ESTABLECIMIENTOS DEL MINSA.

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

- ▶ Que pueden ser inaccesibles
- ▶ Que tienen un costo elevado
- ▶ Que con frecuencia fallan
- ▶ Que el médico que los practica necesita capacitación especial
- ▶ Que generalmente, la cirugía demora como 4 horas
- ▶ Que pueden no ser adecuados para algunas personas por razones médicas.

B2. ASPECTOS A CONSIDERAR PREVIOS A LA CIRUGÍA

1. Asegúrese que los usuarios ya aprendieron los beneficios, riesgos, y efectos secundarios sobre la ligadura de trompas y la vasectomía
2. Documentación del consentimiento informado. El cual es la decisión voluntaria tomada por una persona de que se le realice un procedimiento, con pleno conocimiento y comprensión de la cirugía a realizar. El consentimiento es voluntario cuando el usuario lo otorga por libre voluntad y no mediante incentivos especiales, coacción, acciones indirectas. (ver anexo 1).

Con el fin de asegurarse que el usuario está tomando una decisión informada sobre los métodos permanentes, existen 6 puntos que el usuario/a debe conocer y comprender, los cuales deberán ser incluidos en los consentimientos:

- a. Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para el usuario y su pareja. El usuario puede elegir entre los temporales y los permanentes.
- b. La Ligadura de trompas y la vasectomía son procedimientos quirúrgicos. El usuario y la usuaria serán sometidos a una operación.
- c. El procedimiento presenta riesgos y beneficios.
- d. El usuario/a no podrá tener más hijos. Terminará su fecundidad.
- e. El efecto del procedimiento es permanente.
- f. El usuario tiene la opción de desistir del procedimiento sin perder el derecho a otros servicios. El usuario puede cambiar de opinión en cualquier momento antes de la cirugía

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

Según la normatividad vigente en el Perú, **NO SE NECESITA LA FIRMA DEL CONYUGE,¹⁰** y es así que el consentimiento informado necesita la firma de las siguientes personas:

- ▶ Del usuario/a
- ▶ Del que lo atiende (médico, obstetrix o enfermero/a)

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

Todas las firmas necesitan llevar una fecha, que debe ser anterior a la operación o el día que se práctica. El personal del establecimiento de salud no puede firmar el formulario de consentimiento antes de la consejería o después de la realización de la operación

3. Instrucciones pre-operatorias que se le deben dar al usuario.

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

Las instrucciones pueden impartirse durante la consejería o al momento de la selección médica, de acuerdo a la práctica de la institución.

Lo más importante que se les debe decir a los usuarios/as antes de la cirugía es:

- ▶ No ingerir alimentos sólidos ni bebidas alcohólicas durante las ocho horas previas a la cirugía.
- ▶ No tomar medicamentos durante 24 horas antes de la cirugía a no ser que hayan sido recomendadas por el médico que practicará la operación.

Existe información adicional que necesitan los usuarios/as, y que en algunos lugares se les imparte, momentos antes de la cirugía, como los procedimientos a realizarse en sala de operaciones.

4. Instrucciones post operatorias

¹⁰

Resolución Directoral 001-DGSP-96 del 29 de febrero de 1996, que a la letra dice: "Para acceder a los métodos anticonceptivos quirúrgicos se debe respetar el libre ejercicio de la voluntad personal, de varones y mujeres mayores de edad, no siendo necesaria la autorización del cónyuge, conviviente o pareja."

Recuerden que los usuarios deben recibir instrucciones postoperatorias escritas y orales (ver anexo2). Las escritas les ayudan a recordar las instrucciones orales recibidas. Los analfabetos por lo regular logran que alguien les lea las instrucciones si han olvidado algo de lo que se les dijo.

Visitas de seguimiento

1. Las personas a quienes se les ha practicado la ligadura de trompas o la vasectomía:
 - ▶ Es importante asegurar a los usuarios/as que después de la operación, puedan regresar en cualquier momento, si desean consultar algo aparte de sus controles.
 - ▶ Se les debe recomendar que regresen en caso de que tengan cualquier tipo de inquietudes sobre su salud reproductiva (por ejemplo: obtener condones para protegerlos contra la transmisión de las ETS, etc.)
2. Los usuarios a quienes se les practicó la ligadura de trompas o la vasectomía deben regresar al establecimiento por los siguientes motivos:
 - ▶ Practicar una visita de seguimiento rutinaria, que incluyè el análisis del semen para los vasectomizados.
 - ▶ Informar efectos secundarios o complicaciones.

B3) LIGADURA DE TROMPAS: COMO CORREGIR CONCEPTOS ERRONEOS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B4) VASECTOMIA: COMO CORREGIR CONCEPTOS ERRONEOS

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

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

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

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

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

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

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

Concepto Erróneo Común : La vasectomía produce aumento de peso.

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

CAPITULO 3

EVALUACIÓN PRE OPERATORIA DEL PACIENTE

I. INTRODUCCIÓN:

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

II. RESPONSABILIDAD:

La responsabilidad que se realice una adecuada conducción de las evaluaciones pre-operatorias recaerá en el Coordinador de AQV, en el Jefe de departamento de Gineco-obstetricia en los hospitales, y en el director en el caso de los hospitales Materno- Infantil o de los centro de salud.

Cada paciente 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, debido a que la mayoría de campañas se realizan en provincias con difícil acceso, se debe poner especial énfasis en detectar las pacientes de alto riesgo quirúrgico, a las cuales se les ofrecerá un método temporal y se referirán a un centro hospitalario con mejores recursos.

III. DATOS IMPORTANTES A REGISTRAR:

A. Antecedentes médicos:

- convulsiones
- problemas respiratorios (por ej. TBC activa)
- enfermedades cardíacas
- hipertensión
- anemia
- diabetes
- trastornos hemorrágicos
- cirugía pélvica u abdominal previa
- enfermedad inflamatoria pélvica
- alergia a medicamentos
- toxicomanías
- medicamentos que está tomando en la actualidad
- historia obstétrica (gestaciones, abortos, partos)

B. Examen Físico General:

- Peso, Temperatura, Presión Arterial, estado nutricional
- Auscultación de corazón y pulmones
- Examen de abdomen
- Zona operatoria para descartar lesiones dérmicas

C. Examen del Aparato Genital:

1. Mujeres: evaluar tamaño y posición uterina, descartar gestación, tumores pélvicos o infección pélvica activa¹¹
2. Varones: descartar infecciones dérmicas, patologías del cordón espermático, ej. varicocele, epididimitis, orquitis, etc.

IV. SELECCION DE PACIENTES

- A. Ligadura Post-Parto Inmediato: se realizará hasta las 48 horas posteriores al parto si este ha ocurrido sin complicaciones, pasado este periodo no se debe realizar hasta dentro de 40 días.
- B. Luego de realizada la anamnesis y el examen físico se determinara las candidatas para realizar el procedimiento con anestesia local. Aquellas que presenten algún factor de riesgo y en las que se vaya a requerir anestesia regional o general, deberán ser evaluadas por el anesestesiologo previo a la cirugía.

¹¹

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

C. Análisis de Laboratorio

A toda candidata a a quien se le vaya a realizar A.Q.V, bajo anestesia general, se le debera realizar examen de hemoglobina o hematocrito. No es necesario realizar análisis de rutina, éstas se realizarán cuando se consideren necesarios de acuerdo a los antecedentes clínicos o el examen físico. (por ejemplo Rx de tórax o prueba de embarazo)

En pacientes en post parto inmediato, si la paciente padeció hemorragia, es necesario determinar nuevamente el nivel de hemoglobina

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

V. **CRITERIOS DE INCLUSION**

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

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

VI. **CRITERIOS DE EXCLUSION**

NO SE EFECTUARA LA INTERVENCION EN EL MOMENTO SI:

Mujeres:

Período Intergenésico (Intervalo)

- Embarazo comprobado o presunto
- Infección Pélvica (Endometritis, salpingitis, cervicitis aguda u otras)
- Tumores Pélvicos

En el post parto inmediato:

- fiebre puerperal
- ruptura prolongada de membranas
- estados hipertensivos, incluida pre eclampsia y eclampsia
- hemorragia pre y post parto
- traumatismo del aparato genital
- historia de psicosis post parto
- Puérperas con período mayor de 48 horas del parto, aunque éste haya sido normal

En el post aborto inmediato:

- Sospecha de Infección (fiebre, restos malolientes o hemograma patológico)
- Hcto. < 25%

Varones:

- Infección del Escroto
- Varicocele, Hidrocele u otras patologías del cordón espermático

CAPITULO 4

BIOSEGURIDAD

I. PREVENCIÓN DE INFECCIONES A NIVEL DE PERSONAS

A. Paciente:

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

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

**LAVADO DE MANOS : Debe durar un mínimo de 5 minutos con yodopovidona espuma
EL LAVADO DE LAS MANOS PUEDE SER EL PROCEDIMIENTO MAS IMPORTANTE
PARA LA PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES.**

El lavarse las manos está indicado **ANTES** de:

- Examinar (entrar en contacto directo), a la paciente.
- Ponerse guantes estériles o sometidos a una desinfección de alto nivel ¹².

El lavado de las manos está indicado **DESPUES** de cualquier situación en que éstas puedan haberse contaminado, tales como:

- Manipulación de objetos, incluidos los instrumentos usados ,tocar membranas mucosas, sangre u otros fluidos corporales, sin protección de guantes .
- Cuando se sale del quirófano por cualquier motivo
- Cuando se rompen los guantes durante el acto operatorio
- Después de un caso infectado

Si se realizan varias operaciones consecutivas el lavado debe ser:

- Por 3 minutos luego de cuatro operaciones consecutivas o si ha transcurrido mas de una hora desde la última lavada

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

Es obligatorio utilizar guantes estériles todo el tiempo y sin perforaciones, cambiándose para cada caso. 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.

Tener presente que en algunos casos se realizan intervenciones sin usar mandilones, o que la zona cubierta por campos estériles sea limitada, por lo que es mas fácil que uno se contamine, cada vez que esto ocurra, se deben cambiar los guantes

II. INSTALACIONES:

El quirófano debe ser un lugar cerrado, libre de polvo, de moscas o insectos, de preferencia sin ventanas (de existir estas deben estar adecuadamente selladas).

Debe estar aislado del sector abierto al público

La sala de operaciones debe estar cerrada con llave e idealmente 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 cepillarse y desinfectarse a fondo 1 vez por semana, en días no hábiles y se deben seguir en forma estricta las reglas de bioseguridad.

¹²

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

III. INSTRUMENTAL

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

El instrumental se esteriliza en:

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

IV. MEDIDAS PREVENTIVAS DURANTE LAS INTERVENCIONES

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

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

Prevención de transmisión de enfermedades en especial Hepatitis Viral y VIH/SIDA.

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

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

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

Estas medidas adicionales serian:

- 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 esta trabajando con artículos punzo cortantes.
- No dejar los artículos cortantes en ningún sitio fuera de las zonas seguras.
- Antes de pasar artículos punzo cortantes a otras personas, advertirles que lo está haciendo.
- Realizar la intervención cuidadosamente evitando hincarse o cortarse con el instrumental.

V. MANEJO DE AGUJAS HIPODERMICAS, Y OTROS ARTICULOS PUNZO CORTANTES.

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

VI. 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 ésta bolsa deberá ser incinerada o enterrada

CAPITULO 5

FUNCIONES DEL PERSONAL QUE INTERVIENE EN LA ACTIVIDAD QUIRURGICA

I. INTRODUCCION

Para lograr la seguridad de los pacientes a quienes se les realiza AQV, los cirujanos y el personal deben tener experiencia quirúrgica en AQV y poseer destreza en las técnicas que están utilizando; en la administración de anestesia apropiada y segura, en el uso correcto del elevador uterino, en la cirugía abdominal de emergencia y en el manejo de otras emergencias.

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

El profesional que aplica la anestesia debe conocer en profundidad el anestésico - analgésico sistémico, así mismo debe ser experto en intubación endotraqueal y debe de responsabilizarse como mínimo del transporte, verificación del funcionamiento del laringoscopio, ambú, tubo endotraqueal y balón de oxígeno.

El personal requerido para la actividad quirúrgica comprende:

1. Coordinador General de AQV (para el caso de campañas de Salud Integral)
2. Cirujano principal
3. Cirujano ayudante
4. Profesional entrenado en anestesiología
5. Circulante de sala de operaciones
6. Enfermera del Centro Quirúrgico
7. Equipo de central de esterilización
8. Preparador de materiales
9. Técnico responsable de la zona semi-rígida
10. Equipo de limpieza
11. Recepcionista externo
12. Enfermera/o ú obstetrix responsable de la sala de recuperación

II. FUNCIONES DEL PERSONAL

A) FUNCIONES DEL COORDINADOR DE AQV

Para el caso de las campañas de Salud Integral se requerirá que la U.C.S.R. designe a un Coordinador General de A.Q.V. con el siguiente perfil:

- Médico gineco-obstetra (o cirujano) con experiencia de trabajo en programas de AQV
- Experiencia quirúrgica certificada en Ligadura de Trompas con anestesia local y Vasectomía sin bisturí

Tendrá como funciones:

- Conducir las reuniones preliminares de coordinación con el equipo quirúrgico
- Velar por la adecuada implementación de la Sala de Operaciones
- Vigilar la existencia de medicamentos e insumos para las intervenciones y para situaciones de emergencia
- Vigilar la adecuada aplicación de los protocolos quirúrgicos y de anestesia
- Capacitar a los profesionales en técnicas operatorias
- Conducir las reuniones de evaluación quirúrgica al final de la campaña.

B) FUNCIONES DEL CIRUJANO:

1. Evaluación preoperatoria del paciente
2. Comandar el acto operatorio
3. Cumplir función docente durante el acto operatorio
4. Firmar el reporte operatorio
5. Dar de alta a la paciente

C) FUNCIONES DEL CIRUJANO AYUDANTE:

1. Colaborar en la evaluación pre-operatoria
2. Verificar previo al acto operatorio los medicamentos y materiales quirúrgicos e insumos versus el número de pacientes a operar a fin de evitar el uso excesivo de materiales.
3. Equipar la mesa de operaciones.
4. Observar atentamente todos los pasos de técnica operatoria que realiza el cirujano.

D) FUNCIONES DEL PROFESIONAL ENCARGADO DE LA ANESTESIA:

1. Evaluación pre-operatoria de pacientes en que se usará anestesia general
2. Verificar la existencia de medicamentos para casos de emergencia (ketalar, adrenalina, midazolam, dexametazona, naloxona) y operatividad de equipos de para atención de paro cardio-respiratorio.
3. Deberá supervisar el trabajo de otros profesionales que aplican anestesia (enfermeras/os, obstetrices)
4. Previa toma de funciones vitales, colocar vía nael 9 x 1000 con calibre grueso (scalp vein ó branula N° 18)
5. Del momento de la aplicación de la neuroleptoanalgesia en el caso de Ligadura de Trompas con anestesia local:
 - a) Cuando el cirujano está lavando la pared abdominal aplicar diazepam 5mg + petidina 50 mg juntos, diluidos en 12 cc de solución salina y aplicarlo lentamente por lo menos durante 5 minutos, con monitorización constante de la presión arterial, pulso y frecuencia respiratoria.
 - b) Cualquier otra droga, le aplicará previa orden del cirujano
6. Vigilar PA, FR, y FC con estetoscopio, y vigilar patrón respiratorio
7. Vigilar la iluminación del campo operatorio.
8. Colocar e invertir la posición de trendelenburg previa orden del cirujano.
9. Anotar en la historia clínica del protocolo
10. Trabajar estrechamente con el circulante interno
11. Evaluar los pacientes del post-operatorio inmediato.

E) FUNCIONES DE LA ENFERMERA DEL CENTRO QUIRURGICO:

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

F) FUNCIONES DEL CIRCULANTE DE SOP:

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

Sus funciones son:

1. Hacer respetar la zona rígida no permitiendo la entrada de personas inadecuadamente vestidas.
2. Mantener aseado el ambiente de SOP, así como evitar la presencia de agua en el piso.
3. Proporcionar los insumos del lavado al cirujano.
4. Recepcionar al paciente con la historia clínica resumida.
5. Colocar a la paciente en posición ginecológica
6. Verificar la vejiga vacua .
7. Ayudar al anestésista
8. Vestir al equipo de cirujanos y pasar todo el material solicitado por los cirujanos
9. Ordenar correctamente los materiales de SOP antes y después de la operación
10. Estar atento a la orden del cirujano
11. **NO RETIRARSE DE SOP MIENTRAS LA OPERACION NO HAYA FINALIZADO**

12. Conteo de gasas antes de iniciar la operación y antes del cierre de la cavidad.
13. Cualquier duda que tuviera deberá preguntar al anestesiista y/o cirujano.
14. Ayudar al retiro del paciente de SOP.
15. Recepcionar los materiales de SOP y realizar la limpieza del mismo teniendo presente las medidas de protección (bioseguridad).
16. Eliminar el material de desecho, tales como equipo, jeringas descartables, gasas y frascos de ampollas de SOP.
17. Recoger la ropa usada del vestidor de médicos y seleccionar la ropa utilizada para el lavado posterior.
18. Verificar los sistemas eléctricos.

G) FUNCIONES DEL RESPONSABLE DE LA ZONA SEMI-RÍGIDA:

Es aquella persona cuya ubicación se encuentra en la zona de lavado de manos y de materiales. Deberá estar debidamente uniformada y protegida con gorro, máscara y botas.

Sus funciones son:

1. Recibir a la paciente en el centro quirúrgico.
2. Velar por el bienestar de la paciente.
3. Verificar la H.C. resumida.
4. Confirmar la evacuación de vejiga, no presencia de dentadura postizas o de otras prótesis removibles, ausencia esmalte de uñas, ni presencia de tos.
5. Cubrir el cabello y los pies de la paciente, transfiriendo a la paciente al CIRCULANTE.
6. Detectar si algún paciente está en dudas para ser operada, de ser así comunicara inmediatamente a la zona externa para re-evaluar la consejería.
7. Al término de la operación llevar al paciente al ambiente de recuperación.

H) FUNCIONES DEL RECEPCIONISTA EXTERNO:

1. Recepcionar a la paciente con gentileza, señalándole la importancia de que ella tenga la paciencia respectiva del recorrido que realizará durante su estadía en el establecimiento para ser operada (admisión, evaluación médica, aseo corporal, sala de espera, sala pre-operatoria, sala de operaciones y sala de recepción). Esta información deberá ser brindada en presencia de un familiar, si es que acudiera acompañada.
2. Verificar identidad de la paciente con documento y confirmar que correspondan los datos con el consentimiento informado y con la libreta electoral u otro documento.
3. Orientar la higiene corporal, indicando que el aseo debe ser prioritario a nivel de las axilas, mesogastrio, ingles y región perineal. El baño corporal deberá ser realizado con jabón en barra.
4. Preguntar si la paciente está en ayunas, de haber ingerido cualquier líquido y/o alimento comunicar inmediatamente al anestesiista.
5. Verificar que la paciente haya miccionado antes de ingresar a la sala de operaciones.
6. Pesar a la paciente y anotar el peso, talla en la H.C. de ingreso a la sala de operaciones.

I) FUNCIONES DE LA ENFERMERA/O U OBSTETRIZ RESPONSABLE DE LA SALA DE RECUPERACIÓN

1. Recepcionar a la paciente que procede de SOP.
2. Vigilar la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, estado de conciencia cada 15 minutos, hasta que la paciente se haya estabilizado, así mismo verificará si existe sangrado en la herida operatoria y por vía vaginal.
3. Aplicar analgésicos, recordando que antes debió usted preguntar si es alérgica a algún medicamento. Cualquier duda consultar al médico.
4. Reiterar al familiar que después de la operación la paciente puede presentar sangrado vaginal.
5. Recordar a la paciente al momento del alta, que ella debe regresar a sus controles al 3er y 7mo día, después de la operación, debiendo acudir al establecimiento de salud de su procedencia.
6. Dar tratamiento post-operatorio, Ketarolaco 60 mg, I.M. al momento del alta y Ketarolaco 60 mg, cada 8 horas via oral x 2 días.

7. Proporcionar la hoja de instrucciones post-operatoria a la paciente
8. Verificará que la paciente sea capaz de vestirse por si misma y de hablar coherentemente. luego de esta informará al cirujano para que proceda a dar de alta a la paciente

J) FUNCIONES DEL EQUIPO DE CENTRAL DE ESTERILIZACION:

1. Proporcionar equipos de ropa, instrumental quirúrgico y materiales esteriles necesarios para la campaña.
2. Entregar al circulante todo el material necesario para la intervencion quirúrgica.
3. Recibir a la circulante la ropa, instrumental y baldes usados despues de cada esterilizacion, lavarlos y prepararlo en paquetes con campos de tela y esterilizarlos.
4. Equipar paquetes de ropa quirúrgica.
5. Lavado, preparación y esterilización de guantes quirúrgicos
6. Preparar y esterilizar frascos con agua esteril, gasa en paquetes de 10 (diez)
7. Mantener el orden y limpieza de central de esterilizacion.

K) FUNCIONES DEL PREPARADOR DE MATERIALES:

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

Sus funciones son:

1. Dejar prendida la luz ultravioleta por lo menos 12 horas antes del acto operatorio(en los lugares donde hubiere, no indispensable).
2. 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, ubicacion correcta del material para casos de emergencia, entre otras).
3. Garantizar que todos los materiales a usar estén correctamente esterilizados.
4. Verificar que el sistema eléctrico esté correctamente funcionando (prendido de la cialitica y demás luces, evitar transmisión de corriente, pilas de las linternas, baterias y foco del laringoscopio, entre otros).
5. Verificar la envoltura correcta de todo los materiales a usar (ropas, guantes, instrumental), colocándole un código para su rápida identificación.

L) FUNCIONES DEL EQUIPO DE LIMPIEZA:

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

CAPITULO 6

TECNICA OPERATORIA

I LIGADURA DE TROMPAS

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

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

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

Cuando se realiza ligadura de trompas con la técnica de minilaparatomía usando anestesia general o regional (raquídeo/epidural), es requisito indispensable la participación de un ANESTESIOLOGO. En el caso del uso de la anestesia local mas neuroleptoanalgesia una Enfermero/a - Obstetrix técnicos en anestesiología, previamente capacitados, y bajo supervisión del anestesiólogo puede administrar la neuroleptoanalgesia durante el procedimiento; además deben conocer estrictamente los medicamentos de uso de rutina en anestesiología, los que se usan en paro cardio-respiratorio (adrenalina, bicarbonato, etc.), y deben ser expertos/as en intubación endotraqueal.

La ligadura de trompas por minilaparatomía puede realizarse en:

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

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

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

A. LTB POR MINILAPARATOMIA CON ANESTESIA LOCAL

AI LIGADURA DE TROMPAS DE INTERVALO POR MINILAPARATOMIA CON ANESTESIA LOCAL MAS NEUROLEPTOANALGESIA.

Son requisitos indispensables para ejecutar esta técnica:

- Selección adecuada de la paciente
- Conocimiento de la técnica

Si no se cumple con estos requisitos NO SE DEBE efectuar este procedimiento.

Esta técnica NO es RECOMENDABLE en pacientes:

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

PRE-MEDICACION:

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

NEUROLEPTOANALGESIA:

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

Petidina 50 mg. + diazepam 5 mg. juntos diluidos en 12 cc DE NACL. 9 x 1000 y aplicarlo lentamente en 5 minutos.

Esta administración la realizará el anestesista, quien vigilará estrictamente las funciones vitales (pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria) de la paciente.

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

TECNICA OPERATORIA:

1. Colocar a la paciente en posición de litotomía, previa aplicación de la vía (scalp vein No 18 o Branula No 18) de NACL. 9 x 1000.
2. El anestesista administrará la 1ª dosis de neuroleptoanalgesia.
3. El cirujano procederá a la asepsia y antisepsia de la pared abdominal y vagina, usando primero yodopovidona en jabón y luego yodopovidona en solución.
4. El cirujano realizará un examen pélvico para determinar la posición, forma, tamaño y movilidad del utero, previamente confirmará que la vejiga esté evacuada, de no ser así, procederá a evacuar la vejiga.
5. Colocación de espéculo con la mano izquierda y luego con la mano derecha, inserte el elevador uterino.
procedimiento a seguir :
 - Limpie la vagina y el cervix con solución de yodopovidona
 - Utilice los mismos guantes, sin tocar el elevador uterino por encima de la placa de seguridad, y tomándola por el mango inserte cuidadosamente el elevador hasta que la placa de seguridad se adose al cervix sin tocar las paredes vaginales.
 - Retire el espéculo, pero no lo descarte, ya que si se sale el elevador uterino, será necesario repetir la colocación del elevador.
 - Cambiar de guantes.
6. Vestir a la paciente: colocación de campos estériles, colocación de campo fenestrado (poncho).
7. El cirujano si es diestro, se ubicará a la izquierda de la paciente, e iniciará la infiltración de la pared abdominal (región subprapúbica) con xilocaína 1% s/e:
 - a) Haga un boton dérmico
 - b) En ambas direcciones a lo largo de la línea de insición (2 o 3 cms), infiltrar de 6 a 10 cc. de xilocaína al 1% s/e. (figura 1)
 - c) Inserte la aguja (Nº 20 o 21 de 1.5") en un ángulo de 45° en 4 direcciones (arriba, abajo, izquierda, derecha), hacia la aponeurosis. Aspire para asegurarse que la aguja no ha penetrado en un vaso sanguíneo; y luego retire la aguja lentamente, inyectando 1 a 2 cc de xilocaína al 1% s/e en la aponeurosis, en cada una de las 4 direcciones. (figura 2,3)
 - d) Haga un masaje suave de la piel para que el anestésico se difunda en los tejidos. ESPERAR 03 MINUTOS para que el anestésico haga efecto.
 - e) Pruebe la anestesia: pinche la piel del lugar infiltrado con una aguja, si la paciente siente el pinchazo, espera 3 minutos mas. Ensaye de nuevo
 - f) Guarde de 5 a 10 cc. de xilocaína al 1% s/e en la jeringa, para usarla directamente en la aponeurosis, peritoneo, utero, trompas y mesosalpinx según se requiera.

8. Haga una incisión transversal de 2 a 3 cms. de longitud, esta debe efectuarse por encima de la sínfisis del pubis, no deberá incidir los tejidos subcutaneos. Controle los vasos sangrantes, si los hay.
9. Para minimizar el sangrado, realice una disección roma del tejido celular subcutaneo (TCSC), se puede usar en este paso las ramas rectas de los separadores.
10. Luego de separar el TCSC con los separadores, exponer la aponeurosis, dependiendo del caso ésta se puede infiltrar con xilocaina al 1% s/c de 2 a 4 cc. en los 4 sentidos (arriba, abajo, izquierda, derecha)
 - Cortar la aponeurosis en sentido transversal, previamente se toma la aponeurosis con 2 pinzas ed 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 mas alla 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 preperitoneal. Si se necesita, remueva la grasa para exponer el peritoneo.
 - Opcional: Si la paciente experimenta dolor, infiltre el peritoneo con 1 a 2 cc. de xilocaina al 1% s/c.
 - Identificación de peritoneo, los separadores deben estar colocados en posición horizontal a 180°. Eleve el peritoneo con una pinza de Murphy. ANTES DE ABRIR EL PERITONEO, palpe un pliegue de tejido y observe si hay transparencia para asegurarse de que se trata del peritoneo y que no hay asas intestinales adheridas a el. Haga una pequeña abertura del peritoneo usando tijera de Metzenbaum. REVISE LOS TEJIDOS SUBYACENTES PARA ASEGURARSE DE 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 mantendra en posición horizontal en 180° para la visualización correcta de la cavidad pelvica.
11. Si la paciente manifiesta algún grado de dolor o discomfort, indicar una 2da dosis de neuroleptoanalgesia (5 mg. de Diazepan + 50 mg. de Petidina diluidos en 10 cc de NAACL 9 x 1,000 y aplicarlo lentamente en 5 minutos). El anestesista monitorizará estrictamente las funciones vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria) de la paciente.
12. Identificada la cavidad pelvica, solicitar al anestesista que coloque a la paciente en posición de trendelenburg, luego se procederá a la toma de las trompas de falopio, de la siguiente manera:
 - a) El ayudante SOLO se encargará del MANEJO DE LOS SEPARADORES, esto permitirá una óptima visualización de la pelvis por parte del cirujano.
 - b) El cirujano (si es diestro), con la mano izquierda presionará suavemente hacia abajo el mango del elevador uterino, con el fin de llevar el fondo del utero hacia el lugar de la incisión y lo acercará a la pared abdominal. (figura 4 y 5) si el utero está en posición retroflexa, el elevador uterino se colocará con el mango hacia abajo (figura 6), y para aproximar el fondo del utero hacia la pared abdominal, se presionará suavemente el elevador hacia arriba.
 - c) Gire el mango del elevador uterino hacia la izquierda para presentar la trompa derecha debajo del sitio de la incisión
 - d) El cirujano con la mano izquierda manejará el elevador uterino y con la derecha cogerá la trompa, con la ayuda de un asa de trompas lo acercará hacia el lugar de la incisión y la tomará con una pinza de canastilla de cabeza fina, o con una pinza de Pean recta atraumatica (la

toma será de la serosa y parte de la muscular de la trompa, debe ser suave para evitar desgarrarla). Confirme la identidad de la trompa mediante la observación de la fimbria. EVITE AL MAXIMO LA MANIPULACION DE LA TROMPA.

13. Oclusión de las trompas de falopio:
 - a) Previa identificación de la trompa se pinzará en su tercio medio, se ligara un asa con catgut cromico 2/0, luego se cortara el asa ligada. Se verificara la hemostasia.(figura 7)
 - b) Observe los muñones de la trompa para confirmar que no hay sangrado y que no se requiere una ligadura adicional. Suavemente devuelva la trompa al abdomen.
 - c) Tome y ocluya la segunda trompa. La rotación del elevador uterino debe ser en sentido contrario de la ligadura de la primera trompa.
 - d) Después de haber ocluido las trompas, ordenar al anestésista para que la mesa de operaciones vuelva a su posición original (revertir la posición de trendelenburg).
14. Cierre de pared
Luego de verificar la hemostasia, la pared se cierra por planos:
 - No es necesario el cierre del peritoneo
 - La aponeurosis se cierra con sutura continúa y con catgut cromico 2/0.
 - Cierre de piel con puntos continúa con sutura absorbible o puntos separados si usa hilo o seda.
15. Cubra con gasa la herida Operatoria
16. Retire el elevador uterino y evalúe la existencia de sangrado vaginal.
17. El anestésista verificará las funciones vitales de la paciente y su posterior traslado a la sala de recuperación.

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

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

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

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

TECNICA OPERATORIA (MINILAP - POST-PARTO CON ANESTESIA LOCAL.

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

II) VASECTOMIA

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

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

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

A) TÉCNICA VASECTOMIA SIN BISTURI:

Para cada procedimiento se requieren de los siguientes materiales quirúrgicos:

1. Pinza de anillo (pinza de Lee) (figura 9)
2. Pinza de disección afiladas y punteaguda. (figura 9)
3. Tijera de mayo mediana
4. Seda 3/0: 6 hebras de 30 cm de largo
5. Jeringa descartable de 10 cc.
6. Xilocaína 1% SE 1 frasco.
7. Aguja descartable N° 25 de 1 pulgada.
8. Paquete de 5 gasas.
9. Yodopovidona jabón 30 cc.
10. Yodopovidona solución 30 cc.

TECNICA OPERATORIA:

1. Paciente en posición de decúbito dorsal, previamente debe estar rasurado la región escrotal.
2. Fijación de pene a pared abdominal, con uso de cinta adhesiva (esparadrapo), con el fin de que el pene no dificulte palpación de conducto deferente.
3. Asepsia-antisepsia con yodopovidona jabón y solución, cambio de guantes.
4. Colocación de campo fenestrado.
5. El cirujano debe colocarse a la derecha del paciente (si es diestro), si el cirujano es izquierdo, debe colocarse a la izquierda del paciente.
6. Con el primer y tercer dedo de la mano izquierda localizará el conducto deferente derecho, el dedo medio de la mano izquierda facilitará la exposición del conducto deferente hacia la superficie de la piel. Se localizará el deferente en su posición media entre raíz de pene y testículos. (figura 10)
El cirujano con la mano derecha procederá a infiltrar la piel del rafe medio, hacia donde se ha aproximado el conducto deferente, (se usará la jeringa descartable de 10 cc. Con aguja descartable N° 25 y de una pulgada y xilocaína la 1%), se hará una pápula subdérmica con el anestésico, luego se infiltrará con 2 a 4 cc de xilocaína directamente al conducto deferente por debajo de su fascia, que es por donde pasa el nervio deferente, la zona se ubica a 1.5 ó 2 cm por encima de la papula subdérmica. (figura 10)
8. Para infiltrar el conducto deferente izquierdo, el cirujano se colocará a la derecha del paciente con la cara mirando a los pies del paciente, esta posición facilita la identificación del conducto deferente izquierdo. Al igual que con el conducto deferente derecho, el izquierdo se fijará con el 1° y 3° dedo de la mano izquierda. Con la mano derecha se procederá a infiltrar con 2 a 4 ent de Xilocaína al 1 %, el conducto deferente, directamente por debajo de su fascia.
9. **Se esperará de 2 a 3 minutos para que el anestésico local haga efecto.**
10. Se fijará el conducto deferente derecho con 1° y 3° dedo de mano izquierda, con la mano derecha se sujetará la pinza de anillo de Lee en 90° y se procederá a tomar el conducto deferente con la piel del rafe medio (en donde se infiltró previamente), luego se verificará toma del conducto deferente. (figura 11)
11. Con la pinza de disección punteaguda y a 45° y en paralelo a la pinza de Lee; el lado interno de la pinza de disección perforará la piel hasta perforar la fascia del deferente, luego con las dos hojas cerradas de la pinza de disección, se incide en el orificio de perforación realizado previamente y se apertura la piel del rafe medio hasta la fascia del conducto. (figura 12,13)

12. Una vez identificado parte del conducto deferente aún fijado por la pinza de Lee, se procede a fijar parte del conducto desfosado, usando la pinza de disección afilada, concomitantemente se libera el conducto, retirando la pinza de Lee con la mano derecha, mientras que la mano izquierda gira la pinza de disección que fija el segmento desfasciado del conducto, extrayendo de esta manera el conducto deferente hacia el exterior. (figura 13)
13. Aislado el conducto deferente se procede a extraer una asa del mismo, separando el meso (figura 13)
14. Se procederá a ligar la porción del deferente hacia el extremo testicular con seda 3/0, el punto debe ser adecuado, ni muy fuerte (ya que puede seccionar el conducto) ni muy débil (ya que se puede aflojar el punto con el subsiguiente riesgo de falla de la técnica o de hemorragia post operatoria).
15. Se liga la porción abdominal del conducto con seda 3/0, con los mismos criterios del paso anterior.
16. Se procede a seccionar asa, que en promedio es de 1 cm de longitud. (figura 14)
17. El cabo de hilo de seda del extremo abdominal no se corta, se procede a entorchar (dar vueltas sobre si mismo) para atraer la fascia al muñón, se ligará con seda 3/0 sobre el muñón del cabo abdominal. Se revisará hemostasia.
18. El conducto deferente izquierdo se tomará de igual forma como para el derecho y por el mismo orificio.
19. La herida se cubrirá con gasa o cinta adhesiva, no siendo necesaria suturarla, a menos que sangren sus bordes.

FIGURA 1

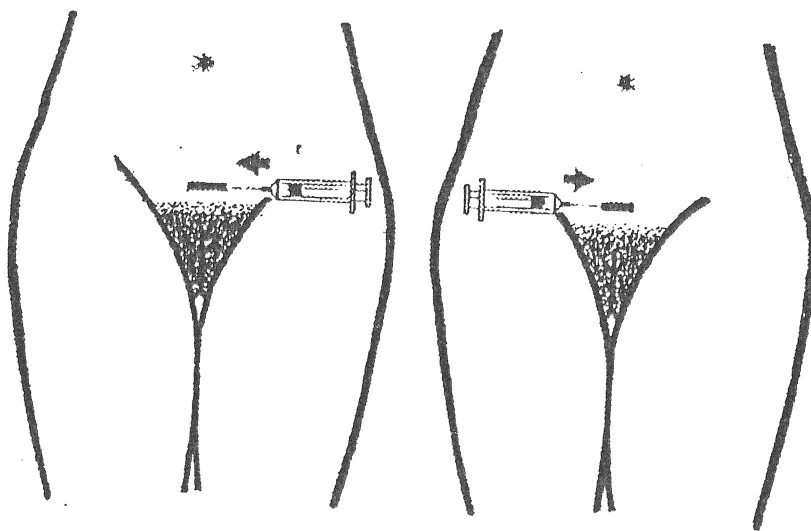


FIGURA 2

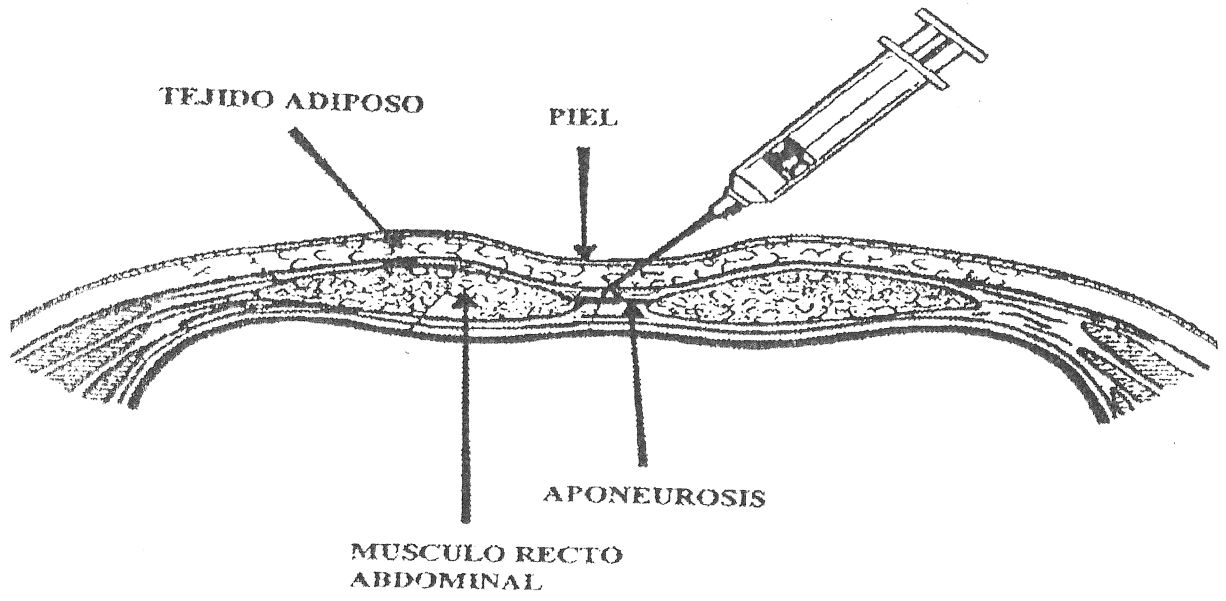


FIGURA 3

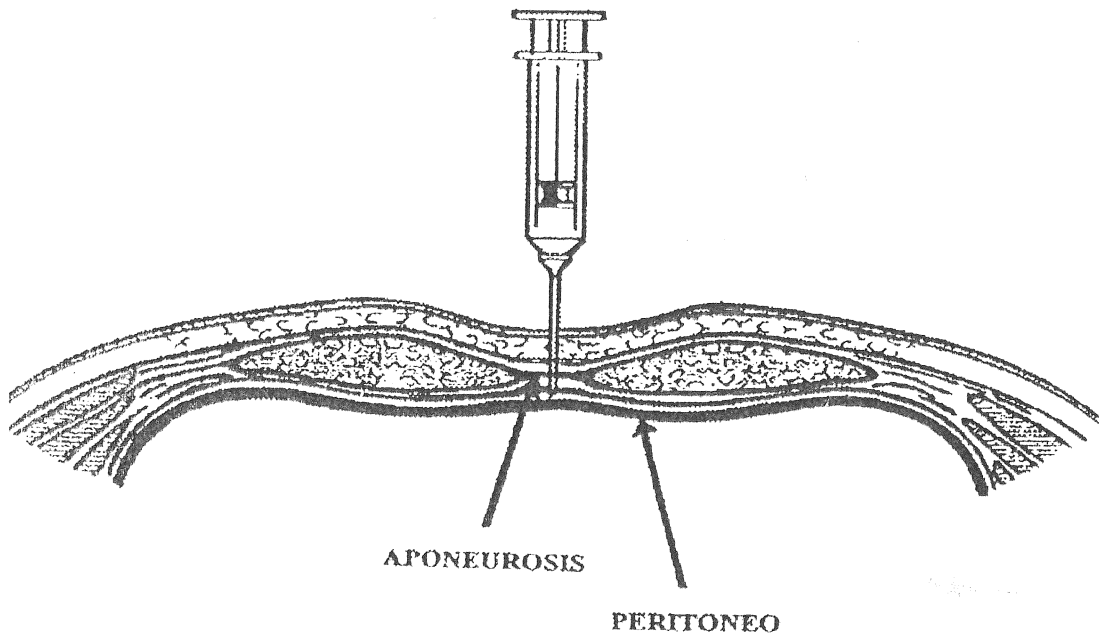


FIGURA 4

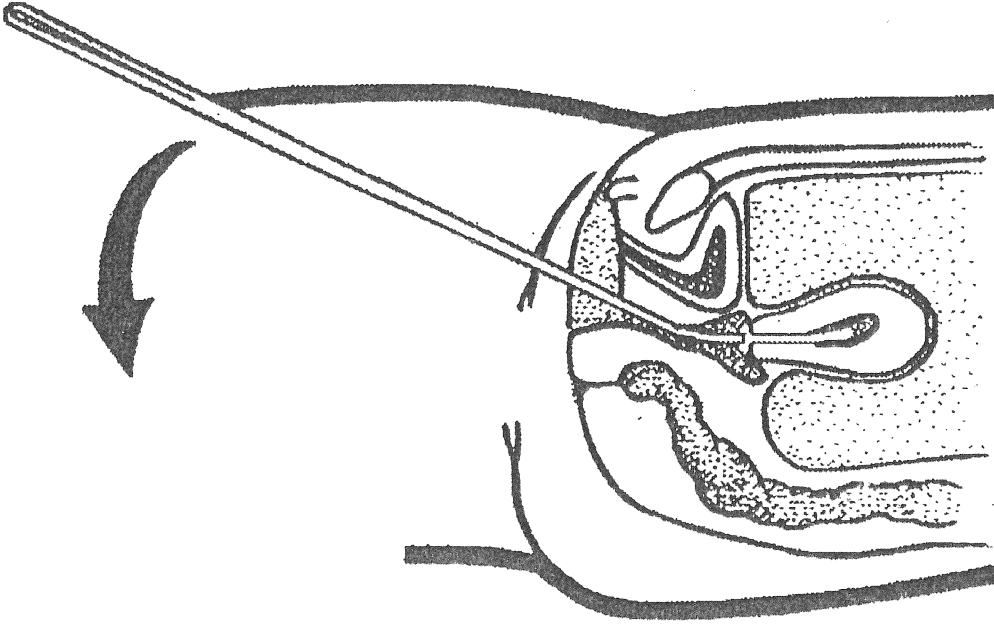


FIGURA 5

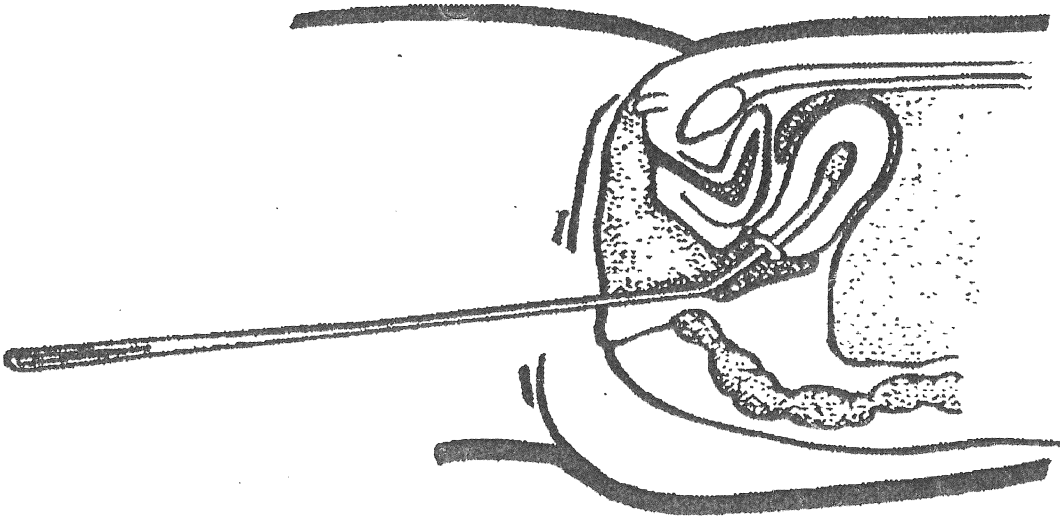


FIGURA 6

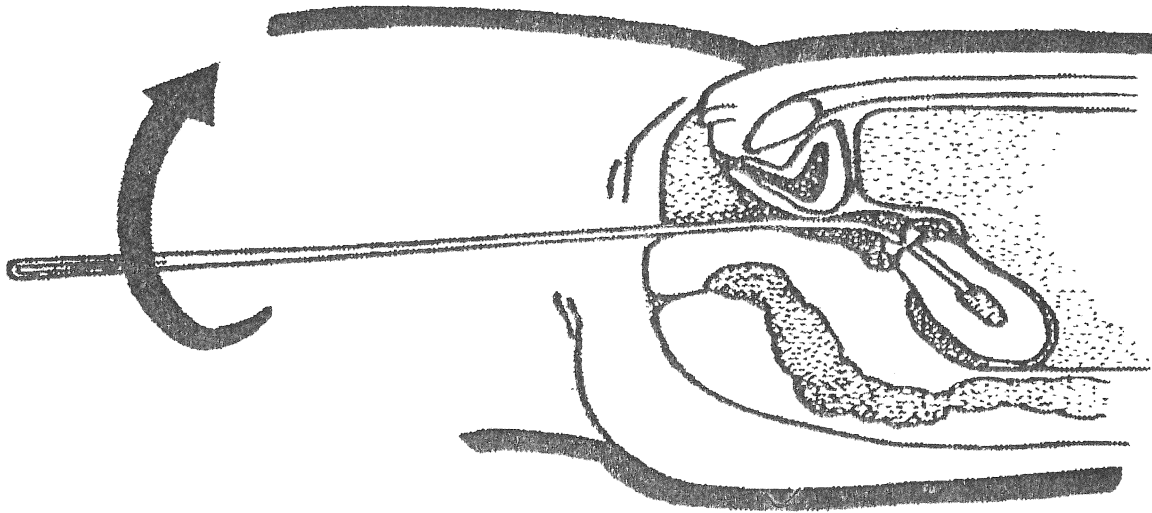


FIGURA 7

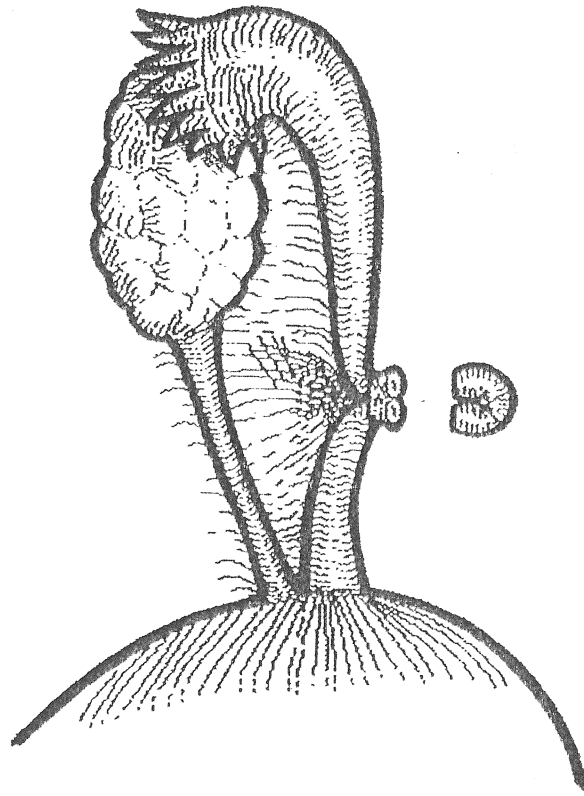


FIGURA 8

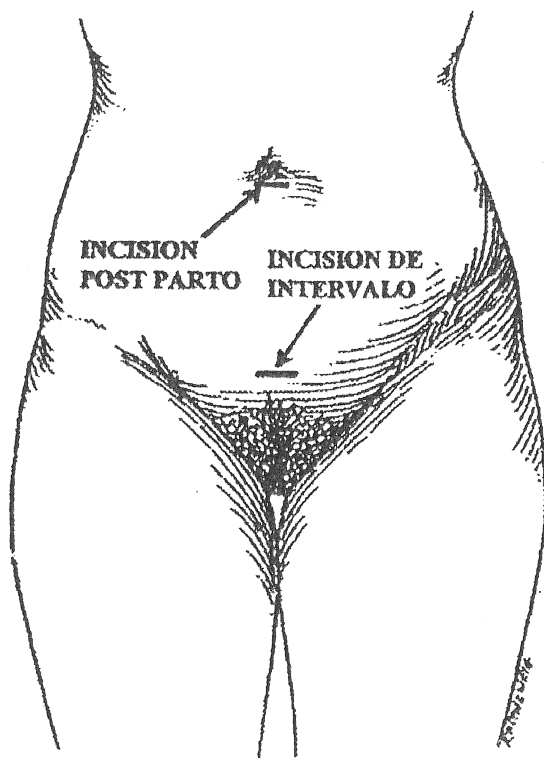
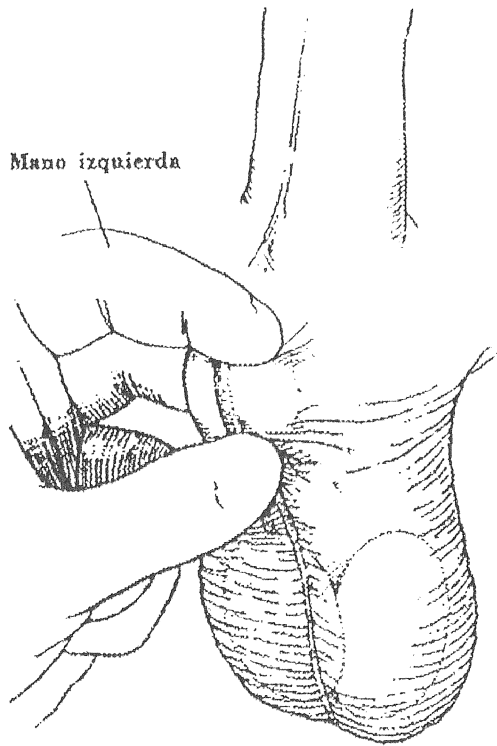


FIGURA 10

El escroto dividido en tercios para determinar el sitio de punción



Formación del habón dérmico

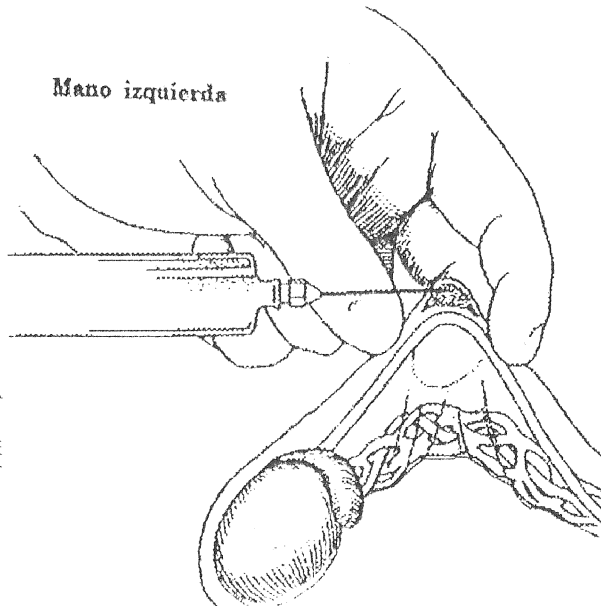
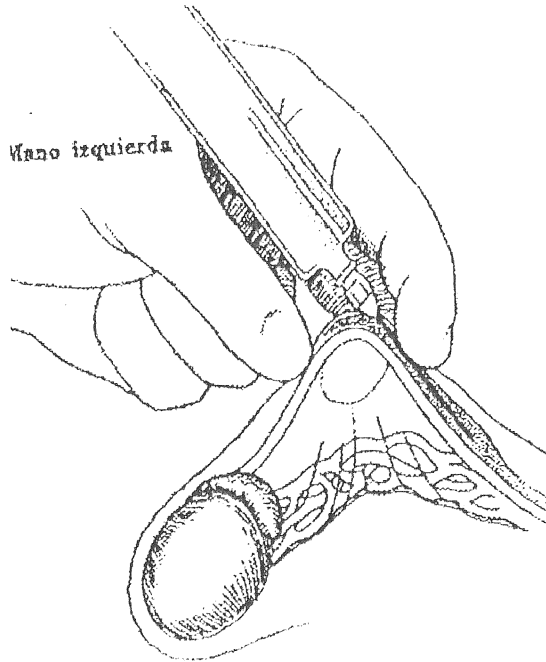
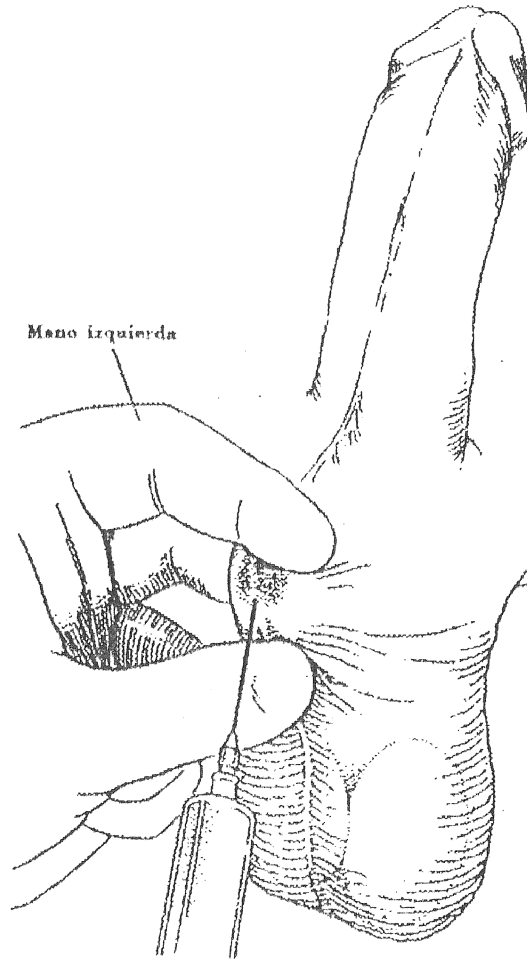
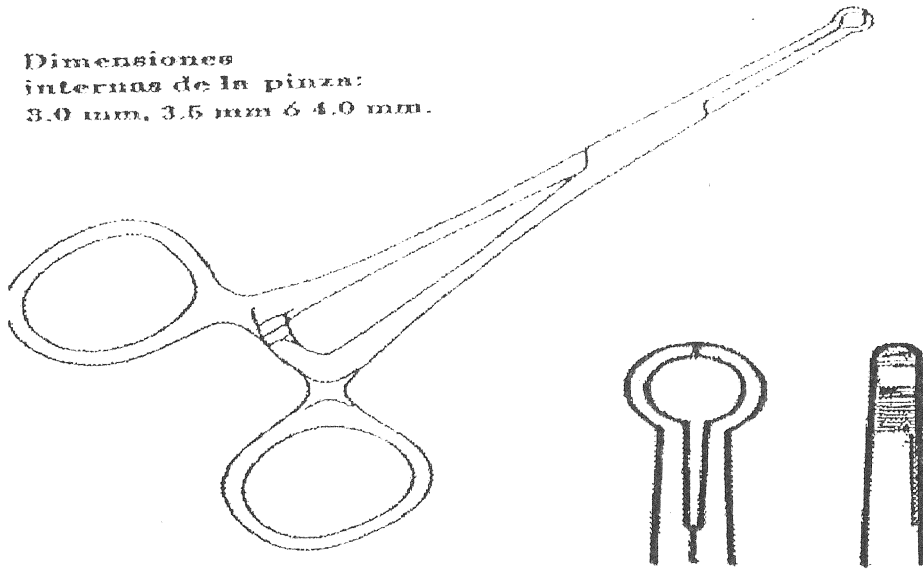


FIGURA 9

Pinza de anillo

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



Pinza de disección

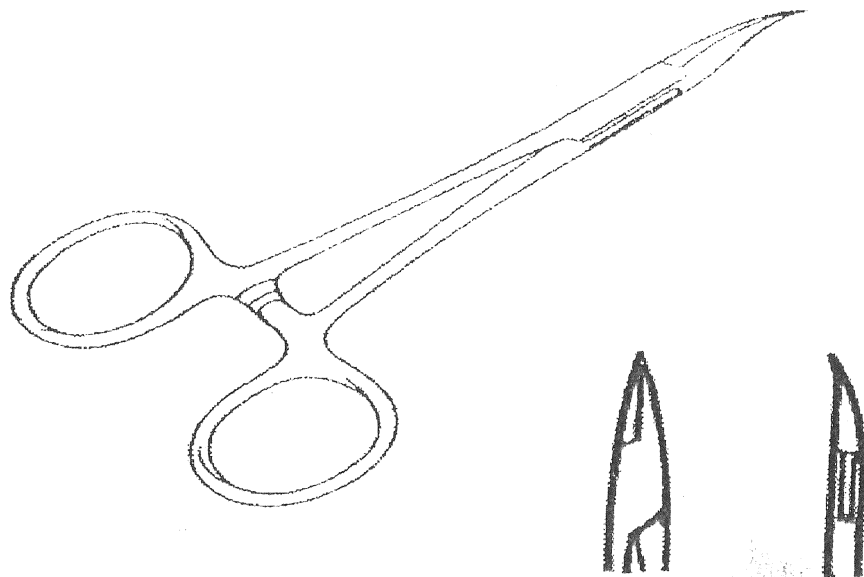


FIGURA 11

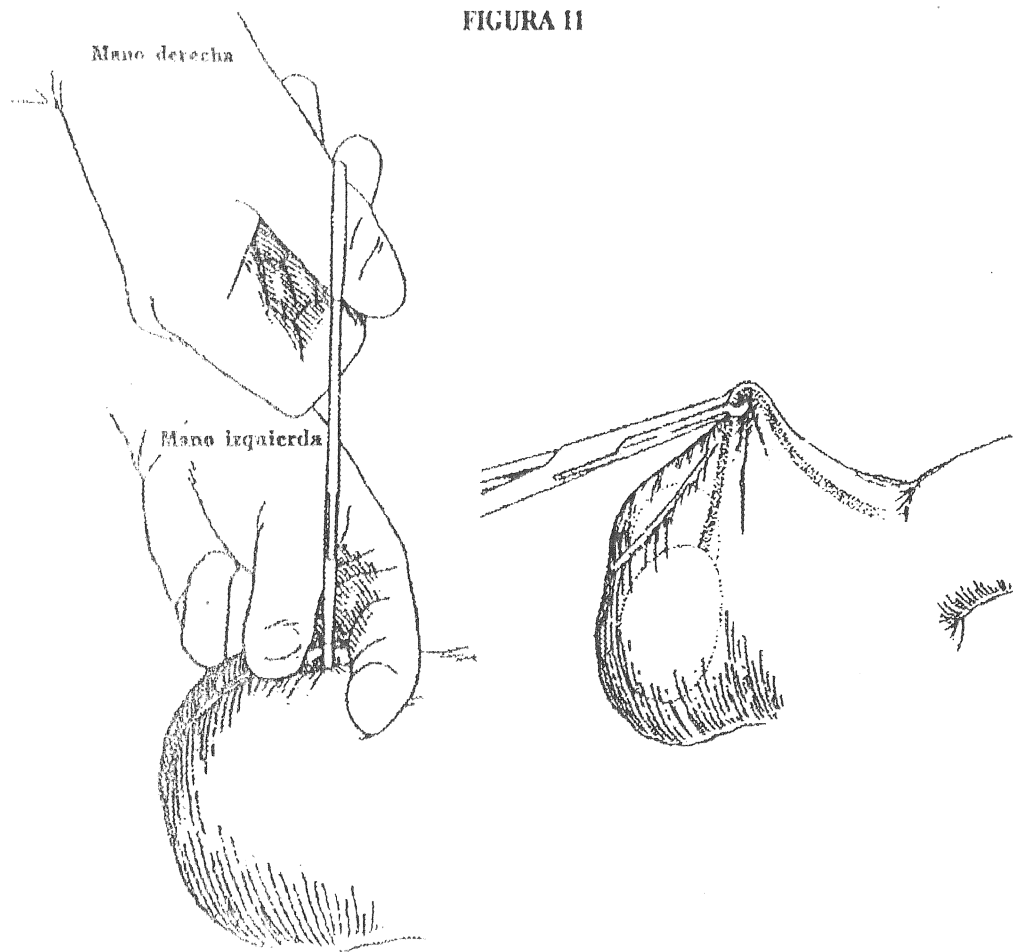


FIGURA 12

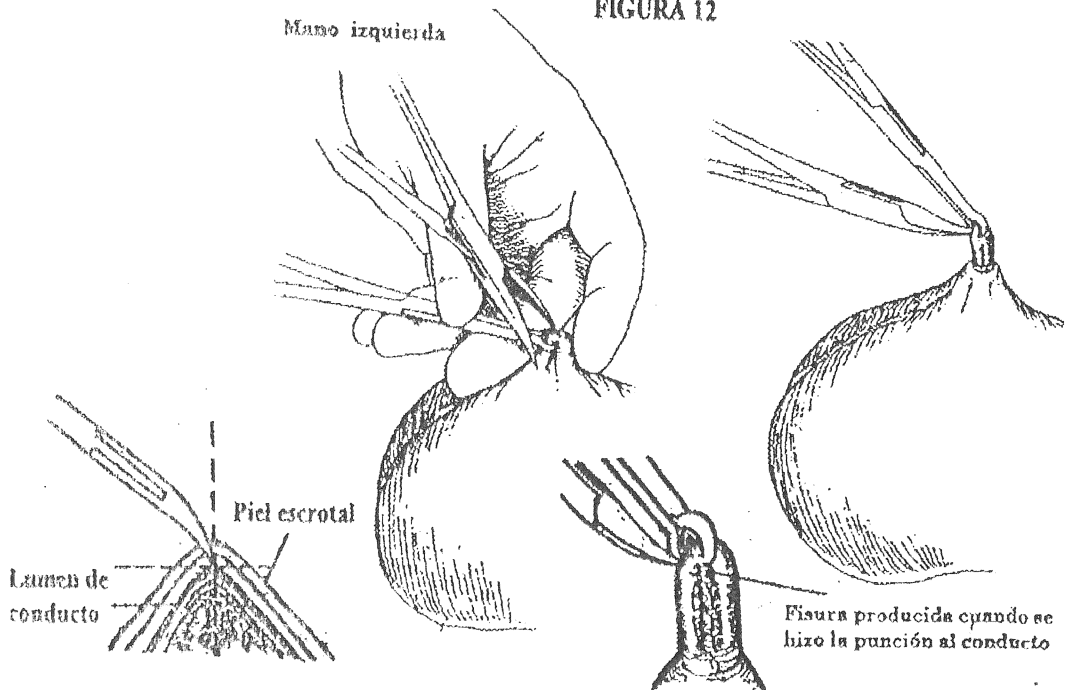


FIGURA 13

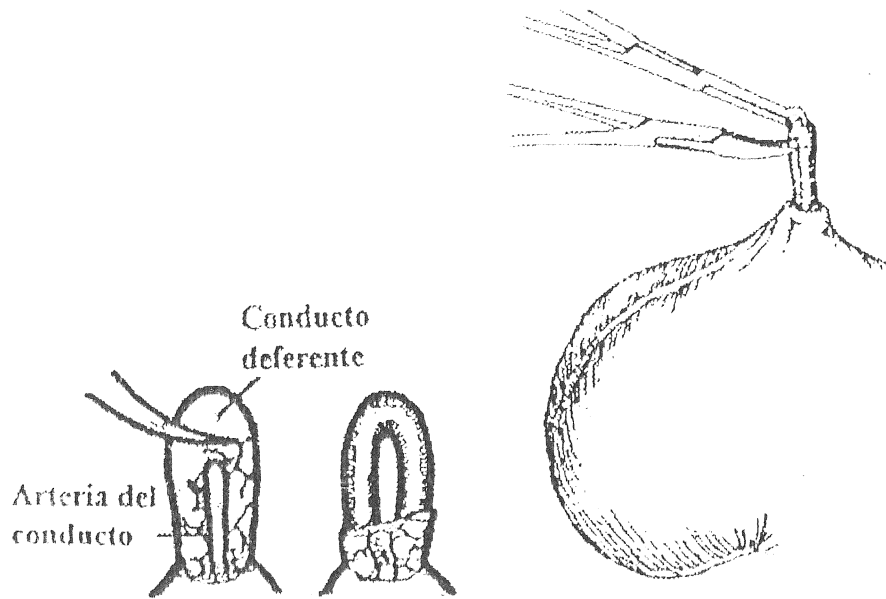
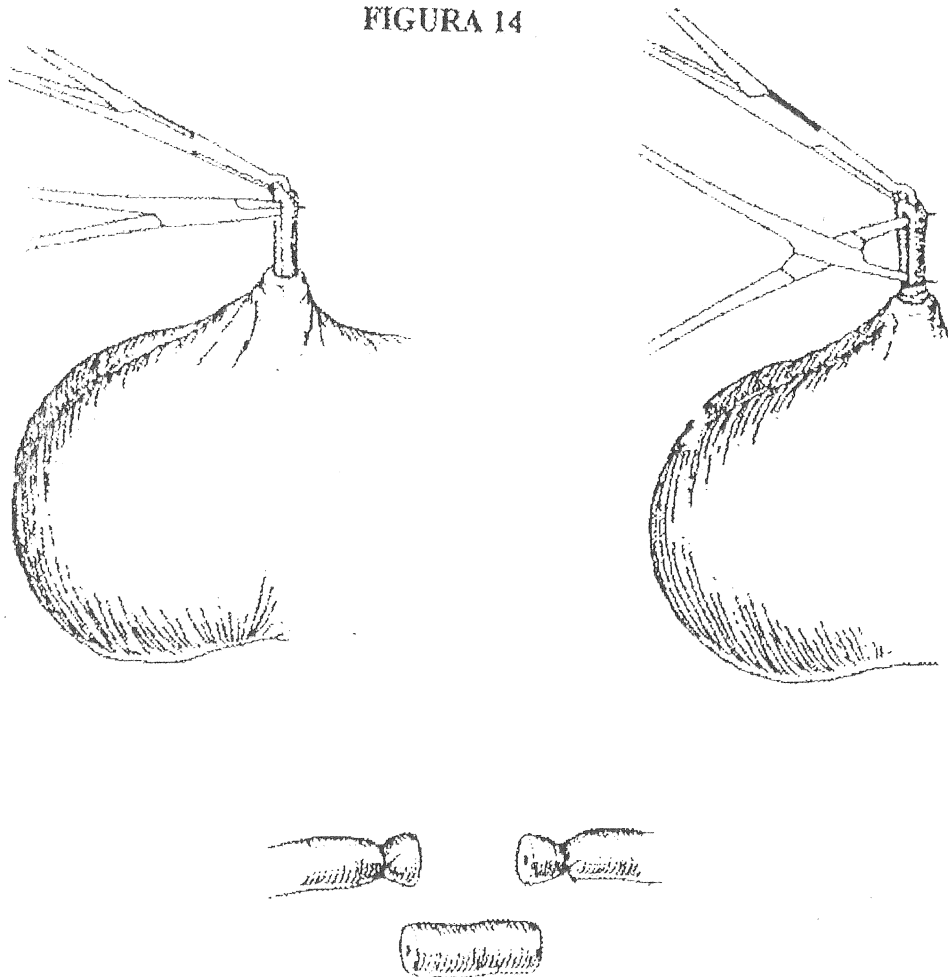


FIGURA 14



CAPITULO 7

MANEJO POST-OPERATORIO

I. INDICACIONES POST-OPERATORIAS

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

- En la sala de recuperación, la enfermera u obstetra a cargo debe vigilar los signos vitales cada 15 minutos hasta que estos se hayan estabilizado.
- Para determinar si la paciente se ha recuperado de la anestesia, debe utilizarse el signo de Romberg (la paciente puede mantener el equilibrio estando de pie y con los ojos cerrados).
- Debe darse de alta a la paciente cuando sea capaz de vestirse por sí misma y de hablar coherentemente; si se usa anestesia local + neuroleptoanalgesia, el alta puede ser a las 3 o 4 horas del post operatorio.
- Al alta se le proporcionará a la paciente una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados post-operatorios que debe seguir en su domicilio (anexo 2), asimismo debe acercarse en la fecha y hora indicada para sus controles en el establecimiento de donde procede. **SE RECOMIENDA QUE LOS CONTROLES SEAN AL 3º Y 7º DIA** de haberse realizado la intervención.
- Es conveniente, de ser posible, que el mismo cirujano que realizó la operación practique el examen de seguimiento, para que evalúe los resultados de su procedimiento y analice su morbilidad (como ejercicio de autoevaluación).
- Si la paciente no acude a sus controles se debe realizar visitas domiciliarias.
- A mediano plazo del acto operatorio (1 a 3 meses) se realizará un encuesta a la paciente post-operada, a fin de evaluar la satisfacción del usuario con respecto al procedimiento.

B. MANEJO POST-OPERATORIO - SEGUIMIENTO DE VASECTOMIA

- Los pacientes a quienes se les ha practicado la vasectomía, deben descansar por lo menos 30 minutos en un ambiente de recuperación, (puede ser en una sala que tenga bancas para sentarse y con un televisor donde se les explique la operación y los cuidados post-operatorios).
- Antes de dar de alta el personal de recuperación debe repetir todas las instrucciones relacionadas con la atención y cuidado post-operatorio. Por ejemplo el paciente debe saber cómo cuidar la herida, cómo usar los medicamentos post-operatorio y cuáles son las complicaciones a los que debe prestar atención y que debe hacer respecto a cada una de ellos y cuando podrá reanudar sus actividades normales.
- Al alta se le debe proporcionar al paciente una hoja impresa con todas las indicaciones y cuidados post-operatorios que debe de seguir en su domicilio, asimismo acercarse a la fecha y hora señalada para sus controles. (anexo 2)
- Se procederá a controlarlo en el establecimiento donde se efectuó la operación o el de su procedencia al 3er y 7mo día de la intervención; es conveniente que lo controle el cirujano que lo operó.
- Si el paciente no acude a sus controles se deben realizar visitas domiciliarias.
- A los 3 meses de realizada la vasectomía, debe de realizarse un **ESPERMATOGRAMA**, el personal que captó al paciente debe de informarle en la consejería, que este examen es muy importante, ya que la operación no está exenta de fallas. Este examen forma parte del proceso de atención en Planificación Familiar.

II. MANEJO DE COMPLICACIONES

A. MANEJO DE COMPLICACIONES DE ANESTESIA

DEPRESION RESPIRATORIA

PARO RESPIRATORIO

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

Los signos de las complicaciones relacionadas a anestesia son:

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

Las causas y factores coadyuvantes son:

- . Sobredosis de analgésico.
- . Sobredosis de sedantes.
- . Efecto combinado de los medicamentos
- . Efecto retardado (los medicamentos alcanzan su actividad máxima después de que ha disminuido la vigilancia).
- . Inyección endovenosa de xilocaína
- . Sobredosis de xilocaína
- . Enfermedad cardíaca pre-existente
- . Hemorragia con depresión de volumen intramuscular.

MANEJO:

- . Mantener vía aérea abierta
- . Respiración: administrar oxígeno (hasta 5 Lts. por minuto) a la paciente, con el equipo de resucitación manual
- . Debe intubarse a la paciente.
- . Control de circulación: verificar pulso, presión arterial y frecuencia respiratoria.
- . Administrar naloxona antídoto para narcótico (0.4 mg Iv), se puede repetir dosis a intervalo de 2 a 3 minutos lento, hasta que se logre el grado de reversión deseado.

D.

B. MEDIDAS DE EMERGENCIA PARA COMPLICACIONES CARDIO-VASCULARES:

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

MEDICAMENTOS UTILIZADOS PARA EL TRATAMIENTO DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA ANESTESIA

Sobre dosis:

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

C. MANEJO DE LESION VESICAL

SIGNOS INTRA OPERATORIOS DE UNA LESION VESICAL

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

E.

SINTOMAS Y SIGNOS POST OPERATORIOS DE UNA LESION VESICAL

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

FACTORES COADYUVANTES

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

MANEJO

- * Si se tiene sospecha de lesión vesical en el intra operatorio, colocar catéter por uretra e instalar solución estéril de azul de metileno, violeta genciana o agua estéril y evaluar si hay salida de solución hacia cavidad.
- * Reparar la lesión con sutura separada con catgut N° 4 con aguja atraumática y en 2 planos.
- * Continuar el procedimiento de oclusión tubaria si lesión vesical es menor (menos de 1 cm)
- * En toda lesión vesical (laceración, perforación o sección), se debe colocar a la paciente una sonda de Foley No. 14 ó 16 con su bolsa de drenaje, este procedimiento lo realizará el cirujano con la máxima condiciones de asepsia.
- * Iniciar tratamiento con antibióticos (Ciprofloxacina 250 mg 2veces al día por 10 a 14 días)
- * Hospitalizar a la paciente si la lesión es mayor de 1 cm.
- * Retirar sonda de foley a los 7 días y verificar si la paciente puede miccionar normalmente.

D. LESIÓN INTESTINAL

SIGNOS INTRAOPERATORIOS DE LESIÓN INTESTINAL

- * La serosa o la muscularis intestinales son visibles
- * El contenido intestinal es visible

CAUSAS O FACTORES COADYUVANTES

- * No se palpó pliegue peritoneal para confirmar que el intestino no estaba adherido antes de incidirlo.
- * No se constató translucidez de pliegue peritoneal antes de incidirlo.
- * Insición rápida profunda de la delgada pared abdominal en el área umbilical durante la ligadura post-parto.
- * Uso de instrumental dentado en la cavidad abdominal

MANEJO

- * Reparar rápidamente el daño con sutura fina (seda 3/0) y aguja atraumática y en dos planos
- * Si la lesión es superficial (sólo serosa), terminar la oclusión tubárica. Observar y controlar a las 24 horas y 48 horas del alta.
- * Si la lesión llega la luz intestinal, hospitalizar a la paciente y administrar antibióticos endovenosos (clindamicina 600 mg EV cada 6 horas + Gentamicina 80 mg EV cada 8 horas) durante 3 días, luego Clindamicina 300 mg cada 6 horas vía oral + Gentamicina 80 mg IM cada 8 horas hasta completar 7 días. En caso que caiga material fecal en el abdomen, suturar la lesión. Suspender la oclusión de trompas, si aún no se ha iniciado el procedimiento. Se debe lavar la cavidad con 10 lt. de suero tibio, iniciar tratamiento antibiótico mencionado y trasladar al paciente a hospital de mayor nivel.

E. PERFORACION UTERINA

SIGNOS DE PERFORACION UTERINA

- * La punta del elevador se percibe a través del útero

- * Incapacidad para elevar el útero contra la pared abdominal
- * Sonido metálico de la punta del elevador del útero contra los separadores abdominales
- * Sangrado.

FACTORES COADYUVANTES

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

MANEJO

- * Si el útero se encuentra en anteversión, considerar la posibilidad de no retirar el elevador, para que éste haga un efecto hemostático mecánico, mientras se continúa con la operación.
- * En caso de 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 que 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 el sangrado persiste, controlarlo con una sutura de colchonero, utilizando catgut crómico 1 ó cero.
- * OBSERVAR a la paciente durante 2 horas.
- * 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.

F. VASECTOMIA COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

HEMATOMA ESCROTAL:

Puede evitarse si se asegura una buena hemostasia.

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

MANEJO:

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

La intervención la efectuará un cirujano con experiencia en vasectomía, de lo contrario lo realizará el urólogo.

Si el hematoma es grande (mayor de 10 cm), es posible que éste llegue a la región inguinal, si el vaso sangrante pertenece al meso del conducto deferente izquierdo por ejemplo, el hematoma llegará a la región inguinal izquierda, por tanto la incisión exploratoria se realizará longitudinal y paralelo al rafe medio, en la bolsa escrotal izquierda. Se busca el vaso sangrante, se procede a la hemostasia y se explorará los muñones de los conductos deferentes, ya que habrá que ligarlos nuevamente si es que los puntos se han soltado. Luego se procederá a drenar el hematoma usando un dren pen rose mediano.

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

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

En los hematomas pequeños (menos de 3 cm) se coloca un soporte escrotal, y se aplicará bolsas de hielo por 30 minutos cada 4 horas durante 01 ó 02 días según como evolucione el paciente, y se administrará analgésicos comunes, el manejo será ambulatorio con controles cada 02 o 03 días hasta que el cuadro se resuelva totalmente.

INFECCION O ABSCESO DE HERIDA OPERATORIA

De existir una infección en piel, administrar antibióticos (penicilina semi-sintética o cefalosporina de primera generación por vía oral durante 07 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 02 o 03 días hasta que el cuadro se resuelva, si el absceso es mayor de 10 cm se recomienda manejo intrahospitalario y uso de antibióticos (Clindamicina + Gentamicina) por vía endovenosa hasta que el cuadro se resuelva.

CAPITULO 8

EVALUACION Y SEGUIMIENTO

Los elementos fundamentales de la seguridad de los servicios como la asepsia y la técnica anestésica y quirúrgica correcta deben llevarse a cabo de acuerdo a las normas que se han establecido. Mediante la supervisión y vigilancia se asegurará que estas normas sean cumplidas y así se podrán detectar rápidamente los problemas y prevenir complicaciones e introducir los cambios necesarios para mejorar el servicio.

Componentes de Supervisión:

1- AUTOEVALUACIÓN

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

Todo el personal: médico, enfermeras, administrativo, consejeros y técnicos, deben evaluar continuamente sus actividades mediante reuniones periódicas ya sea en forma conjunta o por servicios:

- El objetivo que se debe tener en cuenta es el logro la AQV sea más segura y confortable para el paciente
- Componentes de autoevaluación:
Aplicación de ficha de Autoevaluación (ver anexo 3) Para ello debe compartirse información entre los servicios de estadística, los cirujanos, enfermeras y personas encargados de hacer los seguimientos de acuerdo a los resultados de ello se pueden tomar las siguientes medidas para mejorar resultados.

Se mencionan a continuación algunos ejemplos:

- Los cirujanos se reúnen semanal o mensualmente para:
Revisar las estadísticas del servicio, las complicaciones ocurridas en el periodo precedente, se analiza cada caso para establecer si podría haberse hecho algo para evitar la complicación y determinar que se podría hacer si surgiera situación similar en el futuro y se debe llegar a conclusiones, las cuales se pondrán en práctica para mejorar el servicio.
- Al percatarse que hay incremento en las infecciones, las enfermeras y personal auxiliar piden que se supervise con ellas los procedimientos estándares de asepsia.
- Luego de una complicación mayor se realiza la discusión del caso y se detecta donde estuvo el error, se implementa norma para evitar dicho error. Ejemplo:
luego de una laceración vesical en BTB , debe verificar que se este cumpliendo con la norma de evacuar la vejiga antes de empezar la cirugía.
- Todo caso de complicaciones mayores y de muerte debe ser informados al programa nacional de Planificación familiar.

2. OBSERVACIÓN DIRECTA:

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

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

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

La responsabilidad corresponde al médico director del PES y la calidad y seguridad de los servicios serán evaluadas por el nivel central periódicamente.

Se evaluarán los siguientes aspectos (ver ficha de Guía de supervisión de Actividad de AQV):

- Cantidad de personal en el establecimiento
- Conocimiento y habilidades del personal del establecimiento
- Inspección de locales y equipo
- Detectar problemas de suministro
- Asegurar que los formularios de consentimiento informado estén archivados y hayan sido llenados correctamente
- Analizar las complicaciones

- Observar las sesiones de consejería
- Entrevistar a posibles pacientes y verificar que estén debidamente informados
- Suministrar capacitación en servicio
- Proporcionar apoyo técnico y 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

3. REVISIÓN DE EVENTOS RAROS O ESPECIALES

Los eventos poco frecuentes, requieren inmediata evaluación por profesionales experimentados del programa. Estos deben ser informados al Programa nacional de PF lo más pronto posible.

Los siguientes eventos son motivo para ello:

- Fallecimiento de paciente post LTB
- Fascitis post LTB
- Hemorragia intra y post AQV
- Sepsis post LTB
- Embarazo después del procedimiento
- Tasas elevadas de complicaciones respiratorias anormalmente elevadas en algún P.E.S.
- En algún P.E.S las solicitudes de AQV muestran un aumento o descenso súbito inexplicable
- Los medios de comunicación informan de irregularidades (cobros, presión ejercida al paciente etc) durante la campaña.
- Tasas de complicaciones elevadas (de infecciones u otras complicaciones secundarias a los procedimientos).

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

- Mortalidad por LTB : 1/45000 (USA)
- Infección de herida por LTB : 2 %
- Sepsis 0%
- Hemorragia : 1%
- Hematoma escrotal 1%
- Embarazo : 0.2 %

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

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

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

4. SISTEMA DE REGISTRO E INFORMACIÓN

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

Se deben evaluar además aspectos como:

Características de los pacientes a quienes se les presta servicio

Los niveles de los servicios que los pacientes están usando

los problemas y complicaciones con los cuales están tropezando los pacientes

Éstos datos servirán para cambiar y mejorar los servicios que presta el programa.

Se elaborará un informe condensado periódico (se adjunta formato de "**Hoja de Registro de Datos de Pacientes de AQV**"), el cual se remitirá mensualmente donde se resumirá el desempeño de cada P.E.S. 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.

ANEXO 1

Consentimiento para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria

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

Autorizo a los médicos de éste Establecimiento de Salud a que se me realice la intervención quirúrgica de _____, y en pleno uso de mis facultades mentales, declaro comprender lo siguiente:

1. Hay métodos anticonceptivos provisionales que puedo utilizar en lugar de la anticoncepción quirúrgica voluntaria.
2. El procedimiento seleccionado es quirúrgico y se me han explicado los detalles.
3. La operación implica algunos riesgos que el médico me ha explicado.
4. Luego de la operación, los efectos son permanentes e irreversibles y no podré tener más hijos.
5. Tengo la opción de desistir de la operación, sin perder el derecho a otros servicios.

Fecha: ___ / ___ / ___

Firma del Paciente: _____

L.E.: _____

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

ANEXO 3

GUÍA DE AUTOEVALUACION DE DE ACTIVIDADES DE AQV

Reg/Sub.Reg/UEDES:	Departamento:
UTES/ZONADIS:	Provincia:
Estab. de Salud:	Distrito:

Período de Evaluación: de _____ a _____

Objetivo: Evaluar si actividades de atención en salud están contribuyendo al logro de las metas programadas.

- Si su producción es menor al 80% de la meta programada significa que es necesario reevaluar el proceso.
- Si el porcentaje de complicaciones excede a los parámetros establecido significa que debo intervenir para prevenirlas

I. Atención de Pacientes

a) Sesiones de Consejería

Número de sesiones de consejería: _____

Número de pacientes nuevas que acuden a PI: _____

b) Meta programada de AQV en el establecimiento:

Estimación de candidatos para AQV: _____

No de pacientes captados para AQV: _____

No de pacientes sometidos al procedimiento AQV: _____

Producción:

Método	Número	Meta	%
BTB			
VASECTOMIA			
TOTAL			

Complicaciones	N°	%	Rango permisible
a) Por anestesia			
- IITA			1%
- RASH			3%
- Paro Cardio Respiratorio (Resuelto)			1%
- Depresión Respiratoria			2%
- Efecto anestésico Insuficiente			5%
b) Quirúrgicas			
- Lesión Intestino			1%
- Lesión de Vejiga			1%
- Sangrado o Hematoma			1%
- Desgarro o Perforación Uterina			1%
- Laceración de Trompa			3%

SEGUIMIENTO DE PACIENTES:
programado (todas los pacientes operados)

	Hombres		Mujeres		Rango Permisible
	N°	%	N°	%	
Seguimiento realizados: Acuden voluntariamente al Centro de Salud					98%
Visitas domiciliarias					
Complicaciones Post operatorias detectadas:					
- Infección de Herida Operatoria o Eseroto					2 %
- Hematoma de Pared o Eseroto					1%

DETECCION DE PROBLEMAS

Reunion inicial con los miembros de cada servicio que participaron en la actividad

- a. Servicio de ginecología y/o planificación familiar
- b. Servicio de Enfermería
- c. Servicio de SOP
- d. Servicio de lavandería
- e. Servicio de limpieza.
- f. Etc.

- I. Elaborar una lista donde se nombren todos los problemas que se presentan usando como un recordatorio de todo el proceso

- Captacion del paciente
- sesion de consejeria
- traslado del paciente al PES
- registro
- Anamnesis y examen fisico
- Intervencion quirurgica
- recuperacion
- traslado del paciente
- seguimiento

Detectados los problemas escribirlos en la siguiente tabla

Problemas	Causas Probables	Alternativas de Solucion	Recursos

Determinar las causas de ellos y las posibles soluciones, si algunos problemas no tienen solucion a este nivel seran llevados a una segunda reunion donde acudirán los jefes de los servicios que participaron en la actividad de AQV, se utilizara la misma plantilla para la autoevaluacion y solucion de problemas. Los resultados de este ejercicio deben ser considerados para la programación de las siguientes actividades.

SISTEMA DE INFORMACION	BUENO	REGULAR	MALO
Libro de registro			
Llenado de información			
Uso de fichero (Ficha de P.F.)			
Usa formularios actualizados			
Realiza información mensual - trimestral			
Calidad de información: (**)			
Responsable de información ¿Quién?			
Flujo de información (Referencia de informes)			
LOGISTICA			
Medicamentos			
Insumos			
Materiales medicos			
Equipos			
PROMOCION DE LA SALUD (SI/NO) FUENTE DE INFORMACION			
Actividades extrahospitalarias			
No charlas/semana			
¿Tiene impresos educativos?			
Tripticos			
Afiches			
¿Materiales educativos?			
Rotafolios			
Folletos			
Diapositivas			
¿Emiten programas radiales?			
¿Existen promotores?			
Recuperación de Salud			
Prevención de Salud			

* Bioseguridad

- Normas en el paciente
- Normas cirujano
- Manejo de desechos hospitalarios

** Confrontar información de responsables de AQV con los libros de S.O.P.

HISTORIA

Fecha de la operación _____

Domicilio _____

Estado Civil _____

Estado(a) _____

Conviv _____

Pol _____

Otros _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades c. _____

Hiper _____

D _____

Convu _____

Trastornos Psiqui _____

Tuber _____

Toma medicam _____

al: _____

VALUACION

NTOMAS

MUJERES

Leucorrea _____

Dispareunia _____

Dismenorea _____

Molestias Urinarias _____

Hipermenorrea _____

Dolor Pélvico _____

Fiebre _____

Tos _____

RONES

Secreción Uretral _____

Molestias Urinarias _____

Fiebre _____

TIPO DE OPERACION

VACIAMIENTO DE

Micción esp _____

TIPO DE ANESTESIA

Local co _____

Regional única ca. (raqu _____

General sin intuba _____

COMPLICACIONES

Dep _____

Agit _____

EFECTOS POST-OPERATIVOS

COMPL. POST-OPERATI _____

Complicación _____

Hemorragi _____

OTROS DATOS

TRANSFUSION _____

CI _____

ESTADO DE EGRESO

Transferido a _____

NOMBRE Y APELLIDO

CALIDAD DEL CU

HISTORIA CLINICA DE AQV ESTABLEC. N° H.C.

Fecha de la operación: / / Nombre y Apellidos: Edad: Sexo: M F Hijos Vivos con Cónyuge: Domicilio: Localidad:

Estado Civil Casado(a) <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Escolaridad Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Superior <input type="checkbox"/>	Anticonceptivo usado en el último año Ninguno <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> Inyectables <input type="checkbox"/> Met Vag <input type="checkbox"/> Pildora <input type="checkbox"/> Implant <input type="checkbox"/> Condomes <input type="checkbox"/> Ritmo <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	AQV Se informó por: Paciente <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Personal de Salud <input type="checkbox"/> Promotor <input type="checkbox"/> TV, Radio, Periód <input type="checkbox"/> Difusión del establec. <input type="checkbox"/>
--	---	---	--

ANTECEDENTES PERSONALES Enfermedades cardíacas <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Anemia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Trastornos Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/> Toma medicamentos <input type="checkbox"/> Cual: _____	MUJERES NO SI Trastornos de Coagulación <input type="checkbox"/> Enferm. de Transmisión sexual <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Infección Urinaria <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica <input type="checkbox"/> Cirugía Pélvica/Abdominal <input type="checkbox"/> Cirugía de Hernia Inguinal <input type="checkbox"/>	VARONES NO SI Trastornos de Coagulación <input type="checkbox"/> Enferm. de Transmisión sexual <input type="checkbox"/> Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/> Infección Urinaria <input type="checkbox"/> Enfermedad Inflamatoria Pélvica <input type="checkbox"/> Cirugía Pélvica/Abdominal <input type="checkbox"/> Cirugía de Hernia Inguinal <input type="checkbox"/>	FAMILIARES NO SI Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Tuberculosis <input type="checkbox"/>	PAP 1 año o menos <input type="checkbox"/> Mas de dos años <input type="checkbox"/> Resultado Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> No Sabe <input type="checkbox"/>	GINECO OBSTETRICOS M <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> RC <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> FUR <input type="checkbox"/>	AQV Post-Parto Inmediato <input type="checkbox"/> Post-Aborto <input type="checkbox"/> Durante Cesárea <input type="checkbox"/> Intervalo <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	---	--	---

EVALUACION ACTUAL SINTOMAS MUJERES NO SI Leucorrea <input type="checkbox"/> Dispareunia <input type="checkbox"/> Dismenorea <input type="checkbox"/> Molestias Urinarias <input type="checkbox"/> Hipermenorea <input type="checkbox"/> Dolor Pélvico <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/> Tos <input type="checkbox"/> VARONES NO SI Secreción Uretral <input type="checkbox"/> Molestias Urinarias <input type="checkbox"/> Fiebre <input type="checkbox"/>	EXAMEN FISICO EST. NUTRIC. NO SI Bueno <input type="checkbox"/> Desnutrición <input type="checkbox"/> Obesidad <input type="checkbox"/> SIGNOS VITALES Peso <input type="checkbox"/> Kg Talla <input type="checkbox"/> Cm Temper <input type="checkbox"/> Pulso <input type="checkbox"/> Pres Art <input type="checkbox"/> Frec. Resp <input type="checkbox"/> SISTEM. Normal Anormal Piel <input type="checkbox"/> Corazón <input type="checkbox"/> Pulmones <input type="checkbox"/> Mamas <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/>	APARATO GENITAL MUJERES Genitales Ext. <input type="checkbox"/> Vagina <input type="checkbox"/> Cuello <input type="checkbox"/> Anexos <input type="checkbox"/> Utero: Tamaño <input type="checkbox"/> Movilidad <input type="checkbox"/> Posic Uter. <input type="checkbox"/> Anteversión <input type="checkbox"/> Retroversión <input type="checkbox"/> Linea Media <input type="checkbox"/> VARONES Normal Anormal Genitales Externos <input type="checkbox"/> Escroto <input type="checkbox"/> Cordón Espermático <input type="checkbox"/> Testículo/Epididimo <input type="checkbox"/> Describir Anomalías: _____
---	--	---

DATOS OPERATORIOS VACIAMIENTO DE LA VEJIGA No se Vacío <input type="checkbox"/> Micción espont. antes de la operación <input type="checkbox"/> Cateterismo Vesical <input type="checkbox"/> TIPO DE ANESTESIA Local con analgesio y/o sedante <input type="checkbox"/> Regional unicam (raquídea, epidural o caudal) <input type="checkbox"/> General sin intubación (incluye ketamina) <input type="checkbox"/> General con intubación <input type="checkbox"/> Otros (especifique) <input type="checkbox"/>	TECNICA QUIRURGICA NO SI Minilaparotomía <input type="checkbox"/> Laparoscopia <input type="checkbox"/> Laparotomía <input type="checkbox"/> Vasectomía sin Bisturí <input type="checkbox"/> Vasectomía Clásica <input type="checkbox"/> Procedimiento no concluido <input type="checkbox"/> TECNICA OPERATORIA NO SI Pomeroy <input type="checkbox"/> Ligadura sin Resección <input type="checkbox"/> Frimbiectomía <input type="checkbox"/> Bandas o anillos <input type="checkbox"/>	COMPLICACIONES ASOCIADOS AL PROCEDIMIENTO NO SI Ninguno <input type="checkbox"/> Perforación Uterina <input type="checkbox"/> Perforación u otra lesión vesical <input type="checkbox"/> Perforación u otra lesión intestinal <input type="checkbox"/> Lesión de trompas o mesosalpinx <input type="checkbox"/> Lesión de otra viscera <input type="checkbox"/> Lesión de vaso sanguíneo importante <input type="checkbox"/> Procedimiento no completado <input type="checkbox"/> Operación no prevista (especifique) <input type="checkbox"/>
COMPLICACIONES DE LA ANESTESIA NO SI Ninguna <input type="checkbox"/> Vómitos <input type="checkbox"/> Hipotensión <input type="checkbox"/> Depresión Respiratoria <input type="checkbox"/> Agitación Psicomotriz <input type="checkbox"/> Convulsiones <input type="checkbox"/> Otras <input type="checkbox"/>	TAMAÑO INCISION <input type="checkbox"/> Cm. DURAC. OPERACION <input type="checkbox"/> Min.	HALLAZGOS PATOLOGICOS NO SI Adherencias <input type="checkbox"/> Quistes ováricos <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/>

DATOS POST-OPERATORIOS COMP. POST-OPERATORIAS INMED. NO SI Ninguna <input type="checkbox"/> Dolor Abdominal <input type="checkbox"/> Complicación Cardio Respiratoria <input type="checkbox"/> Hemorragia o sangrado vaginal <input type="checkbox"/> Nauseas y vómitos <input type="checkbox"/> TRATAM. COMPLICACIONES NO SI Transfusión de sangre o plasma <input type="checkbox"/> Cirugía de emergencia <input type="checkbox"/> ESTADO DE EGRESO DEL PACIENTE NO SI Sano <input type="checkbox"/> Transferida a otro establecimiento <input type="checkbox"/> Fallecido <input type="checkbox"/>	TIEMPO DE HOSPITALIZACION NO SI Menos de 1 día <input type="checkbox"/> 1 a 2 días <input type="checkbox"/> Mas de 2 días <input type="checkbox"/> SEGUIM. POST OPERATORIO NO SI De emergencia <input type="checkbox"/> Visita al centro u hospital programado <input type="checkbox"/> Visita domiciliaria <input type="checkbox"/> No se realizo seguimiento <input type="checkbox"/>	COMPLICACIONES DESPUES DEL ALTA NO SI Ninguna <input type="checkbox"/> Infección Pélvica <input type="checkbox"/> Infección Urinaria <input type="checkbox"/> Infección de herida o hematoma <input type="checkbox"/> Fiebre por otra causa <input type="checkbox"/> Hemorragia o sangrado anormal <input type="checkbox"/> Dolor abdominal intenso, abdomen agudo <input type="checkbox"/> Fallecimiento <input type="checkbox"/>
---	---	--

NOMBRE Y APELLIDO DEL CIRUJANO: _____
ESPECIALIDAD DEL CIRUJANO: _____
FIRMA Y C.M.P. _____



HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTES DE AQV

Región y/o Sub-Región:		Establecimiento:															
Nivel de Atención			Sexo		Edad			Nivel de Instrucción			Historia Obstétrica			Tipo de Anestesia			Complic.
Hosp. Nac/Reg/ Apoyo (3)	Hosp. Materno-Infantil (2)	Centro Salud (1)	M	F	Edad	Ning. (9)	Prim. (1)	Sec. (2)	Sap. (3)	Gest.	Número Hijos	Uso Métodos Anticon.	Fecha (d/m/a)	Local (L)	Reg. (R)	Gral. (G)	
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
11																	
12																	
13																	
14																	
15																	

NOTA: Ver en el anverso las instrucciones del Bemado.



HOJA DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTES DE AQV INSTRUCTIVO

La presente hojas será completada a nivel de cada establecimiento donde se realicen actividades de AQV. La responsabilidad recaerá sobre el Director de cada establecimiento. Serán llenadas en duplicado, quedando la copia en el establecimiento y el original será remitido al Coordinador Subregional de Planificación Familiar.

1. INFORMACION GENERAL.- Se registrará el nombre de la Subregión, y del establecimiento donde se realiza la actividad de AQV, en la parte superior de la hoja.

2. NIVEL DE ATENCION:

Se colocará un aspa en el nivel que corresponda al establecimiento donde se realizó el AQV.

3. SEXO:

Se colocará un aspa en el casillero que corresponda

4. EDAD:

Colocar la edad en años cumplidos

5. NIVEL DE INSTRUCCION:

Colocar un aspa en el máximo nivel alcanzado por el paciente

6. GESTAS:

Anotar el número total de embarazos que haya tenido, no importando como hayan 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 el paciente en los últimos 12 meses.

Se registrarán de acuerdo a la siguiente codificación

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

9. FECHA:

Anotar la fecha de la intervención

TIPO DE ANESTESIA

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

11.

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

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