



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo

Movilizados por el
Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico-normativos

La Paz-Bolivia
2009

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva
PARA VIVIR BIEN





ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo

Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

Serie: Documentos Técnico – Normativos

PUBLICACIÓN
143

La Paz – Bolivia

R-BO WQ205 M665m No. 143 2009	Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo. 128.: ilus. (serie: documentos técnico-normativos N° 143)
	I. NORMAS TÉCNICAS II. HEMORRAGIAS EN LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO III. PROTOCOLOS CLÍNICOS IV. MANUALES V. BOLIVIA 1. T 2. SERIE

Manual de Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo.

Para mayor información: Unidad de Servicios de Salud y Calidad - Ministerio de Salud y Deportes, Calle Capitán Ravelo N° 2199. Telf 2441479 – La Paz – Bolivia.

Texto disponible en PDF: www.sns.gov.bo

DEPÓSITO LEGAL: 4-1-200-09-P.O.

ISBN: 978-99905-972-4-0

REVISIÓN

Dr. Renato Yucra - Responsable de Salud Materna MSyD

Lic. Eliana Del Pozo - Directora Ipas Bolivia

Lic. Reynaldo Pérez - Asociado de Programas Ipas-Bolivia

Dra. Malena Morales - Asociada de Programas Ipas-Bolivia

EDICIÓN

Marcos Paz Ballivián - Consultor Externo Ipas-Bolivia

La Paz, Unidad de Servicios de Salud y Calidad, Dirección General de Servicios de Salud – MSyD c: Ministerio de Salud y Deportes 2009.

La publicación de este documento se realizó gracias al apoyo financiero de SAAF/IPPF (Safe Abortion Action Fund/Internacional Planned Parenthood Federation).

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Se autoriza la reproducción de este material, de manera parcial o total, siempre y cuando se cite la fuente y la propiedad.

Impresiones Tellez Telf.: 2427370 - 71951389

Impreso en Bolivia

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Jorge Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Raúl Alberto Vidal
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Sr. Elving Linares Saenza
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Lic Marcelo Zaiduni Salazar
**VICEMINISTRO DE MEDICINA TRADICIONAL
E INTERCULTURALIDAD**

Dr. Igor Pardo Zapata
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Jacqueline Reyes Maldonado
**JEFE UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD
AUTORIDADES NACIONALES**

CONTENIDO

1	INTRODUCCIÓN.....	11
2	OBJETIVO Y REGLAS	17
2.1	OBJETIVO GENERAL.....	19
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
2.3	REGLAS GENERALES.....	20
3	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	23
3.1	PROTOCOLO PARA LA VINCULACIÓN ENTRE LAS MUJERES, FAMILIAS Y COMUNIDADES CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIO	25
3.2	PROTOCOLO PARA LA ORIENTACIÓN	27
3.2.1	Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios	29
3.2.2	Orientación en el pre - procedimiento	31
3.2.3	Orientación durante el procedimiento.....	32
3.2.4	Orientación post - procedimiento	32
3.3	PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA.....	33
3.3.1	Evaluación clínica de la mujer:.....	34
3.3.2	Aspiración manual endouterina (AMEU)	36
3.3.3	Legrado Uterino Instrumental (LUI)	55
3.3.4	Identificación y tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.....	61
3.4	PROTOCOLO PARA ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO	63
3.5	PROTOCOLO DE VINCULACIÓN CON SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD INTEGRAL.....	67
4	PREVENCIÓN DE INFECCIONES	71
4.1	DEFINICIONES CLAVES	74
4.2	PASOS EN EL PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL	

PLÁSTICO	75
4.2.1 Descontaminación (remojo)	76
4.2.2 Limpieza.....	78
4.2.3 Desinfección de Alto Nivel (DAN)	80
4.2.4 Almacenamiento	84
4.3 PASOS EN EL PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL METÁLICO.....	85
4.3.1 Descontaminación.....	85
4.3.2 Limpieza y enjuague.....	85
4.3.3 Esterilización	85
4.3.4 Almacenamiento	85
5 MODELO DE SALUD FAMILIA COMUNITARIA INTERCULTURAL.....	87
5.1 NIVELES DE GESTIÓN Y DE ATENCIÓN	91
5.1.1 Niveles de gestión.....	91
5.1.2 Niveles de atención de la red de servicios en salud	95
5.1.3 Funciones del personal de salud	96
5.1.4 Rol de la comunidad	100
6 GLOSARIO	103
7 BIBLIOGRAFÍA.....	115
8 ANEXO: FORMULARIO DE REGISTRO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO.....	121

PRESENTACIÓN

La Cumbre del Milenio reunió a 189 Estados miembros de las Naciones Unidas y trazó ocho objetivos y 18 metas, los afamados “objetivos del milenio”, destinados a la lucha contra la pobreza, el hambre, las enfermedades y la discriminación contra la mujer, entre otros. El quinto objetivo busca “mejorar la salud materna” y la meta seis “reducir en tres cuartas partes, entre 1990 y 2015, la tasa de mortalidad derivada de la maternidad”. Ambicioso objetivo e inmenso problema, el que nos plantean las tasas de mortalidad materna.

Es que el de la mortalidad materna, es decir, “la muerte de una mujer durante su embarazo, parto, o durante los 42 días después de su terminación, por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, parto o puerperio o su manejo, pero no por causas accidentales” como la define la OMS (Organización Mundial de la Salud), no es un tema sencillo, no basta con afirmar que la tasa de mortalidad materna en el mundo se mantiene estable en 400 defunciones por cada 100 000 nacidos vivos, desde antes de la realización de la Cumbre del Milenio, en 2000, ni que en ella inciden aspectos culturales, sociales, geográficos, económicos y de atención médica, entre otros.

La muerte de una madre, cualquiera sea el motivo, implica un conjunto de eventos que transforman dramáticamente la realidad de las personas, las familias y las comunidades, especialmente en poblaciones pobres y aisladas. Niños huérfanos, familias desintegradas, proyectos interrumpidos, peor salud y abandono educativo entre los sobrevivientes, entre otros, son apenas algunas de las más visibles y pesadas consecuencias de la muerte de las madres, a veces en la plenitud de sus vidas.

Evitar la muerte de una madre no requiere, necesariamente, de la utilización de alta tecnología, se puede lograr incluso en establecimientos de salud que tienen baja capacidad instalada y personal limitado, pero se necesita tener el conocimiento imprescindible y contar con insumos

y medicamentos de acuerdo a normas, reglas, protocolos y procedimientos técnicos. Cada madre tiene el derecho a gozar de un embarazo saludable con el mínimo de riesgos y complicaciones, tanto para ella como para su hijo y el Ministerio de Salud y Deportes pone todo su esfuerzo para que esto suceda.

Sin embargo, algunas veces el recurso técnico no es oportuno, o el personal de salud no ha logrado la confianza de la población, no hemos interpretado ni respetado su cultura, sus derechos. Sabemos que existen aspectos específicos relacionados a la práctica médica que son difíciles de cambiar, precisamente porque nos ha faltado entender que los derechos sexuales y los derechos reproductivos también son derechos humanos.

La atención integral de las hemorragias de la primera mitad del embarazo es, como se verá en este texto, actualizado y reeditado por su importancia, una de las prácticas médicas más efectivas y seguras que se recomiendan para enfrentar las consecuencias de hemorragias, espontáneas o inducidas, que afectan la salud de las mujeres gestantes. Apelamos, entonces, no sólo a la mejora de la atención médica en lo técnico, que es un objetivo permanente, sino también al compromiso renovado del personal de salud con la vida, no sólo para evitar más muertes maternas, también para tener un país cada día más saludable, para vivir bien.

Dr. Ramiro Tapia Sainz
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES



COPIA LEGALIZADA
Resolución Ministerial
18 MAR. 2009



VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que, la Nueva Constitución Política del Estado, en su artículo 18, párrafo I y II establece que "Todas las personas tienen derecho a la salud, y que el Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna";

Que, el Art. 3 del Código de Salud, establece que es atribución del Poder Ejecutivo a través del Ministerio de Salud y Deportes, definir las políticas nacionales de salud, normar, planificar, controlar y coordinar todas las actividades en todo el territorio nacional en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que, el artículo 90, del Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, establece entre las atribuciones específicas del Ministerio de Salud y Deportes en su literales a) d), y e), el de formular, promulgar y evaluar el cumplimiento de los programas de salud en el marco del desarrollo del país; garantizar la salud de la población a través de su promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación; ejercer, la rectoría, regulación y conducción sanitaria sobre todo el sistema de salud;

Que, mediante Ley N° 2426 se implementa el Seguro Universal Materno Infantil, en cuyo paquete de prestaciones se incluye el tratamiento de las Hemorragias de la Primera Mitad de Embarazo;

POR TANTO:

El señor Ministro de Salud y Deportes, en uso de las funciones que le confiere el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009, de Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;

RESUELVE:

Artículo Único.-Aprobar la "Normas, Reglas, Protocolos y Procedimientos Técnicos para el Manejo de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo" y documento que en anexo forma parte integrante e indivisible de la presente Resolución.

La Dirección General de Servicios de Salud y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud, quedan encargadas del cumplimiento de la presente Resolución Ministerial.

Regístrese, hágase saber, cúmplase y archívese.


Dr. José Alonso Mendoza C.
 DIRECTOR GENERAL DE
 ASUNTOS JURIDICOS
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Jonathan D. Marquina Salas
 VICEMINISTRO DE SALUD
 Y PROMOCION
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Ramiro Tapia Betanz
 MINISTERIO DE SALUD
 Y DEPORTES

ES COPIA FIEL DEL ORIGINAL


Richard Enrique Calderón
 Resp. Archivo y Documentación
 MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES





1 INTRODUCCIÓN

1 INTRODUCCIÓN

El Estado Boliviano ha reconocido al aborto como un problema serio de salud pública desde su Declaración de Principios sobre Población y Desarrollo Sostenible, presentada en la Conferencia del Cairo, en 1994. 15 años después, el país continúa soportando esta difícil realidad (al menos el 9.2% de las muertes maternas pueden atribuirse al aborto), aunque dotado de mejores herramientas sociales, médicas, técnicas y materiales para enfrentar un número creciente de complicaciones derivadas de su práctica en condiciones inseguras, así como para prevenir oportunamente los embarazos no deseados que pueden terminar en interrupciones riesgosas.

Desde entonces se han emitido políticas y programas para permitir a las parejas y, en especial, a las mujeres el acceso a servicios –casi siempre sin costo– de información, orientación y anticoncepción, garantizando el ejercicio de sus derechos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijo/as. Sin embargo, los esfuerzos comunicacionales y de servicios no han sido suficientes, especialmente en poblaciones alejadas y de escasos recursos. A esto se han sumado, muchas veces, prejuicios y desconocimientos de diversa naturaleza.

El aborto es, siempre, un problemática difícil y complicado para las mujeres que se ven forzadas por muchas razones a interrumpir su embarazo. La Ley no sanciona esta práctica en casos de violación y riesgo a la salud, que hacen a este procedimiento prácticamente inevitable, por los derechos de las mujeres reconocidos universalmente. La norma obliga a los servicios a brindar una atención médica, humana, gratuita y de calidad, a las mujeres con aborto, en cualquier circunstancia. Positivamente, se sabe que la mayoría de las defunciones como conse-

cuencia de un aborto espontáneo, inducido, no resuelto o complicado, son evitables, cada vez con mayor facilidad, incluso en regiones donde los servicios son precarios y el personal es poco especializado.

El tratamiento oportuno de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME) es una parte importante de la atención obstétrica que debe estar disponible en todos los establecimientos de la red de servicios, mediante el uso de la aspiración manual endouterina, tratamiento farmacológico y legrado uterino instrumental, por lo que los servicios de emergencias deben estar siempre en condiciones adecuadas y con los procedimientos actualizados, para mejorar la calidad de las prestaciones, disminuyendo los costos de intervención y los tiempos de estancia en los servicios de atención integral.

Dentro de este marco y con el propósito de garantizar la calidad de los servicios de salud, este manual, aborda procesos de normalización del manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en la red de servicios, en un renovado esfuerzo por facilitar el desempeño del personal de salud y consolidar las mejores relaciones con las mujeres, familias y comunidades, en un contexto de cambio ampliamente favorable para los más pobres, esencialmente respetuoso de las culturas indígenas y originarias y seriamente comprometido con la búsqueda de la equidad de género.

Desde la primera edición del Manual se ha incorporado un glosario de términos y expresiones que pueden ayudar a aclarar las dudas más frecuentes y a recordar algunos conceptos fundamentales. Este Glosario ha sido enriquecido, actualizado y colocado en la parte final del texto para facilitar el uso del Manual en sí mismo. La importancia de esas definiciones radica en que las mismas fueron las empleadas en el desarrollo del Manual, de manera que no se presten a interpretaciones

sesgadas o distorsionadas, con base a los adelantos científicos de amplio consenso universal. Son parte indisoluble del Manual.

La amplia difusión del Modelo de Gestión y Atención vigente ha hecho necesario que se de mayor énfasis a aspectos concretos de las funciones gerenciales, profesionales, técnicas y operativas, vinculadas con la prestación de servicios para la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, en el marco de los contenidos y metodologías de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SaFCI).

Hemos mantenido la referencia al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), como la estrategia de financiamiento y operación que asume los costos y organiza a los principales actores institucionales, aunque ya se han dado pasos decididos para que en el mediano plazo, este instrumento sea ampliado en el Seguro Universal de Salud (SUS), sin afectar las previsiones en materia de atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME).

Existe una Guía de Autoaprendizaje de la Atención Integral de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, destinada a extender los procedimientos definidos en este Manual. Se recomienda a los responsables de los Servicios Departamentales de Salud promover la utilización conjunta de estos textos y prever los recursos necesarios para su implantación.



2 OBJETIVO Y REGLAS

2 OBJETIVO Y REGLAS

2.1 OBJETIVO GENERAL

Normar y determinar las orientaciones centrales de la atención integral a las mujeres con hemorragias durante la primera mitad del embarazo, en las redes de servicios de salud y en el marco de las políticas públicas de salud que contribuyen a reducir la morbilidad y mortalidad materna.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer las reglas, protocolos y procedimientos para el manejo integral ambulatorio y hospitalario de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Establecer líneas estratégicas para la vinculación entre las mujeres, familias y comunidades con los proveedores de servicios, que respondan a sus necesidades y expectativas.
- Fortalecer el modelo de orientación para promover el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos con enfoque de género e interculturalidad.
- Fortalecer la competencia técnica de los proveedores de servicios para la atención inmediata a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Fortalecer la oferta de métodos anticonceptivos en el marco de la toma de decisiones basada en una elección libre e informada.
- Integrar el sistema de referencia y contrarreferencia, asegurando que las necesidades de las personas sean satisfechas.

2.3 REGLAS GENERALES

- La atención integral a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo, debe ser implementada en establecimientos de primer, segundo y tercer nivel de atención del Sistema Único de Salud, cumpliendo requisitos mínimos de normas quirúrgicas y de bioseguridad.
- El servicio debe ser prestado por proveedores capacitados en la atención integral de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Existen varios métodos para efectuar la evacuación endouterina. El misoprostol está indicado como una opción farmacológica de elección durante el primer y segundo trimestre en caso de aborto, por su efectividad, bajo costo y posibilidades de almacenamiento. Cuenta con una norma específica para su empleo en los servicios de salud. (Norma N°149) del MIASA.
- Las hemorragias de la primera mitad del embarazo pueden ser tratadas mediante las técnicas de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) o de Legrado Uterino Instrumental (LUI), en caso de:
 - Aborto incompleto o diferido
 - Aborto séptico
 - Enfermedad trofoblástica
 - Embarazo anembrionado
- Ambos procedimientos pueden ser ambulatorios u hospitalarios bajo anestesia local y sedación o anestesia general. También existen otras indicaciones para la utilización de esta técnica como ser: biopsia de endometrio y/o legrado terapéutico diagnóstico.
- Los establecimientos de salud deberán proveer los servicios sin costo para las mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo, en cumplimiento estricto de la Ley del Seguro Universal de Salud (SUMI).

- Los servicios de salud deberán trabajar en forma coordinada con la comunidad a través de las redes sociales para garantizar la referencia oportuna de mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo.
- Toda usuaria debe recibir servicios de información y orientación sobre sus derechos sexuales y reproductivos en el marco de la toma de decisiones basada en una elección libre e informada.
- El tratamiento quirúrgico (ambulatorio u hospitalario) de la emergencia deberá ser autorizado a través de la firma del documento correspondiente por la mujer o una persona adulta responsable.
- El alta médica de la mujer debe ser firmada en la historia clínica por el médico tratante de acuerdo a normas establecidas.
- Todos los establecimientos que no cumplen con los requisitos mínimos de normas quirúrgicas y de bioseguridad deben estabilizar a la mujer y realizar la referencia acompañada a servicios que cuenten con la capacidad resolutive.



3 PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS

3 PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS

3.1 PROTOCOLO PARA LA VINCULACIÓN ENTRE LAS MUJERES, FAMILIAS Y COMUNIDADES CON LOS PROVEEDORES DE SERVICIO

Propósito

Promover el trabajo coordinado entre proveedores de salud y las mujeres, familias y comunidad organizada, a través de redes sociales para la prevención de embarazos no deseados y abortos en condiciones de riesgo, la movilización de recursos técnicos y financieros para ayudar a mujeres a recibir cuidados adecuados y oportunos y para asegurar que los servicios de salud respondan y llenen las expectativas y necesidades de la comunidad, mediante el diálogo intercultural y la búsqueda de la equidad de género.

Líneas de acción

- Información y orientación para ayudar a las mujeres que lo deseen a espaciar los em-

barazos, planificar embarazos saludables, prevenir embarazos no deseados, reducir la cantidad de abortos en condiciones de riesgo y promover el uso de la anticoncepción.

- Participación activa de la comunidad en el control y mejoramiento de la oferta de servicios, de modo que las prestaciones satisfagan sus necesidades en salud, al garantizar la capacidad resolutiva y la adecuación intercultural de la atención.
- Promoción de servicios de ginecología y obstetricia de calidad, incluyendo servicios de atención a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo, en el marco de sus derechos humanos.
- Capacitación en el reconocimiento de signos y síntomas de las hemorragias de la primera mitad del embarazo,

promoviendo el autocuidado y la búsqueda oportuna de asistencia, con el enfoque del continuo de la atención.

- Movilización de recursos comunitarios para asegurar la atención oportuna, incluyendo el transporte y el acompañamiento de las mujeres hasta un establecimiento de salud.

Resultado Esperado

Mujeres, familias, comunidades y proveedores de servicios de salud se encuentran informados, capacitados, motivados, comunicados y trabajan en estrecha colaboración para lograr el acceso a servicios de atención integral a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo y de salud en general.

Responsables

Médicos(as) especialistas, generales, licenciadas y auxiliares de enfermería, psicólogos(as), trabajadoras(as) sociales, personal administrativo, agentes

comunitarios, dirigentes y autoridades locales, de acuerdo a sus roles y competencias.

Capacidad resolutive mínima

Los tres niveles de la red de servicios, incluyendo las brigadas de salud familiar y comunitaria.

Procedimientos

Las mujeres, familias y comunidades deben ser informadas sobre los derechos de la mujer, las responsabilidades del personal de salud, el respeto a las prácticas médicas tradicionales, la importancia de identificar las complicaciones del embarazo, la capacidad resolutive del servicio, tratamientos disponibles, dificultades para el acceso a los servicios y tiempo de permanencia para la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo. Por otro lado, recibirán información y orientación en anticoncepción.

Lo ideal es que todas las mujeres en edad reproductiva y sus

familias reciban individualmente visitas en su hogar por parte de un/a agente comunitario, capacitado por el personal de salud, que les proporcione información y absuelva todas sus preocupaciones. Reuniones de grupos de mujeres y de la comunidad pueden ser utilizadas con el mismo propósito, agregando actividades recreativas y de educación por entretenimiento (música, danza y teatro). Es necesaria una labor planificada de incidencia política con organizaciones comunitarias y autoridades locales, con planes de acción específicos, que incluyan recursos para garantizar el acceso geográfico, económico y cultural a los servicios con capacidad resolutoria de la emergencia obstétrica.

En comunidades indígenas y originarias y en lugares de amplia difusión de valores comunitarios, es necesario convenir con médicos tradicionales y reconocer prácticas culturales socialmente aceptadas, para incorporarlas, en forma concertada, en la presta-

ción de los servicios de atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (HPME).

Sistema de información y registro

Sistema Nacional de información en salud (SNIS). Informes del CAI institucional. Informes del CAI comunal. Actas de reuniones de DILOS. Mesas de Salud.

3.2 PROTOCOLO PARA LA ORIENTACIÓN

Propósito

Establecer un proceso de comunicación directo y privado, del personal de salud con las mujeres, que permita entender en forma profunda su situación para identificar y responder a sus necesidades emocionales, médicas, sociales, culturales, económicas y otras, promoviendo el ejercicio de los derechos sexuales y derechos reproductivos así como la toma de decisiones basada en la elección libre e informada.

Líneas de acción

- Establecimiento de una relación cordial, libre de todo tipo de discriminación, amistosa y colaborativa, evitando juicios de valor.
- Evaluación de la condición socioeconómica y cultural de la mujer y su familia, valorando sus expresiones y motivaciones y aceptando sus interpretaciones.
- Identificación de sus necesidades de información y servicios, las posibilidades de satisfacerlas y las modalidades más adecuadas disponibles.
- Respuesta puntual y detallada a las necesidades de la mujer, definiendo claramente las posibilidades de atenderlas, las conductas que serían las más adecuadas y las recomendaciones necesarias para un tratamiento integral de su problema.
- Verificación y refuerzo de la comprensión mutua de los mensajes

Resultado Esperado

Mujeres se encuentran amigablemente informadas sobre su estado clínico, las características, los beneficios y riesgos del procedimiento a ser realizado, las formas de combinación con sus formas tradicionales de enfrentar los problemas de salud y conscientes de su decisión libre e informada sobre sus opciones anticonceptivas, sus derechos y responsabilidades.

Responsables

Equipo de médicos(as) especialistas, generales, licenciadas y auxiliares de enfermería, psicólogos(as), trabajadores(as) sociales capacitados(as) y familiares o vecinos de su confianza.

Capacidad resolutive mínima

Los tres niveles de atención, incluyendo brigadas de salud familiar y comunitaria.

Sistema de información y registro

Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS) Historia clínica

perinatal básica. Formulario consolidado de información sobre atenciones a las hemorragias de la primera mitad del embarazo. (Anexo 1).

F.O.PO.S. (Formulario para la otorgación de prestaciones oportunas para el SUMI).

Notificación

Dirección del servicio de salud
Coordinador Técnico de Red
SNIS.

Procedimientos

3.2.1 Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios

Todo trato entre la mujer y el personal de salud, desde el momento en que llega al establecimiento de salud hasta que se le da de alta, influye en la satisfacción de la mujer sobre la atención que recibe, en su recuperación y en el auto cuidado después de que abandona el establecimiento de salud.

Cada miembro del equipo de salud puede contribuir al mejoramiento de la calidad de atención que reciben las mujeres, estimulando la comunicación abierta, asegurando la confidencialidad y privacidad de lo que expresan, así como manteniendo siempre un trato de apoyo amistoso y respetuoso hacia la mujer.

El trato y la comunicación entre la mujer y el personal de salud debe caracterizarse por:

- Respeto a su situación personal, apoyo y trato humanizado, mientras se atienden sus necesidades clínicas inmediatas.
- Actitud libre de prejuicios, sin discriminación, recriminación ni coerción en entrega de servicios.
- Aplicación cuidadosa de elementos de la comunicación interpersonal, utilizando lenguaje sencillo y mostrando una actitud positiva.

- Creación de un ambiente personalizado y de confianza mutua, entre el personal de salud y las mujeres que solicitan la atención clínica.
- Resguardo de la confidencialidad y privacidad que necesitan las mujeres.
- Disponibilidad de información sobre su condición de salud, retorno a su fertilidad y autocuidado de su salud.
- Respeto por el derecho que tienen las mujeres para tomar decisiones sobre su salud y fertilidad.
- Respuesta detallada y sincera a las inquietudes de las mujeres, motivando a que expresen libremente sus puntos de vista, dudas y preguntas.

3.2.2 Orientación en el pre - procedimiento

Se pretende estructurar una relación en la cual la mujer adquiera confianza, exprese sus sentimientos,

temores y dudas, y se prepare para el procedimiento contando con toda la información sobre el mismo.

El proveedor debe:

- Saludar, presentarse y preguntar el nombre a la mujer.
- Buscar un sitio tranquilo donde pueda hablar con privacidad y explicar que la conversación será confidencial.
- Sentarse a su lado, si la mujer está acostada.
- Preguntarle si desea hablar en privado o con la participación de su acompañante, si lo tuviera.
- Preguntar qué le pasó, cómo se siente, indagar sobre sus preocupaciones, temores, sus condiciones, su situación actual y escuchar atentamente la situación expuesta.
- Motivar a la mujer a que considere importantes sus propias

- necesidades y sentimientos, dándole a conocer sus derechos sexuales y derechos reproductivos para el ejercicio de los mismos.
- Informar sobre su responsabilidad con respecto al cuidado de su salud y reconocer su decisión de buscar asistencia.
- Indagar sobre sus deseos reproductivos y los métodos anticonceptivos que conoce/usa o si desea quedar embarazada.
- Informar a la mujer acerca de:
 - Su condición física general.
 - Los resultados del examen físico y de las pruebas de laboratorio si las tiene.
 - El tiempo necesario para el tratamiento.
 - Procedimiento a ser utilizado, así como sus riesgos y beneficios.
 - La necesidad de referirla a otro centro si el caso lo requiere.
- El tiempo de estancia hospitalaria.
- Obtener la autorización firmada para su tratamiento (consentimiento informado). En caso de no estar en condiciones de hacerlo, es válida la firma de un miembro de su familia u otro adulto responsable.

3.2.3 Orientación durante el procedimiento

Consiste en acompañar y brindar apoyo emocional a la mujer para el manejo conductual del dolor, mejorando su desempeño y facilitando el proceso.

El proveedor debe:

- Con la ayuda del personal de apoyo (enfermera, auxiliar u otros), brindar apoyo emocional a la mujer durante todo el procedimiento y procurar que practique ejercicios de respiración y que hable sobre temas

interesantes para ella (anestesia conductual).

- Informar a la mujer, en todo momento, los pasos que se realizan (no brindar detalles técnicos).
- En caso de que la mujer hubiera decidido por un método anticonceptivo, confirme su decisión.
- Informar sobre los resultados, cuidados post procedimiento, señales de alarma y sobre el método anticonceptivo elegido.

3.2.4 Orientación post - procedimiento

Una vez concluido el procedimiento, se verifica el estado emocional y físico de la usuaria, informándole sobre los cuidados que debe tener, las señales de alarma y el uso de anticonceptivos.

El proveedor debe:

- Preguntar a la mujer como se siente.

- Brindar la siguiente información:
 - Es aconsejable evitar tener relaciones sexuales hasta que cese el sangrado.
 - Puede presentarse un dolor abdominal leve.
 - Instrucciones de cómo tomar los medicamentos prescritos.
 - Información sobre la higiene rutinaria.
 - El sangrado o goteo (no mayor al de una menstruación) disminuirá progresivamente hasta los 15 días.
 - Identificación de señales de alarma: dolor abdominal intenso, sangrado abundante (mayor al de una menstruación), fiebre y/o escalofríos, malestar general y desvanecimiento.
 - No debe colocarse ningún objeto dentro de la vagina hasta que cese el sangrado (tampones).
 - Puede quedar embarazada antes de su próxima menstruación, ya que el retorno a la fertilidad suele ocurrir entre los 7 a 14 días si-

- güentes (el retorno de la menstruación puede presentarse dentro de las 4 a 8 semanas siguientes).
- Información sobre los métodos anticonceptivos para evitar o posponer el embarazo en caso de que no haya optado por uno previamente.
 - Información sobre dónde y cómo obtener servicios y métodos anticonceptivos.
 - Fecha de retorno para su control.
- Verificar la comprensión de las características del método elegido en caso de haber optado por alguno.
 - Orientar a la mujer sobre los riesgos en caso de desear un embarazo inmediatamente.
 - Referir a la especialidad correspondiente, en caso de presentar patología concomitante a la actual.

3.3 PROTOCOLO PARA EL TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA

Propósito

Brindar atención integral y resolver la hemorragia de la primera mitad del embarazo y sus complicaciones mediante las técnicas de Aspiración Manual Endouterina (AMEU) y/o Legrado Uterino Instrumental (LUI).

Líneas de acción

- Evaluación clínica de la usuaria e identificación de complicaciones.
- Determinación del tipo de manejo.
- Determinación del procedimiento y la técnica de evacuación uterina.

Resultado Esperado

Mujeres con tratamiento especializado de acuerdo a diagnóstico.

Responsables

Personal médico y de enfermería capacitado para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo.

Capacidad resolutive mínima

Los tres niveles de atención que cuenten con capacidad resolutive instalada y con personal capacitado.

Primer nivel de atención:

- En caso de hemorragia con compromiso del estado general, canalizar vena con bránula N° 19 y administre solución de ringer lactato 1000 ml, con una ampolla de 10 UI de oxitocina a goteo continuo, o una ampolla 0.2 mg de ergometrina por vía IM.
- En caso de contar con equipamiento y recurso humano capacitado en la técnica de AMEU o LUI, realizar la evacuación uterina. De lo contrario, referir a la mujer a un centro con mayor capacidad

resolutiva (referencia acompañada).

Segundo y tercer nivel de atención:

- Canalizar vena con bránula N° 19 y administrar solución de ringer lactato, 1000 ml, con una ampolla de oxitocina a goteo continuo o una ampolla de ergometrina 0.2 mg por vía IM.
- Solicitar inmediatamente exámenes complementarios de laboratorio para prever una transfusión sanguínea segura, descartar infección y, si es necesario y se cuenta con el equipamiento, solicitar ecografía ginecológica.
- Efectuar evacuación uterina por AMEU o LUI de acuerdo a norma.

Procedimiento:

3.3.1 Evaluación clínica de la mujer:

La evaluación de la mujer es de suma importancia antes de ini-

ciar la evacuación uterina, para lo cual se deben considerar los siguientes pasos:

- Detectar y atender las condiciones que ameriten tratamiento previo.
- Elaborar la historia clínica.
- Evaluar su estado emocional para determinar el tipo de manejo del dolor.
- De acuerdo al diagnóstico del estado emocional de la usuaria se podrá utilizar, además del bloqueo paracervical, la sedo analgesia, administrando un analgésico, antiespasmódico o ansiolítico, vía oral o intramuscular, media hora antes del procedimiento.
- Indagar antecedentes de reacciones alérgicas a sustancias y medicamentos.
- Realizar un examen físico general y solicitar exámenes complementarios, si fueran necesarios.
- Realizar palpación bimanual para determinar el tamaño real del útero, su posición y el grado aproximado de dilatación cervical.
- Realizar diagnóstico clínico: aborto completo o incompleto, en curso o diferido (retenido), inminente, séptico, embarazo molar, anembrionado y retención de restos placentarios. Descartar embarazo ectópico.
- Identificar complicaciones: infección o sepsis, perforación uterina, laceración cervical, lesión intraabdominal, alteraciones hemodinámicas (shock) y alteraciones hematológicas.
- Informar a la mujer sobre su condición física, el procedimiento y el propósito del mismo.
- Cumplir con las medidas para la prevención de infecciones.
- Determinar el tipo de manejo: ambulatorio u hospitalario.

- Determinar la técnica de evacuación uterina: AMEU o LUI.

3.3.2 Aspiración manual endouterina (AMEU)

Para realizar el AMEU, considere las siguientes indicaciones, contraindicaciones y precauciones:

Indicaciones de AMEU

- Tratamiento del aborto incompleto con tamaño uterino menor o igual a 12 cm y valoración si existe dilatación cervical.
- Aborto infectado o séptico, hasta 6 a 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido de tamaño uterino menor o igual a 12 cm.
- En caso de enfermedad trofoblástica, independientemente del tamaño uterino.
- Embarazo anembrionado y/o huevo muerto retenido, con tamaño uterino menor o igual

a 12 cm y valoración si existe dilatación cervical.

- Biopsia de endometrio.

Contraindicaciones de AMEU

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto incompleto o diferido con tamaño uterino mayor a 12 cm, con o sin dilatación cervical.
- Aborto infectado o séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Precauciones

Se debe realizar en ambiente quirúrgico, con disponibilidad de sangre segura y medicamentos de emergencia, en los siguientes casos:

- Antecedente de trastornos de la coagulación.
- Cirugía previa uterina reciente.
- Sospecha de perforación uterina. Anemia severa.

- Anomalías uterinas congénitas.
- Presencia de fibromas u otros obstáculos que impidan determinar el tamaño del útero.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Trastornos respiratorios severos.
- Cardiopatía descompensada.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.
- Aborto diferido.
- Taburete.
- Lámpara cuello de ganso.
- Tubo de oxígeno, manómetro, máscara de oxígeno.
- Oxígeno o bigotera.
- Bolsa de Ambú.

Instrumental:

- Una jeringa de válvula simple (biopsia de endometrio).
- Una jeringa de válvula doble Ipas AMEU Plus.
- Cánulas de 3 mm (biopsia de endometrio).
- Cánulas EasyGrip™ de 4 a 10 y 12 mm de diámetro externo.
- Juego de dilatadores de Deniston.
- Espéculo de Graves (mediano).
- Pinza de cuello, Pozzi o tenáculo.

Requerimientos

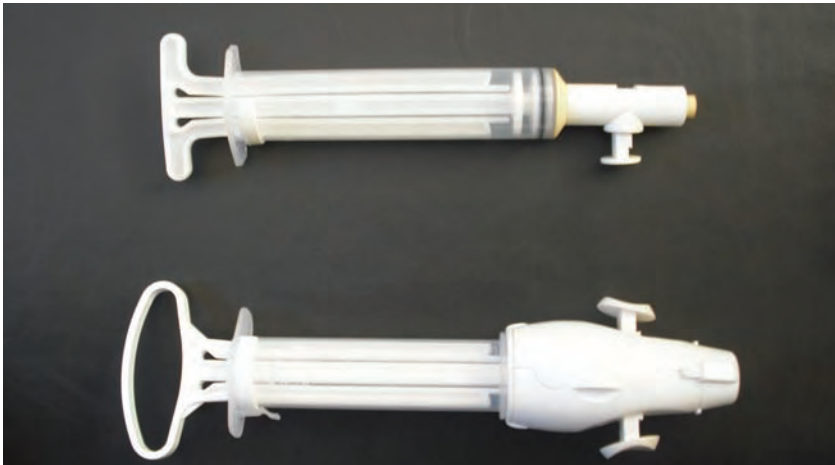
Equipamiento:

- Mesa ginecológica con pierneras.
- Mesa auxiliar.
- Gradilla.

- 2 Pinzas de Foerster recta de 25 cm (pinza aro larga).
- Pocillo metálico.
- Riñonera.
- Extensor de aguja (no indispensable).
- Citrato de fentanilo, 0.05 mg/ 1 ml..
- Sulfato de atropina 1 mg/ 1 ml.
- Lidocaína HCL al 2% sin epinefrina 10 ml.
- Naloxona 0,4 mg 1 ampolla.

Medicamentos:

- Antiespasmódico. Ejemplos: metil bromuro de hioscina, derivados de papaverina u otros disponibles.
- Diazepam 5 mg/ 1 ml.
- Epinefrina 0,4 mg 1 ampolla.
- Oxitocina 5 UI 1 ampolla.
- Solución salina o agua destilada 10 ml.



Jeringa de Aspiración Manual Intrauterina Ipas AMEU Plus

- Rínger lactato 1000 ml.
- Solución fisiológica 1000 ml.

Insumos:

- Silicona para lubricar la jeringa.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 x 7 cm (pequeñas) o torundas de gasa.
- Par de guantes estériles.
- Guante de tacto.
- Tres jeringas descartables de 5 ml con aguja 21 G x 1 y medio.
- Una jeringa descartable de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio.
- Balde plástico forrado internamente con bolsa negra de nylon con perforaciones pequeñas.
- Solución de hipoclorito de sodio al 0,5%.
- Bránula N° 19.
- Equipo de venoclisis.

- Jeringa o aspirador Ipas AMEU Plus.

Selección del tamaño de la cánula:

- Se hará de acuerdo al tamaño del útero y al grado de dilatación cervical (cánula, generalmente 1 ó 2 diámetros menor que el tamaño del útero).
- En el caso de enfermedad trofoblástica (Mola), seleccionar una cánula de diámetro grande (9,10 ó 12).

Preparación de la jeringa:

- Inspeccionar las jeringas y las cánulas: desechar inmediatamente las que tengan cualquier rotura visible.
- Revisar el émbolo y la válvula: el émbolo deberá estar colocado totalmente dentro del cilindro y con la válvula de seguridad abierta, con el (los) botón(es) de la válvula abierto(s).

Jeringa o aspirador Ipas AMEU Plus

Proporciona un vacío de 24 a 26 pulgadas de mercurio. Consta de los siguientes componentes:

- Una válvula con un par de botones que controlan el vacío, una tapa y un revestimiento desmontable.
- Un émbolo con mango y un anillo O.
- Un cilindro de 60 cc para depositar el contenido de la evacuación endouterina con un clip que sujeta el aro de seguridad.
- Aro de seguridad.

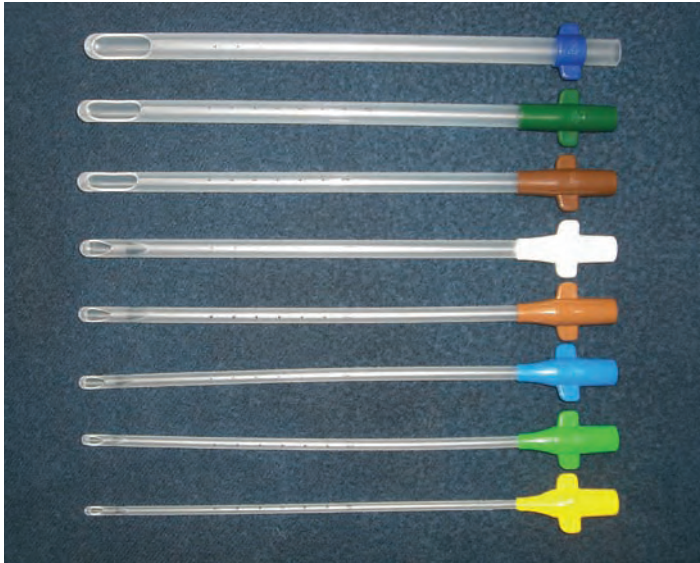
Características de las cánulas EasyGrip™

Las cánulas EasyGrip™ se caracterizan por ser semirígidas, brindando la sensación táctil como la cureta metálica. Tienen el adaptador integrado (base - fija), en forma de asa por lo que no necesita ningún adaptador individual. Esta base permite que las cánulas se conecten directamente a la jeringa de válvula doble.

- Cuando se utilice la jeringa sencilla, cerrar la válvula de seguridad empujando el botón hacia abajo y adelante hasta que se escuche que encajó en su lugar.
- Cuando se utilice la jeringa de válvula doble, empujar los dos botones de la válvula al mismo tiempo hacia adentro y adelante.

Tamaño de la cánula en relación al tamaño uterino

Tamaño uterino en semanas después de la FUM	Tamaño de la cánula sugerido
De 4 a 6 semanas	De 4 a 7 mm
De 7 a 9 semanas	De 5 a 10 mm
De 9 a 12 semanas	De 8 a 12 mm



Juego de Cánulas EasyGrip™

- Preparar la jeringa tomando el cilindro y jalando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal, que el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente. En la jeringa de válvula doble buscar la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

- Revisar la jeringa antes de usarla para asegurar la tensión del vacío. Abrir la válvula de seguridad. Deberá escucharse una entrada de aire dentro de la jeringa, indicando que había vacío dentro de ésta. Desechar la jeringa si no mantiene el vacío.
- Volver a preparar la jeringa apretando los botones adentro y afuera tomando el cilindro y jalando el émbolo hacia atrás hasta que los brazos de éste hagan un chasquido hacia fuera. Los brazos del émbolo deben estar totalmente asegurados sobre el borde del cilindro, de forma tal que, el émbolo no pueda moverse hacia adelante involuntariamente. En la jeringa de válvula doble busque la simetría entre la válvula de seguridad, la base del cilindro y el asa del émbolo.

TÉCNICA

Preparación de la mesa auxiliar:

Opción A1 En caso de que la jeringa Ipas AMEU Plus haya sido sometida a Desinfección de Alto Nivel (DAN) o esterilización, toda la mesa (100%) se considera área rígida.

Opción A2: En caso de que la jeringa Ipas AMEU Plus sólo haya sido sometida a limpieza.

- Colocar un campo estéril que cubra toda la superficie de la mesa.
- Un 60% de la mesa debe ser considerada como área rígida (nunca debe tocarse esta área con las manos).
- Un 40% de la mesa será considerada área semi-rígida.

En el área rígida colocar el siguiente instrumental estéril:

- 1 Pinza aro.

- 1 Espéculo.
- 1 Pinza de cuello uterino (Pozzi o tenáculo).
- 1 Extensor de aguja (no indispensable).
- 1 Jeringa de 10 ml con lidocaína diluida.
- 1 Riñonera.
- 1 Pocillo con antiséptico.
- 1 Juego completo de cánulas EasyGrip™.
- 1 juego completo de Dilatadores de Denniston.
- 10 Gasas.
- En caso de disponer de un sólo equipo y existir más demanda de procedimientos, seleccionar las cánulas y dilatadores adecuados para cada caso, según los requerimientos del examen físico por tacto vaginal realizado previamente.

En el área semirrígida colocar una Jeringa Ipas AMEU Plus.

Opción B

- Colocar un campo estéril que cubra toda la superficie de la mesa.
- Un 60% de la mesa debe ser considerada como área rígida (nunca debe tocarse esta área con las manos).
- Un 40% de la mesa será considerada área semi-rígida.

Momento metálico:

- En el área rígida colocar 1 Pinza aro.
- En el área semirrígida colocar el siguiente instrumental:
 - 1 Pinza aro.
 - 1 Espéculo.
 - 1 Pinza de cuello uterino (Pozzi o tenáculo).
 - 1 Extensor de aguja (no indispensable).
 - 1 Jeringa de 10 ml con lidocaína diluida.



Mesa auxiliar – Opción A

- 1 Riñonera.
- 1 Pocillo con antiséptico.
- 10 Gasas.

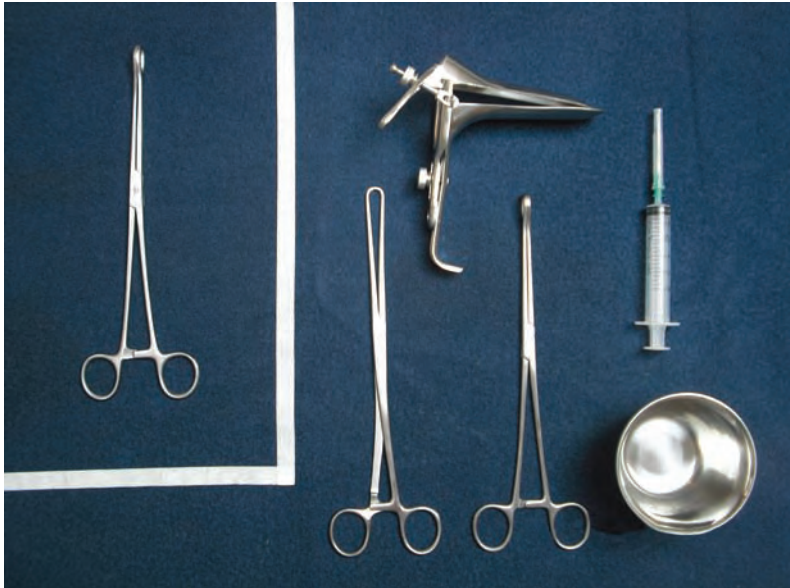
car una Jeringa de Ipas AMEU Plus.

Momento plástico:

- En el área rígida colocar el siguiente instrumental:
 - 1 juego completo de cánulas EasyGrip™.
 - 1 juego de Dilatadores de Denniston.
- En el área semi-rígida colo-

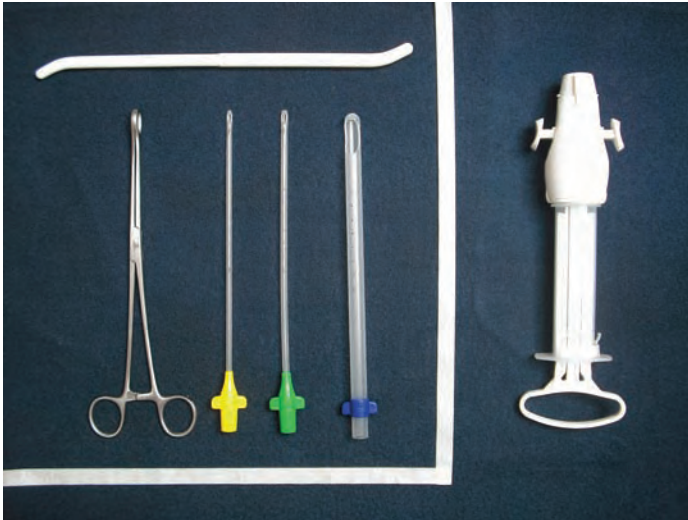
Preparación de la mujer:

- Solicitarle que evacúe la vejiga.
- Trasladarla a la sala de procedimientos.
- Pedirle que se coloque en posición ginecológica, cubriéndola con una sabanilla de acuerdo a técnica (no es necesario realizar tricotomía).



Mesa auxiliar – Opción B
Momento metálico

- Colocarse el guante de tacto.
 - Realizar asepsia y antisepsia de la región vulvar con gasas embebidas en solución anti-séptica.
 - Realizar el examen pélvico bimanual para determinar el tamaño, posición y características del útero así como la dilatación del cuello uterino.
 - Desechar el guante de tacto
- previa descontaminación con hipoclorito de sodio al 0,5%.
- Lavarse cuidadosamente las manos.
 - Colocarse los guantes estériles.
 - Realizar sedo analgesia parenteral en caso de que la medicación pre procedimiento no fue suficiente para el manejo del dolor, de la siguiente manera:



Mesa auxiliar – Opción B
Momento plástico

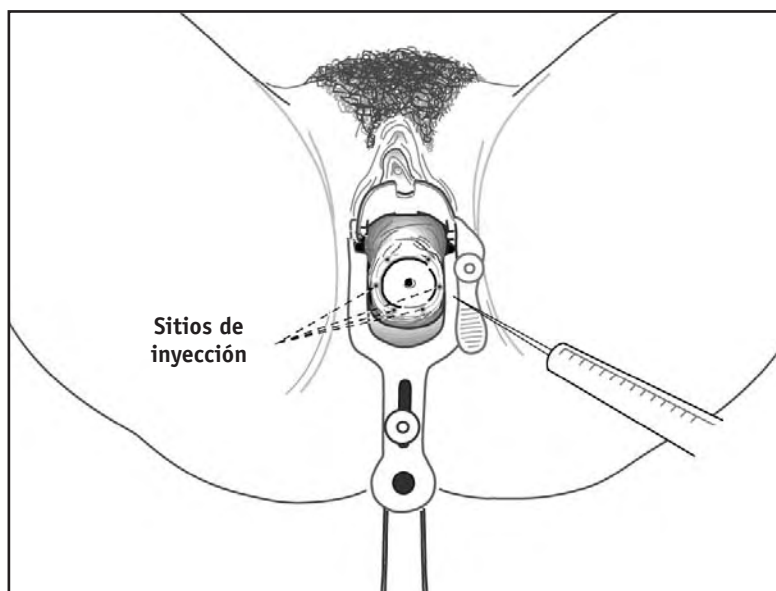
- Canalizar una vena con bránula N° 19 y administre solución de rínger lactato 1000 ml a 18/24 gotas por minuto.
- Administrar por vía EV diazepam 5 mg/ml 1 ampolla, en forma lenta.
- Como alternativa puede administrarse citrato de fentanilo 0.05 mg/ml endovenoso, diluido en 5 ml de solución. Si se utiliza este medicamento debe tenerse siempre a la mano naloxona, para revertir inmediatamente el efecto del fentanilo. En caso de reacciones colaterales, referirse a cuadro: Complicaciones en el manejo del dolor.
- Otra opción es administrar sulfato de atropina 1 mg/1 ml por vía IM.

Realizar el bloqueo paracervical:

- En una jeringa de 10 ml con aguja 21 G x 1 y medio, cargar 5 ml de lidocaína HCL al 2% sin epinefrina más 5 ml de solución salina o agua destilada, para obtener la concentración

de lidocaína al 1%. Si se cuenta con el extensor de aguja conéctelo a la jeringa.

- Colocar cuidadosamente el espéculo vaginal adecuado para las características de la mujer.
- Realizar asepsia del cuello uterino con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Estabilizar el cuello uterino tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero con una pinza de cuello (Pozzi) y aplicar una suave tracción que permita observar el repliegue cervicovaginal posterior.
- Aplicar el bloqueo paracervical en los puntos horarios 5 y 7 con aguja de punción lumbar N° 18 o utilizar la misma aguja 21 G x 1 y medio (con extensor, si se cuenta con él). Si es posible, aplicar el bloqueo paracervical antes del pinzamiento con la pinza de Pozzi.



Sitios de inyección en el bloqueo paracervical

- Aspirar para verificar que no está inyectando en un vaso. Administrar 1 ml para verificar probable reacción alérgica. Completar la aplicación lentamente.
- Esperar 3 a 5 minutos hasta que haga efecto el anestésico.

Pasos de la AMEU

- Dilatar el cérvix uterino en los casos en que el cuello está cerrado, para permitir el paso de la cánula de acuerdo al tamaño del útero.
- Dilatar el cérvix uterino tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media e introduzca el de menor calibre. Luego rotar al lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número inmediatamente superior al diámetro de la cánula que va a utilizar.
- Para introducir la cánula Easy

Grip™ tomar por el extremo distal con la “técnica de no tocar” y empujar suavemente a través del cérvix uterino hasta un poco después del orificio cervical interno. Rotar la cánula con presión suave para facilitar la introducción.

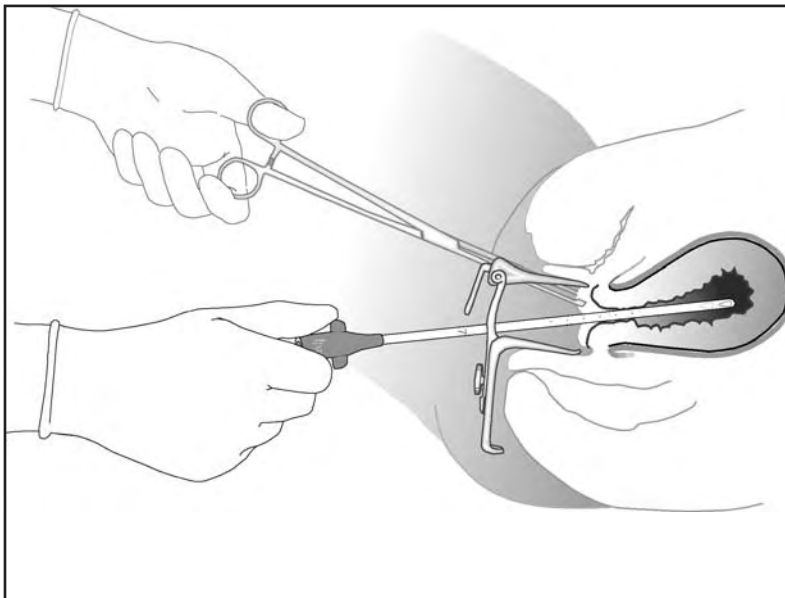
- Para facilitar la inserción de la cánula, aplicar movimientos de rotación a medida que ejerce una presión suave hasta tocar el fondo de la cavidad uterina. Observar la profundidad uterina por los puntos visibles de la cánula y determine la histerometría, el primer punto de la cánula se encuentra a 6 cm del borde romo de la cánula. Los otros puntos están a intervalos de 1 cm. Retire 1 cm. antes de conectar la cánula a la jeringa.
- Tomar el extremo de la cánula que no entra en el útero con los dedos pulgar e índice y la jeringa con la otra mano.

- Conectar la cánula a la jeringa.
- Asegurarse de no empujar la cánula hacia adelante en el útero mientras conecta la jeringa.
- Liberar el vacío oprimiendo los botones de la jeringa y rote 360 grados de la jeringa para distribuir el vacío en la cavidad uterina. La aspiración comenzará de inmediato. Deberá verse pasar restos tisulares y sangre por la cánula hacia la jeringa.

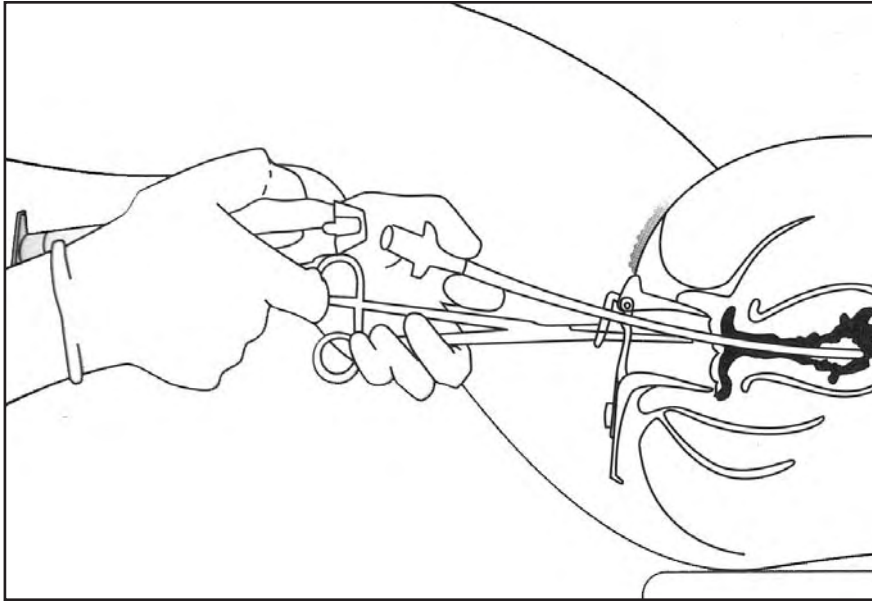
Técnica de no tocar:

Las partes del instrumental que entrarán en contacto con el útero no deben tocar otros objetos o superficies no estériles, incluida la pared vaginal, antes de ser introducidas.

- Extraer el contenido de la cavidad uterina desplazando lenta y suavemente la cánula y el aspirador o jeringa con movimientos de rotación de 180 grados en cada dirección



Introducción de la cánula



Conexión de la cánula a la jeringa

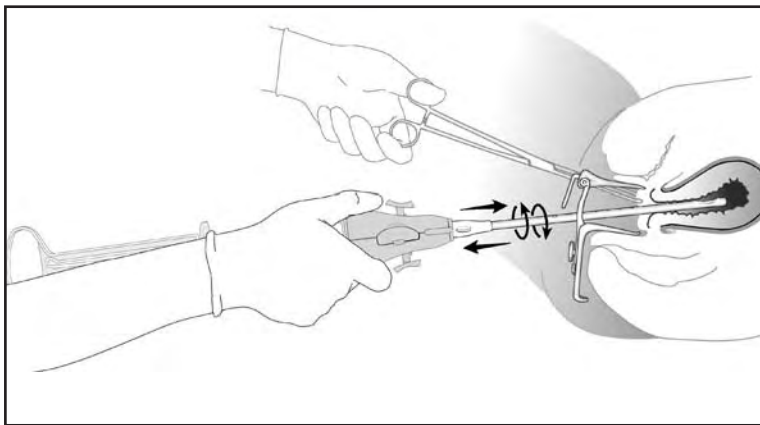
y, simultáneamente, ejerciendo un movimiento de adentro hacia fuera en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de que la abertura de la cánula no sobrepase el orificio cervical externo, para evitar perder el vacío.

- Si la jeringa se llena de restos, cerrar la válvula, desconectar la jeringa de la cánula,

dejando la cánula colocada dentro de la cavidad uterina (no empujar el émbolo hacia dentro cuando desconecte la jeringa).

- Abrir la válvula de seguridad y empuje suavemente el émbolo dentro del cilindro para vaciar el contenido de la jeringa en el recipiente o riñonera e inspeccionarlo.

- Restablecer el vacío, reconectar la jeringa a la cánula y continuar la aspiración, o conectar otra jeringa preparada con vacío para completar la aspiración, en caso necesario.
- Verificar las señales de haber completado el procedimiento y desconecte la jeringa.
- Acabado el procedimiento, inspeccionar el tejido para cerciorarse de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
- Retirar la cánula y la pinza de cuello. Verificar que no exista sangrado en puntos de agarre de la pinza de cuello (Pozzi). En caso de sangrado, presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
- Retirar suavemente el espéculo.



Extracción del contenido uterino

- Depositar el instrumental metálico en el balde con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, para descontaminación, o simplemente en un balde con agua (remojo).
- Aspirar la solución de hipoclorito o de agua dentro de la jeringa y la cánula mínimamente 3 veces para asegurar que no queden restos en la cánula.

Las señales de haber completado el procedimiento de AMEU son:

- Se observa en la cánula espuma roja o rosada y no se ven más restos en la misma.
- Se percibe una sensación áspera o arenosa cuando la cánula se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula dificultando su movilización.

DIFICULTADES DURANTE LA AMEU

1.- Complicaciones en el manejo del dolor

Tipo de analgesia	Nombre del Medicamento (genérico)	Dosis habitual y horario	Duración del efecto	Reacciones colaterales más frecuentes	Antagonistas
Narcótica	Demerol Petidina (meperidina)	25 a 50mg. IV` 50 a 100 mg. IM 30 a 60 minutos antes del procedimiento 100 a 150 mg (VO) 30 a 60 minutos antes del	2 horas	Somnolencia, aturdimiento, debilidad, euforia sequedad de la boca	Naloxona ` 0.4 mg IV
Narcótica	Sublimaze (Fentanil)	0.05 a 0.06 mg IV 0.05-0.1 mg IM 30 a 60 minutos antes del procedimiento	30 a 60 minutos	Somnolencia, aturdimiento, debilidad, euforia sequedad de la boca	Naloxona ` 0.4 mg IV
Combinación Narcótica	Paracetamol (acetaminofén con Codeína	300/30 mg VO una hora antes del procedimiento	3 a 6 horas	Somnolencia, aturdimiento, debilidad, sequedad de la boca	
No narcótica (antiinflamatorio no esteroideo No Narcótica	Ibuprofén Paracetamol (acetaminofén)	400 a 800 mg VO una hora antes del procedimiento. 500 a 1000 mg VO 30 a 60 minutos antes del procedimiento	hasta 5 horas hasta 4 horas	Probable trastorno gastrointestinal	
Medicación Disociativa /analgésica	Ketamina (Ketalar)	10 a 25 mg IV	10 a 15 minutos	Probable trastorno gastrointestinal	
Depresores del SNC; Benzodiazepina	Valium (diazepam	5 a 10 mg IV 10 mg VO una hora antes del procedimiento	2 horas	Visión borrosa vértigo, cefalea, náuseas, enrojecimiento, dolor en el sitio de la inyección, entorpecimiento /adormecimiento/dolor en manos o pies	Flumazenil (MaziconlReversed) 0.2 mg IV. Si es necesario repítase en un minuto

2.- Pérdida del vacío

Si el vacío de la jeringa se pierde o disminuye es porque:

- La jeringa está llena.
- Cánula obstruida por restos. la cánula ha salido del orificio externo del cérvix.
- La cánula está mal adaptada a la jeringa.
- La dilatación cervical es mayor que la cánula seleccionada.
- Pudiera existir una perforación uterina.

Recuperación post AMEU

- Tomar los signos vitales mientras la mujer aún está en la mesa ginecológica.
- Permitir que la mujer descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido o desaparecido.

- Si la mujer es Rh(-), suministrar inmuno-globulina anti Rh inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores. En caso de no contar en el servicio con la vacuna, prescribir su aplicación extendiendo una receta, explicando el motivo y la importancia de la misma.

Criterios de alta

La mujer puede ser dada de alta cuando se encuentre estable y pueda caminar sin ayuda.

En caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico, derivar al servicio respectivo.

El personal de salud debe asegurarse que previamente haya recibido la siguiente información:

- Sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

- Sobre el método anticonceptivo de su preferencia y sobre donde obtenerlo.
- Sobre los servicios de salud sexual y reproductiva existentes y otros servicios.

3.3.3 Legrado Uterino Instrumental (LUI)

El LUI sólo debe realizarse en ambiente quirúrgico, con anestesia general, en caso de no existir posibilidad de utilizar la AMEU.

Indicaciones del LUI

- Tratamiento del aborto incompleto con tamaño de fondo uterino igual o menor a 22 semanas de gestación.
- Aborto séptico 6 - 8 horas después de iniciado el tratamiento antibiótico.
- Aborto diferido hasta las 22 semanas de gestación.
- Embarazo molar con cualquier tamaño uterino.
- Biopsia diagnóstica de endometrio.

Contraindicaciones del LUI

- Falta de destreza para el manejo del procedimiento.
- Aborto séptico sin tratamiento antibiótico previo.

Precauciones

El legrado se realiza contando con sangre segura y los medicamentos de emergencia disponibles, en los siguientes casos:

- Antecedentes de trastornos de la coagulación.
- Cirugía previa uterina reciente.
- Sospecha de perforación uterina.
- Anemia severa.
- Anomalías uterinas congénitas.

- Presencia de fibromas u otros obstáculos que impidan determinar el tamaño del útero.
- Inestabilidad hemodinámica.
- Trastornos respiratorios severos.
- Cardiopatía descompensada.
- Shock hipovolémico.
- Shock séptico.
- 1 espéculo de Graves de tamaño mediano o grande.
- Pinza de cuello (Pozzi o tenáculo).
- 2 pinzas Foerester recta de 20 cm (pinza aro larga).
- 1 histerómetro.
- 1 pinza de restos ovulares o de Greenhaltz 240 mm.
- 1 Pocillo para solución antiséptica.

REQUERIMIENTOS DEL LUI

Equipamiento:

- Sala de quirófano de acuerdo a norma de acreditación.

Instrumental:

- Caja metálica con tapa.
- Juego de curetas uterinas.
- Juego de dilatadores uterinos (bujías de hegar) de 6 a 15 mm o dilatadores de DENNISTON

Medicamentos necesarios:

- Tiopental sódico 1 g (uso exclusivo de anesthesiólogo).
- Citrato de fentanilo 0.05 mg/ 1 ml EV.
- Sulfato de atropina 1 mg/ 1 ml.
- Oxitocina 10 UI / 1000 ml.
- Maleato de ergometrina 0,2 mg/ 1 ml IM.

- Ringer lactato 1000 ml.
- Solución fisiológica 1000 ml.

Insumos

- Solución antiséptica.
- Gasas estériles de 5 a 7 cm o torundas de gasa.
- Par de guantes estériles.
- Bata, barbijo, botas y gorra.
- Campos estériles.
- Balde plástico forrado internamente con bolsa negra de nylon con perforaciones pequeñas.
- Solución de hipoclorito de sodio al 0,5%.
- NPO de 4 a 6 horas de acuerdo a condición clínica de la usuaria.
- No es necesario realizar tricotomía.
- Solicitar a la mujer que evacúe la vejiga. Trasladarla a quirófano.
- Canalizar por vía venosa solución de ringer lactato 1000 ml o solución fisiológica.
- Solicitar a la mujer que se coloque en posición ginecológica, ayudándola en caso necesario.
- Preparar la mesa auxiliar, colocando un campo estéril que cubra toda su superficie.
- Lavarse las manos de acuerdo a técnica de bioseguridad.

TÉCNICA LUI

Preparación de la mujer:

- Valoración preanestésica.
- Colocarse ropa estéril y preparar el instrumental en la mesa auxiliar de acuerdo a técnica quirúrgica.

- Realizar un examen pélvico bimanual para determinar características del útero, tamaño, posición y dilatación del cuello uterino.
- Desechar los guantes y colocarse otro par de guantes estériles.
- Realizar antisepsia de la región vulvo vaginal, con una gasa embebida en solución antiséptica.
- Cubrir a la mujer con campos estériles.
- Consultar al anestesiólogo cuándo iniciar el procedimiento.
- Colocar el espéculo suavemente en forma oblicua, deprimiendo la pared posterior de la vagina.
- Realizar la antisepsia del cérvix uterino y vagina con solución antiséptica.
- Estabilizar el cérvix uterino, tomando el labio anterior o posterior de acuerdo a posición del útero, con una pinza de cuello (Pozzi) y traccionar suavemente para corregir el ángulo cérvico uterino.
- Realizar histerometría.
- Dilatar el cérvix uterino en caso de que esté cerrado, para permitir el paso de la legra.
- Dilatar el cérvix uterino tomando el dilatador de menor tamaño por la parte media, e introducir el de menor calibre. Si el dilatador tiene dos diámetros, rotar al lado opuesto del mismo dilatador. Proceder de la misma manera con los siguientes dilatadores hasta un número de dilatador mayor que el diámetro de la legra que va a utilizar.
- Una vez elegido el tamaño de legra a utilizar, introducir suavemente la misma a través del cuello hasta tocar el fondo del útero.

Las señales de haber completado el procedimiento de LUI son:

- Se observa la salida de espuma roja o rosada y no se ven más restos.
 - Se percibe una sensación áspera cuando la legra se desliza sobre la superficie del útero evacuado.
 - Se escucha el paso de la legra por las superficies ásperas.
- Extraer el contenido de la cavidad uterina moviendo la legra suave y lentamente de atrás hacia adelante dentro de la cavidad uterina, raspando las paredes del útero en sentido de las manecillas del reloj, con movimientos largos, cuidando de no raspar muy profundamente para evitar secuelas posteriores, hasta percibir una sensación áspera cuando la legra se deslice sobre la superficie del útero evacuado.
 - Verificar que la evacuación ha sido completa.
 - Retirar la legra muy suavemente.
 - Verificar que no exista sangrado a través del cuello.
 - Retirar la pinza de cuello (Pozzi).
 - Verificar que no exista sangrado en los puntos de agarre de la pinza de Pozzi (tenáculo). En caso de sangrado presionar con una torunda de gasa montada en una pinza de aro hasta verificar la hemostasia.
 - Inspeccionar el tejido cerciorándose de haber extraído partes fetales y/o vellosidades coriales.
 - Retirar suavemente el espéculo.

- Depositar todo el instrumental y los guantes en el balde con solución de hipoclorito de sodio al 0.5%, para descontaminación.
- De ser necesario administrar una ampolla de oxitocina 5 unidades/1 ml por vía EV o metilergonovina 0,2mg/1 ml por vía IM (Methergin).
- Si la mujer es Rh (-), suministrar inmunoglobulina anti Rh, inmediatamente después del procedimiento o dentro de las 72 horas posteriores. En caso de no contar en el servicio con la vacuna, prescribir su aplicación extendiendo una receta, explicando el motivo y la importancia de la misma.

Recuperación post LUI

- Vigilancia estrecha por el anesthesiólogo hasta la recuperación de la conciencia.
- Tomar los signos vitales mientras la mujer aún esté en la mesa quirúrgica.
- Pasarla a sala de recuperación.
- Permitirle que descanse cómodamente donde pueda vigilarse su recuperación.
- Verificar que el sangrado y los cólicos uterinos hayan disminuido.

Criterios de alta

La mujer puede darse de alta cuando se encuentre estable y pueda caminar sin ayuda. En caso de existir patología concomitante o necesidad de apoyo psicológico, derivar al servicio respectivo.

El personal de salud debe asegurarse que previamente haya recibido la siguiente información:

- Sobre su seguimiento y recuperación (información general, signos de alarma, visita de control y referencia a otro servicio en caso necesario).

3.3.4 Identificación y tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Escalofrío, fiebre mayor a 38,5°C, sudoración, piel pálida y taquicardia. • Secreción vaginal fétida. • Dolor abdominal o dolor a movilización uterina. • Blumberg(+) distensión abdominal. • Hipotensión arterial • Sangramiento prolongado excesivo. • Taquisfigmia. • Antecedentes de manipulación. 	<p>Infección o sepsis.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Control de SV cada cuatro horas. • Control y registro de diuresis horaria. • Asegurarse de que la vía respiratoria esté permeable. • Canalizar vena con bránula, y proporcione líquidos por vía IV (ringer lactato 1000 ml/60gotas por minuto). • Administrar 20 UI de oxitocina, diluidas en 1000ml de solución glucosada al 5% para 12 horas. • Iniciar antibioticoterapia según esquemas: <p>Esquema 1: Penicilina G sódica 6 millones de UI EV cada 4 horas (o ampicilina 1 gramo EV cada 6 horas) más gentamicina 80mgr. IM o EV cada 8 horas, más metronidazol 500 mgr. Dosis inicial de 1 gr. EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mgr EV cada 6 horas (en 20 minutos).</p> <p>Esquema 2: Penicilina G sódica 6 millones de UI EV cada 4 horas (o ampicilina 1 gramo EV cada 6 horas) más cloranfenicol 1 gr. EV Cada 6 horas.</p> <p>Esquema 3: Metronidazol 500 mgr. Dosis inicial de 1 gr EV (en 40 minutos) y dosis de mantenimiento 500 mgr EV cada 6 horas (en 20 minutos).</p> • Si es necesario aplicar toxoide tetánico. • Si es necesario administrar oxígeno y referir en caso necesario. • Valorar si existe lesión intra abdominal. • Valorar la necesidad de realizar laparotomía.

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento inicial
		<ul style="list-style-type: none"> • Administrar líquidos por vía EV • Administrar oxitocina 20 UI. EV Diluidas en 1000 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. • Observación de SV Cada 15 minutos hasta estabilización de la mujer. • Si las condiciones clínicas se estabilizan concluir la evacuación uterina. En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.
<ul style="list-style-type: none"> • El instrumento penetra más allá de lo esperado (comprobar con histerometría previa). • Sangrado excesivo durante el procedimiento. • Presencia de tejidos u órganos abdominales en los restos obtenidos (grasa, epiplón, etc.). 	<p>Perforación Uterina durante el Procedimiento.</p>	<p>Valorar si existe lesión intra abdominal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar la necesidad de realizar laparotomía. • Administrar líquidos por vía EV. • Administrar oxitocina 20 UI. EV. Diluidas en 1000 ml de solución glucosada al 5% goteo continuo. • Antibioticoterapia según anterior esquema de sepsis. • Observación de SV. Cada 15 minutos hasta estabilización de la paciente. • Si las condiciones clínicas se estabilizan concluir la evacuación uterina. • En caso de no conseguir la estabilización realizar laparotomía exploratoria.
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal fijo o tipo cólico. • Distensión abdominal. • Ruidos hidroaéreos disminuidos o ausentes. • Abdomen tenso y duro. • Dolor a la palpación superficial y/o profunda Blumberg (+). • Náuseas y/o vómitos. • Dolor de hombro. • Fiebre. 	<p>Lesión intra abdominal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse que la vía respiratoria este permeable. • Administrar oxígeno lavado en alcohol. • Sonda vesical para control de líquidos. • Administrar antibióticos. • Administrar soluciones EV. • Realizar laparotomía de preferencia con participación de cirujano general. • Observación de SV cada 15 minutos hasta estabilización de la mujer.

Signos y Síntomas	Complicaciones	Tratamiento inicial
<ul style="list-style-type: none"> • Taquisfigmia con pulso débil. • Hipotensión arterial. • Palidez de piel y mucosas. • Poli/taquipnea. • Ansiedad, confusión o inconsciencia. 	Shock.	<ul style="list-style-type: none"> • Asegurarse de que la vía respiratoria esté permeable. • Administre oxígeno lavado en alcohol. • Administrar líquidos EV (sangre, si fuera necesario). • Colocar sonda vesical. • Determinar la causa del shock. • Proceder de acuerdo a etiología.

- Sobre el método anticonceptivo de su preferencia y sobre donde obtenerlo. De ser posible – siempre con consentimiento informado-administrar o emplear el método seleccionado antes de que abandone el servicio.
- Sobre los servicios de salud sexual y reproductiva existentes y otros servicios.

3.4 PROTOCOLO PARA ANTI-CONCEPCIÓN POST ABORTO

Propósito

Promover durante el proceso de atención integral de la AMEU como del LUI la anticoncepción post aborto, la cual debe ser ofer-

tada respetando la elección libre e informada de la usuaria, para prevenir los embarazos no deseados, fomentando la práctica de espaciamiento óptimo y facilitando el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos.

Líneas de acción

- Orientación sobre las necesidades anticonceptivas, identificando las metas reproductivas de las mujeres e incluyendo la necesidad de la doble protección.
- Información y orientación sobre los métodos anticonceptivos y sus características en el post aborto, remarcando la importancia de la elección informada.

- Información precisa sobre dónde y cómo obtener métodos anticonceptivos.
- Orientación sobre el retorno de la fertilidad.

Resultado Esperado

Mujer satisfecha con el método anticonceptivo otorgado de acuerdo a su elección libre e informada y con el respeto a su decisión de emplearlos o no.

Responsables

Personal capacitado en la oferta de métodos anticonceptivos y en los derechos sexuales y derechos reproductivos.

Capacidad resolutive mínima

Los tres niveles de atención que cuenten con insumos de anticoncepción y con personal capacitado, incluyendo las brigadas de salud familiar y comunitaria.

Sistema de información y registro

Sistema Nacional de Información en Salud (SNIS). Historia clínica perinatal básica.

Formulario consolidado de la información de las hemorragias de la primera mitad del embarazo (F.O.P.O.S.)

Notificación

Director del servicio de salud. Gerente de Red. Comités de Análisis de la Información. Mesas de Salud.

Procedimientos

Trato y comunicación entre la mujer y el/la proveedor/a de servicios

El post aborto puede ser una de las pocas oportunidades en que la mujer entra en contacto con el personal de salud y es necesario prever dificultades específicas de la usuaria en el futuro.

Informe que, para efecto de la anticoncepción, se debe considerar el día de la evacuación uterina como el primer día del ciclo menstrual.

La anticoncepción post aborto debe incluir todos los componentes esenciales de una buena atención.

Es necesario recordar que la ovulación puede ocurrir luego de 11 a 14 días del aborto y que el 75% de las mujeres ovulan dentro de las primeras seis semanas del post aborto.

De preferencia, la orientación sobre anticoncepción debe realizarse antes y después del procedimiento.

Condición clínica	Precauciones	Criterios de selección
<p>Sin complicación alguna después del tratamiento de un aborto incompleto.</p>	<p>Anticoncepción natural:</p> <p>No es recomendable hasta que se restablezca un patrón menstrual regular.</p> <p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:</p> <p>De ser posible es aconsejable posponer el procedimiento hasta que el útero vuelva a su tamaño antes del embarazo (4 a 6 semanas).</p>	<p>Todos los métodos temporales para uso inmediato.</p> <p>Inyectables (DMPA), dispositivos DIU (T de cobre), anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino:</p> <p>(Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
<p>Signos y síntomas de infección y sepsis.</p> <p>Signos de un aborto inducido en condiciones de riesgo.</p> <p>Imposibilidad de descartar una infección.</p>	<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:</p> <p>No realizar el procedimiento hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo (aproximadamente tres meses).</p>	<p>Inyectables (DMPA).</p> <p>Condón masculino:</p> <p>(Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>

Condición clínica	Precauciones	Criterios de selección
<p>Lesión del tracto genital.</p> <p>Perforación uterina (con o sin lesión intestinal).</p> <p>Lesión vaginal o cervical grave, incluidas las quemaduras químicas.</p>	<p>DIU (T de cobre):</p> <p>No insertar hasta que se descarte el riesgo de una infección o hasta que la misma se trate y resuelva por completo las lesiones graves (aproximadamente tres meses).</p> <p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:</p> <p>No realizar el procedimiento hasta que hayan tratado las lesiones graves.</p>	<p>Para uso inmediato.</p> <p>Inyectables (DMPA), anticonceptivos orales combinados .</p> <p>Condón masculino:</p> <p>(doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual.</p>
<p>Sangrado severo (hemorragia) y anemia severa asociada con la misma.</p>	<p>Anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina:</p> <p>No realizar el procedimiento hasta que se resuelva la causa de la hemorragia o de la anemia.</p> <p>Inyectables (DMPA), DIU (T de cobre):</p> <p>Posponer el inicio del método hasta que mejore la anemia aguda.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p>Anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino:</p> <p>(Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual).</p>
<p>Aborto incompleto del segundo trimestre (12 a 22 semanas).</p>	<p>DIU (T de cobre):</p> <p>El tamaño del útero requiere un proveedor capacitado y con experiencia para la colocación del dispositivo en el fondo uterino. De no ser esto posible, posponer la inserción de 4 a 6 semanas.</p>	<p>Para uso inmediato</p> <p>Inyectables (DMPA), anticonceptivos orales combinados.</p> <p>Condón masculino:</p> <p>(Doble protección: ITS/VIH/SIDA y anticoncepción) cuando se reanude la actividad sexual).</p>

3.5 PROTOCOLO DE VINCULACIÓN CON SERVICIOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y SALUD INTEGRAL

Propósito

Promover la atención integral de las mujeres refiriéndolas a otros servicios de salud dentro de la propia institución o en la red servicios, para cubrir las necesidades de salud clínicas, emocionales, culturales y otras, fortaleciendo el sistema de referencia, retorno y seguimiento.

Líneas de acción

- Referencia
- Retorno
- Seguimiento

Resultados esperados

- Mujer utilizando los servicios que requiere en salud sexual, reproductiva y salud en general.
- Mujer conforme con los dispositivos institucionales de protección a sus derechos sexuales y derechos reproduc-

tivos, incluyendo el respeto a su identidad y a sus formas de atender la salud.

Responsables

Médico especialista, general, licenciadas, auxiliares de enfermería y facilitadores interculturales.

Capacidad resolutive mínima

Todos los niveles de atención, incluyendo las brigadas de salud familiar y comunitaria.

Sistema de información y registro

- Formulario de referencia y retorno del SUMI.

Notificación

- Director del servicio de salud.
- Coordinador Técnico y personal operativo de la red.

Procedimientos

- Ofrecer y brindar todos los siguientes servicios de salud sexual y reproductiva y de otras áreas, si fueran necesarios:
 - Información y promoción de servicios de ITS/VIH/SIDA. Tamizaje, diagnóstico y tratamiento de ITS/VIH/SIDA.
 - Identificación de casos de anemia y tratamiento correspondiente.
 - Diagnóstico de infertilidad, orientación/ consejería y tratamiento.
 - Identificación de casos de cáncer y referencia a centros de mayor complejidad de ser necesario.
 - Identificación de víctimas de violencia sexual y/o doméstica, tratamiento inmediato y referencia a otros servicios o centros médicos y sociales, de acuerdo a las condiciones y necesidades de apoyo psicosocial.
 - Información y orientación sobre hábitos saludables (derechos, nutrición e higiene).
- Gestionar prioridades y vínculos institucionales:
 - Los servicios de atención integral a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo responden y se dirigen a satisfacer una parte central de las necesidades percibidas, prioridades y expectativas de las mujeres, familias y comunidades en salud sexual y reproductiva en general, de modo que no solamente es necesario que el centro y la red de servicios esté en condiciones de ofrecer estos servicios y capacidades, sino que debe procurarse que se incorporen mejoras continuas en las prioridades de la gestión social y municipal de salud.
 - Las mejoras en el desempeño de los proveedores de servicio para resolver las hemorragias de la primera mitad del embarazo y otras necesidades de salud, incluyendo aquellas de los adolescentes y de otras

- poblaciones especiales de mujeres, deben ser siempre objetivos de gestión, planificación, seguimiento y control.
- Las mejoras en el mantenimiento de registros que contribuyen a la evidencia, demostrando incremento en el acceso y utilización de servicios de atención integral a mujeres con complicaciones hemorrágicas de la primera mitad del embarazo de alta calidad y a otros servicios de salud, son elementos esenciales y continuos en la toma de decisiones.
 - Las mejoras en los sistemas de referencia y retorno y los de los mecanismos de seguimiento de la atención integral a mujeres con hemorrágicas de la primera mitad del embarazo y de otros servicios de salud, garantizan la real resolución del problema en toda su extensión.



4 PREVENCIÓN DE INFECCIONES

4 PREVENCIÓN DE INFECCIONES

Al igual que con cualquier otro procedimiento, la aplicación de las técnicas del AMEU y el LIU, encierran riesgos para mujeres, proveedores/as y demás personal al entrar en contacto con sangre y otros fluidos corporales que pudieran transmitir enfermedades como hepatitis B y VIH.

Para minimizar dicho riesgo es necesario observar, en todo momento, las precauciones universales relacionadas con el manejo de sangre y otros fluidos corporales, la prestación de atención post aborto, el procesamiento de las muestras tisulares, el manejo de los equipos y la eliminación de desechos.

El riesgo de transmisión de una infección se reduce mediante el uso de barreras protectoras: lavado de manos, procesamiento apropiado del instrumental reutilizable, utilización de la “técnica de no tocar” y la eliminación de desechos contaminados.

Las prácticas para prevención de infecciones son sencillas, convenientes y pueden utilizarse en cualquier establecimiento de salud.

Los microorganismos son los agentes causantes de infecciones. Los mismos incluyen bacterias, virus, hongos y parásitos. Para fines de prevención de infecciones, las bacterias pueden subdividirse en tres categorías: vegetales (estafilococos), microbacterias (tuberculosis) y endosporas (tétanos). Las endosporas son las más difíciles de eliminar con las técnicas habituales de antisepsia.

En todo procedimiento médico/quirúrgico que se realice en la atención de las hemorragias de la primera mitad del embarazo es imprescindible que se observe el cumplimiento de las normas de bioseguridad, con la finalidad de proteger a las mujeres y al personal de salud de infecciones transmisibles.

Deben tomarse precauciones generales como parte de las prácticas estandarizadas de control de infecciones en la ejecución del procedimiento de aspiración o legrado, en la observación y proceso de las muestras de tejidos, manejo del instrumental y manejo de desechos.

En lugares donde es necesario reutilizar el instrumental de aspiración o legrado, se deben seguir todos los pasos recomendados para disminuir el riesgo en mujeres, personal de salud y otros. Todo el personal que utiliza o limpia estos instrumentos debe seguir esta norma y vigilar a menudo el cumplimiento del protocolo.

Los términos asepsia, antisepsia, barreras protectoras (lavado de manos, uso de guantes y uso de soluciones antisépticas) procesamiento de materiales (descontaminación, limpieza, desinfección y esterilización) resultan a menudo confusos, por lo que se utilizarán las siguientes definiciones:

4.1 DEFINICIONES CLAVES

1. La asepsia tiene como objetivo reducir o eliminar el mayor número de microorganismos, tanto de las superficies animadas (piel y tejidos) como de los objetos inanimados (instrumentos quirúrgicos) a un nivel seguro.
2. La antisepsia es la prevención de la infección, matando o inhibiendo el crecimiento de los microorganismos sobre la piel u otros tejidos del cuerpo, a través del uso de un agente químico (antiséptico).
3. Procesamiento de materiales

Las **barreras protectoras** son procesos físicos, mecánicos o químicos que ayudan a impedir la propagación de los microorganismos infecciosos de paciente a paciente, del personal de salud al paciente o viceversa, debida a una inadecuada práctica de prevención de infecciones.

que hace posible la reutilización del material.

Entre las barreras protectoras tenemos:

- Lavado de manos: es el procedimiento más simple y más importante para la prevención de infecciones en cualquier establecimiento de salud.
- Uso de guantes: es importante para proteger al proveedor de salud del contacto con sustancias potencialmente infecciosas y para proteger a la mujer de infecciones que puedan encontrarse en la piel del proveedor de servicios.
- Uso de soluciones antisépticas para la limpieza de heridas o la preparación de la piel y mucosas previo a procedimientos quirúrgicos.

4.2 PASOS EN EL PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL PLÁSTICO

- 1er. paso: Descontaminación (remojo).
- 2do. paso: Limpieza (lavado).
- 3er. paso: Desinfección de Alto Nivel (DAN) o esterilización.
- 4to. paso: Almacenamiento.

Las jeringas o aspiradores Ipas AMEU Plus y las cánulas EasyGrip™ siguen los mismos pasos para su preparación en la prevención de infecciones y pueden ser esterilizados en autoclave a diferencias de las antiguas jeringas de válvula doble y cánulas de Karman (referirse a la sección de esterilización).

4.2.1 Descontaminación (remojo)

Es el primer paso en el procesamiento del instrumental y equipo para la prevención de infecciones. Los guantes y todo el instrumental con secreciones o sangre deben ser descontaminados inmediatamente después de ser utilizados para brindar seguridad al personal de salud en su manejo y limpieza. Este paso destruye los virus de la Hepatitis B así como el VIH. El material usado queda en remojo en la solución recomendada por un lapso de 10 minutos.

Para descontaminar o remojar el instrumental previo a la limpieza, se debe:

- Colocar al lado de la mesa de tratamiento un balde u otro recipiente de plástico con una solución descontaminante (se recomienda por su eficacia, simplicidad de preparación y fácil adquisición, la solución de cloro al 0.5%).

Fórmula para dilución:

<u>Concentración de Hipoclorito del recipiente</u> -1 Concentración deseada (0.5%)
--

Ejemplo A:

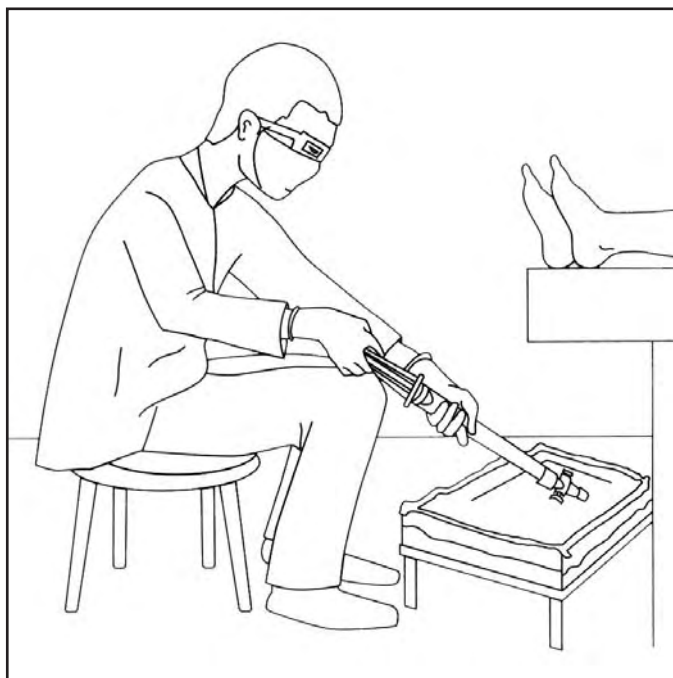
$$\frac{8\%}{0,5\%} - 1 = 15$$

Entonces, 15 partes de agua por una parte de cloro.

Ejemplo B:

$$\frac{5\%}{0,5\%} - 1 = 9$$

Entonces, 9 partes de agua por una parte de cloro.



Luego del procedimiento, aspirar la solución a través de la cánula

- Inmediatamente después del procedimiento de AMEU, hay que aspirar la solución a través de la cánula dentro de la jeringa y colocar el instrumental metálico, la jeringa, las cánulas y los guantes, directamente, en la solución descontaminante, durante 10 minutos (si se remoja por más tiempo, se corroerá el instrumental metálico).
- Usar guantes de limpieza doméstica para retirar el instrumental del balde. Enjuagar con agua corriente.



Retirar las piezas usando guantes o una bolsa plástica

- Cuando se retire las piezas, usar guantes y/o una bolsa plástica para evitar contacto con la piel.

Para mantener la efectividad de la solución, ésta no debe ser mezclada con detergente alguno y debe ser cambiada diariamente, o con mayor frecuencia si se observa con mucha turbidez.

4.2.2 Limpieza

Es el segundo paso en el procesamiento de materiales. Se desarma la jeringa antes del lavado. La jeringa y las cánulas deben lavarse minuciosamente con agua y detergente después de haber sido descontaminados o remojados, para retirar todo material orgánico. Estos materiales secos pueden contener microorganismos en forma



Lavar la jeringa y las cánulas con agua y detergente

de residuo que impiden la desinfección química o esterilización.

Si no se realiza la limpieza del instrumental, ni la DAN ni la esterilización son efectivas.

Una de las principales formas de eliminar las endosporas es la esterilización del instrumental con calor (seco o húmedo). También

se las puede eliminar con productos químicos.

Proceso de limpieza del instrumental:

- Utilizar agua y detergente (no use agua caliente ya que coagulará la sangre y dificultará la limpieza).

- Cuando se lavan las cánulas, a veces es difícil eliminar el tejido o sangre retenida en las puntas. Para ello puede ser útil llenar la cánula varias veces con agua espumosa, utilizando la jeringa para aspirarla.
- No usar cepillos u otros objetos pequeños para remover la suciedad al interior de la cánula, ya que puede rayarla por dentro, creando grietas donde se puede atrapar material orgánico.
- En caso de no poder limpiar completamente la cánula, hay que desecharla.
- Desarmar la jeringa retirando el aro de seguridad y jalando el émbolo fuera del cilindro.
- Retirar del émbolo el anillo "O" y limpiar dentro de la jeringa.
- Mantener la jeringa dentro del agua mientras la lava, para evitar que salpique el material

orgánico.

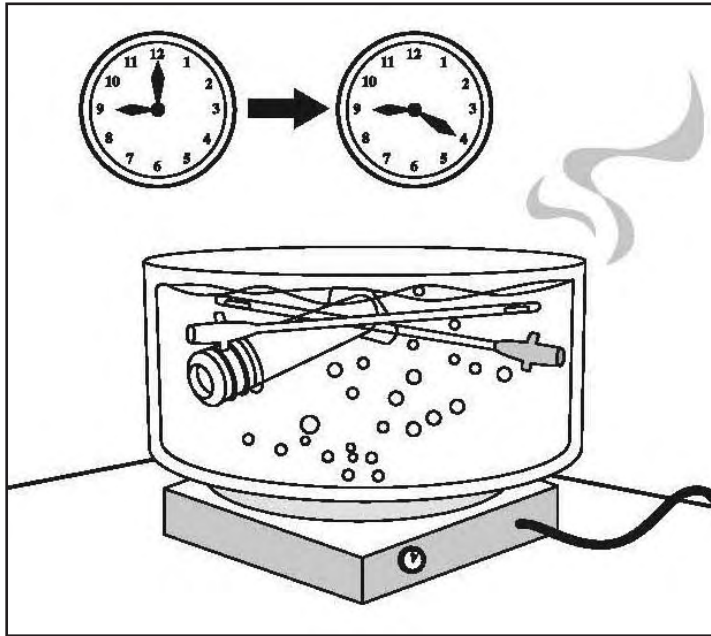
- Enjuagar minuciosamente con agua corriente.
- Secar los instrumentos al aire libre o con una toalla limpia.

4.2.3 Desinfección de Alto Nivel (DAN)

Es el tercer paso en el procesamiento de materiales, es el que destruye a la mayoría de los microorganismos patógenos, excepto algunas endosporas. Es usada para los objetos inanimados y puede ser llevada a cabo por ebullición o con productos químicos.

DAN por ebullición

- En recipiente lo suficientemente grande con tapa, de no menos de 26 cm. de diámetro, llenar con 3/4 de agua limpia y ponerla a hervir. Una vez que el agua esté en ebullición, colocar las jeringas Ipas AMEU Plus y las cánulas Easy Grip™ durante 20 minutos y tapar el recipiente.



Ebullición de las cánulas para la desinfección intensiva

- Retirar los instrumentos con una pinza sometida previamente a DAN o estéril.
 - Las cánulas podrían aplanarse si se agarran cuando están calientes. Dejar que se enfríe el agua.
 - No hervir las jeringas de válvula doble ni las de AMEU Plus.
- DAN por productos químicos**
- Se puede utilizar una solución de cloro al 0.5% diluida agua hervida o estéril.
 - Sumergir todos los materiales completamente con la dilución correcta del desinfectante por espacio de 20 minutos (asegurarse que el desinfectante esté dentro de la cánula).

- Retirar las cánulas con pinzas sometidas a DAN o estériles y enjuagarlas con agua hervida o estéril.
- Dejar secar los materiales al aire, sobre un paño estéril o dentro de un recipiente sometido a desinfección de alto nivel o estéril, para su almacenamiento.

Esterilización

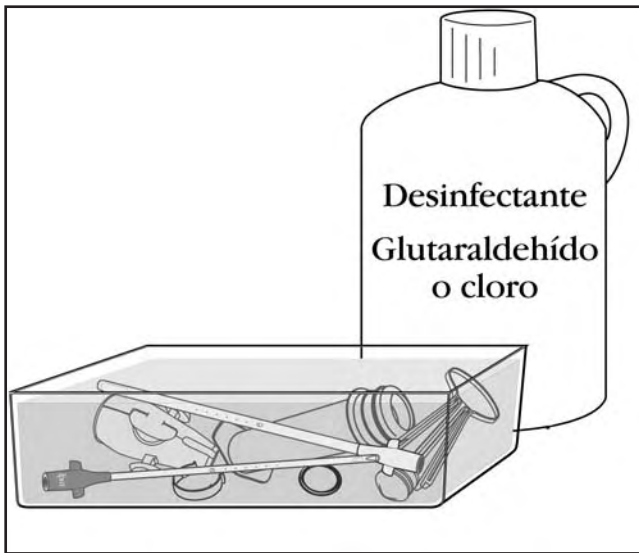
Asegura que todos los microorganismos, incluyendo las endospo-

ras bacterianas, sean destruidos. La descontaminación y la limpieza deben preceder a la esterilización.

Esterilización en autoclave de vapor

Las cánulas Ipas EasyGrip™ y el aspirador o jeringa Ipas AMEU Plus pueden ser sometidos a esterilización con autoclave de vapor.

Los pasos para la esterilización son los siguientes:



DAN usando productos químicos

- Empacar los instrumentos desarmados en envolturas de papel o tela.
- El vapor debe penetrar todas las superficies. Las piezas no deben tocarse las unas con las otras y se deben acomodar de manera que sus aberturas no estén obstruidas para permitir el drenaje. El aro de seguridad debe quitarse por completo.
- La esterilización debe llevarse a cabo a 121 °c (250 ° F) a una presión de 106 kPa ó a 15 lbs por pulgadas, durante 30 minutos.
- No usar otros parámetros de autoclave. Específicamente, no usar parámetros más altos para plazos más cortos (“autoclave flash”).
- Dejarlas enfriar a temperatura ambiente antes de utilizarlas.

Esterilización usando productos químicos

- Sumergir el instrumental en un recipiente hondo con tapa conteniendo un desinfectante químico (glutaraldehído al 2%). El tiempo mínimo para la esterilización es de 10 horas, asegu-



Fechar la caja y usar las cánulas antes de una semana

rándose que la solución penetre en el interior de las cánulas.

- Retirar el instrumental con pinzas estériles, enjuagar con agua estéril y dejar secar al aire libre.

4.2.4 Almacenamiento

El instrumental debe almacenarse en forma adecuada para conservarlo en buen estado de esterilización o de DAN para su reutilización, por un tiempo no mayor a 7 días.

Cánulas sometidas a DAN o esterilización

- Se deben almacenar en recipientes secos, sometidos previamente a desinfección de alto nivel o a esterilización y cubiertos con una tapa hermética.
- Para evitar contaminar al resto de las cánulas, sólo usar pinzas estériles o sometidas a DAN, para retirar una cánula del recipiente. Tomar la cánula

por el extremo distal que no tiene aberturas laterales.

- Almacenar sólo unas pocas cánulas en cada recipiente.
- Si no se las utiliza en dos días, someterlas a un nuevo procesamiento.

Jeringas Ipas AMEU Plus

- Almacenar la jeringa o aspirador armada, lubricada y lista para su uso dentro de una caja cerrada herméticamente.
- No se debe olvidar que al reensamblar la jeringa hay que colocar unas gotas de silicona (u otro lubricante que no sea en base de petróleo) en el anillo "0" del émbolo.
- Colocar de nuevo el aro de seguridad.
- Mover el émbolo hacia adentro y hacia afuera varias veces, para distribuir el lubricante dentro del cilindro. Verificar

que la jeringa produzca vacío. Esto deberá hacerse después de la limpieza y nuevamente poco antes de su uso.

4.3 PASOS EN EL PROCESAMIENTO DEL INSTRUMENTAL METÁLICO

4.3.1 Descontaminación

Después del uso, sumergir todos los instrumentos utilizados para los exámenes pélvicos en un balde de plástico, con una solución recién preparada de cloro al 0.5% o de cualquier desinfectante aprobado y disponible a nivel local, al menos por diez minutos antes de comenzar el proceso de limpieza.

Este paso es necesario para ayudar a prevenir la transmisión del virus de la hepatitis B o el VIH al personal de salud.

4.3.2 Limpieza y enjuague

Enjuagar los objetos con agua tibia para eliminar toda la sangre,

fluidos corporales y cloro de los mismos. El agua caliente puede coagular a las proteínas, haciéndolas difícil de quitar.

Seguidamente, con detergente, agua y un cepillo suave, lavar los instrumentos. Asegurarse de limpiar los dientes, juntas y tornillos, para lo cual son excelentes los cepillos dentales.

Enjuagar de nuevo con agua limpia hasta que no quede detergente alguno. Secar al aire o con una toalla limpia. El secado no es necesario para aquellos instrumentos que se hervirán.

4.3.3 Esterilización

Proceder con la esterilización en autoclave de acuerdo a normas.

4.3.4 Almacenamiento

Mantener almacenado el material en recipientes metálicos tapa colocar la fecha de esterilización y mantener almacenado máximo por siete días, en caso de no utilización volver a esterilizar.



5 MODELO DE SALUD
FAMILIAR COMUNITARIA
INTERCULTURAL

5 MODELO DE SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL

El modelo de salud familiar comunitaria intercultural es el principal mecanismo organizador de la oferta de servicios y de gestión integral de la salud, en el que se prioriza la unidad familiar y comunal, con la participación de los actores sociales en la gestión corresponsable de la salud.

El Modelo asume el abordaje de los problemas de salud, especialmente de la mujer y del niño, como un continuo de cuidados y atenciones que se inician en la familia, se articulan con las comunidades organizadas y desembocan en los servicios de salud.

Conceptos Básicos del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural

- a) **Promoción y Derecho a la salud:** se entiende como un proceso de ejercicio de derechos donde la comunidad y el equipo de salud se organizan y participan en la gestión de la salud orientada a la identificación de determinantes, la búsqueda de soluciones y la toma de decisiones, junto a los niveles de gobierno.
- b) **Familia:** se entiende como un grupo de personas con vínculos sanguíneos, legales, culturales, afectivos que comparten espacios colectivos como el techo común y prácticas colectivas como la alimentación de una olla común.
- c) **Salud Familiar Comunitaria:** se entiende como una política pública que busca incidir sobre los factores determinantes y condicionantes de la salud, que prioriza las familias y las comunidades y desarrolla su acción en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

Si bien existen factores biofísicos asociados a las hemorragias de la primer mitad del embarazo, a los que es necesario responder con acciones farmacológicas y clínicas específicas, son fundamentales los determinantes sociales que, desde los campos de la educación, justicia, producción e incluso saneamiento y vivienda, merecen igual o mayor atención, estableciendo alianzas estratégicas y programáticas que ayuden a mejorar las condiciones de vida de las mujeres. La promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y recuperación de las hemorragias de la primera mitad del embarazo son partes de un continuo integral e intersectorial de acciones y recursos individuales, familiares y comunitarios.

En cada uno de esos momentos, el enfoque intercultural, de diálogo horizontal de saberes, de complementariedad y de revalorización de las culturas, es el cemento imprescindible para la construcción de una sociedad más sana, que viva bien, en la que se requiere

situar las emergencias, como procesos culturalmente definidos, socialmente procesados y médicamente tratados. Casi siempre, la intervención médica adecuada y eficiente requiere de un mínimo de negociación intercultural, especialmente en la promoción y prevención, estrategias vitales para un futuro siempre perfectible. Parte de los medicamentos y procedimientos tradicionales, propios de cada cultura, son compatibles con los clínicamente recomendados.

Es necesario conocer sus componentes activos y evaluar sus posibilidades de aplicabilidad. Algunos mates, caldos, masajes, así como el acompañamiento de familiares o personas de la confianza de las mujeres no son contraindicados para la atención integral de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, como tampoco son los rituales que suelen acompañar los procesos de salud de las personas. Aspectos relacionados con la temperatura del ambiente, las instalaciones, las camas y los colores son particularmente im-

portantes en cualquier escenario vinculado con el embarazo.

En la prestación de servicios la relación entre el equipo de salud y la mujer debe ser horizontal, en un espacio en el cual la interacción de éstos se dé respetando la cosmovisión, mediante comunicación fluida, preferentemente en el idioma de la mujer y aceptando la decisión de ésta en relación a su salud y los procedimientos médicos de diagnóstico, tratamiento y prevención, académicos o tradicionales.

5.1 NIVELES DE GESTIÓN Y DE ATENCIÓN

Todos los establecimientos de salud están organizados en redes y por niveles de atención, para garantizar continuidad en las prestaciones y resolución de los problemas. La oferta de servicios en el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo es una oferta de toda la red de servicios de salud. La red cuenta, necesariamente, con capacidad para resolver las compli-

caciones que pueden presentarse en cualquier tipo de emergencias obstétricas y con un sistema de referencia y contrarreferencia entre niveles y con otras instituciones del sector público, privado y no gubernamental.

Con relación con las normas vigentes, las autoridades del nivel correspondiente deben asegurar la oferta de servicios en el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo en el marco de la atención integral a la mujer.

5.1.1 Niveles de gestión

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

Nivel Nacional, correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD), que es el órgano rector normativo de la gestión de salud, responsable de formular: políticas, planes, programas y estrategias nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud.

En este marco, la Dirección General de Servicios de Salud, a través de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, coordina la aplicación de la norma en todas las Direcciones Departamentales de Salud del país (DIDES), realizando supervisiones y evaluaciones periódicas. Asimismo, establece una coordinación permanente con las instituciones formadoras de recursos humanos en salud, para la utilización de la misma dentro de la currícula de formación de futuros profesionales en salud.

El Sistema Nacional único de Suministro (SNUS), está constituido por el Subsistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos (SALMI), estableciendo la logística de acuerdo a las características y nivel de complejidad de los servicios.

A fin de contar con información actualizada sobre la utilización y logística de los equipos de AMEU y métodos

anticonceptivos en el Sistema Nacional de Salud, este subsistema responde al Sistema de Información y Administración Logística (SIAL).

El SNUS a través de los almacenes nacionales (CEASS), es responsable del envío oportuno de insumos para mantener las existencias necesarias en los almacenes departamentales (CEASS regionales).

Nivel Departamental, correspondiente a la Dirección Departamental de Salud (DIDES), dependiente administrativamente de la Prefectura y técnicamente del MSD.

Es el máximo nivel de gestión técnica en salud del departamento. Articula las políticas nacionales y la gestión municipal, coordina y supervisa la gestión de los servicios de salud en el departamento, en directa y permanente coordinación con los gobiernos municipales, promoviendo

la participación comunitaria y del sector privado.

La Dirección Departamental de Salud promueve la difusión de las normas vigentes, su aplicación y supervisión en la red de servicios de Salud.

Es responsable de mantener la información y el sistema de reportes, incluyendo el formulario de registro de las prestaciones de atención integral a las hemorragias de la primera mitad del embarazo (Véase Anexo).

Articula y coordina la dotación de insumos desde los Almacenes Nacionales, almacenándolos en las CEASS regionales, enviándolos a los establecimientos según requerimiento.

Nivel Municipal, correspondiente al Directorio local de Salud - DILOS.

Es responsable de la gestión municipal de salud en el ámbito de sus competencias y

obligaciones establecidas en el marco legal vigente. El DILOS y la Coordinación Técnica de Red, organizan y supervisan la aplicación de la norma en la red de establecimientos de salud de su jurisdicción.

Envía trimestralmente al CEASS regional la solicitud de insumos de anticoncepción. Son responsables de mantener la información y el sistema de reportes (con la DIDES). Recibe la dotación de insumos desde el CEASS regional, canalizándolos hacia los establecimientos operativos (constituyen instancias operativas del SNUS, las farmacias institucionales municipales (FIM), hospitalarias y boticas).

Supervisa la adquisición y entrega de equipos de AMEU e insumos anticonceptivos en la red de servicios, asegurando las existencias. Igualmente, supervisa la distribución comunitaria de métodos anticonceptivos, organizando

su almacenamiento en las cabeceras de área o de sector.

Es responsable de centralizar las solicitudes de insumos formuladas por los establecimientos de salud de su red.

Nivel Local, correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y brigada móvil como nivel operativo.

El Directorio Local de Salud (DILOS), en cada uno de los municipios, constituye la máxima autoridad en la gestión compartida con participación popular en salud, para el cumplimiento de la Política Nacional.

Elabora, suscribe y evalúa compromisos de gestión con el Coordinador Técnico de de Red. Evalúa la situación de salud en la red de servicios, la ejecución de programas, el SUMI y la calidad de atención.

Solicita la realización de auditorías financiero - contables, administrativas, médicas y de medicamentos en la red de servicios.

Gestiona los recursos físicos, financieros y humanos de la red de servicios de salud, promoviendo en los establecimientos y brigadas móviles de salud la aplicación de modelos de gestión, para mejorar la calidad y eficiencia en la producción de servicios.

La Farmacia Institucional Municipal (FIM), se integra en cada establecimiento de salud público, como un servicio farmacéutico que funciona bajo reglamentación específica con la responsabilidad de gestionar, de manera integral el suministro de todos los medicamentos esenciales e insumos médicos, cualquiera sea la fuente de financiamiento o provisión, incluyendo programas nacionales.

Los Gobiernos Municipales tienen la responsabilidad de implementar las FIM en todos los establecimientos de salud dentro de su jurisdicción, de tal manera que las mismas se constituyan en un servicio social.

La Botica Comunal, se implementa en comunidades alejadas de establecimientos de salud, como un mecanismo de distribución de insumos basada en la comunidad.

5.1.2 Niveles de atención de la red de servicios en salud

Primer nivel

Comprende a los puestos y centros de salud y modalidades de prestación de servicio de nivel comunitario y municipal, bajo enfoques de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud.

La oferta de servicios en este nivel se enmarca en la consulta ambulatoria, la internación de

tránsito en los establecimientos con camas, la promoción de la salud física, mental y social, la educación en salud y la prevención de las enfermedades, de manera integral e intercultural, en el establecimiento y en las visitas domiciliarias a la familia y comunidad.

El personal de salud, en el marco de sus funciones, es responsable de la aplicación de las normas durante la prestación de servicios de atención integral de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, incluyendo la anti-concepción.

Segundo nivel

Está conformado por el Hospital Básico. Corresponde a las modalidades que requieren atención ambulatoria de mayor complejidad y de internación hospitalaria en las especialidades básicas de: medicina interna, cirugía, pediatría, gineco-obstetricia, anestesiología, traumatología; servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico

y otras de acuerdo a necesidades epidemiológicas según región.

En este nivel de atención, la promoción de la salud, la educación, la prevención primaria y secundaria se hará conformando grupos de auto ayuda y grupos de detección de riesgos y daños biológicos, siendo que este nivel de atención mantiene el enfoque integral, participativo, intercultural e intersectorial que es realizado por todo el equipo de salud.

Comprende las prestaciones de hospitales con personal calificado para el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, incluyendo la anticoncepción.

Tercer nivel

Está representado por los hospitales generales e institutos especializados, que ofrecen atención terciaria caracterizada por especialidades para la atención de usuarios/as derivados o referidos de establecimientos de menor complejidad.

Sus actividades se caracterizan por: la consulta ambulatoria de especialidad, internación hospitalaria de especialidades y subespecialidades, servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento de alta complejidad. Oferta servicios en el manejo de las hemorragias de la primera mitad del embarazo y desarrolla actividades de capacitación e investigación en hospitales y maternidades. Apoya a los establecimientos del segundo y primer nivel.

5.1.3 Funciones del personal de salud

A continuación se señalan las funciones principales del personal de salud, las que deberán precisarse en correspondencia con el nivel profesional y cargo:

- Gestión y gerencia.
- Logística de insumos.
- Atención integral a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo.

- Información y comunicación social.
- Educación y capacitación.
- Apoyo a la participación.
- Registro, análisis e investigación.

5.1.3.1 Gestión y gerencia

- Definir la población objetivo.
- Definir necesidades programáticas de atención a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo y anticoncepción, tomando en cuenta los planes y recomendaciones del Ministerio de Salud y Deportes.
- Establecer convenios con instituciones de otros sectores para asegurar una oferta integral y de calidad.
- Establecer convenios con establecimientos de mayor nivel de complejidad y capacidad resolutive para la referencia de casos cuyo riesgo o daño así lo requiera.
- Programar la dotación de formularios de registro y material educativo para el componente.
- Programar reuniones de los Comités de Análisis de Información (CAI).
- Programar el desarrollo de actividades preventivas y promocionales, en correspondencia con las reglas y protocolos contenidos en el presente documento.
- Programar la capacitación del personal institucional para garantizar una atención integral de calidad.
- Programar actividades de capacitación para el personal comunitario, responsables populares de salud, líderes juveniles, organizaciones de base, etc.
- Programar actividades de comunicación social para optimizar la información, educación y comunicación.

- Realizar la supervisión capacitante, el seguimiento, monitoreo y evaluación de las actividades y el cumplimiento de la programación y los planes.

5.1.3.2 Logística de insumos y medicamentos

- Analizar y reportar las complicaciones referidas a los procedimientos (AMEU y LUI).
- Programar anualmente la dotación de insumos para el componente (proyectar y estimar las cantidades que deben ser adquiridas).
- Requerir la dotación de equipos de AMEU y LUI.
- Organizar la recepción, almacenamiento, manejo de inventarios, niveles de existencia, y procesamiento de pedidos (requisición/asignación).
- Organizar la distribución o envío de equipos dentro de la red de servicios.

- Realizar seguimiento (monitoreo) y mantenimiento, garantizando las existencias en la red de servicios:

5.1.3.3 Atención Integral

- Organizar y adecuar las instalaciones físicas, mobiliario y equipos de AMEU y LUI para asegurar una atención integral de calidad.
- Organizar sistemas de referencia y contrarreferencia en función al nivel de complejidad y capacidad resolutive del establecimiento.

5.1.3.4 Registro, análisis e investigación

- Asegurar la adecuada dotación y uso de los instrumentos de registro.
- Asegurar el funcionamiento del sistema de información logística, a través de los registros (de existencia, consumo y movimiento) y los informes (consumo, de movimiento y

de reabastecimiento trimestralmente).

- Asegurar actividades de control de calidad del uso de los instrumentos de registro de atención a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo y anticoncepción.
- Asegurar la dotación y la utilización de los formularios del SNIS y del SUMI.
- Desarrollar investigaciones operativas para mejorar la oferta y atención a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo y anticoncepción.
- Analizar regularmente la información sobre coberturas, producción y calidad en la prestación a mujeres con hemorragias de la primera mitad del embarazo y servicios de anticoncepción mensualmente.

5.1.3.5 Promoción

- Promover espacios de con-

fianza con el grupo familiar para la interacción con la comunidad, a través de visitas domiciliarias, asambleas y/o, reuniones, donde también se promueva la organización comunal rural o urbana, como medio de participación comunitaria.

- Desarrollar actividades de educación, prevención y gestión participativa con temas específicos de las hemorragias de la primera mitad del embarazo, en forma conjunta con el resto de los componentes de la salud sexual y reproductiva.
- Usar la Carpeta Familiar como instrumento de nexo con la comunidad y vigilancia de la salud y el bienestar de la familia.
- Aplicar el Módulo de Información Básica, como instrumento que sistematiza y complementa la información que contiene la carpeta familiar.

- Viabilizar la formación de grupos sociales en función de problemas relacionados con la maternidad y sus complicaciones comunes y según edades (jóvenes, adultas, etc.)
- Desarrollar acciones educativas -promocionales-preventivas de manera participativa, generando espacios de reflexión colectivos.

5.1.4 Rol de la comunidad

Los Comités Locales de Salud, así como las otras instancias de representación comunitaria a nivel municipal, departamental y nacional, son conjuntos de recursos y capacidades de individuos, familias y comunidades dispuestas a generar procesos de movilización comunitaria en favor de la salud, concentrando esfuerzos en el desarrollo de planes y proyectos para la atención integral oportuna y de calidad.

El Comité Local de Salud es la representación orgánica de las

comunidades ante el servicio de salud, corresponsable de implementar la gestión compartida en salud, que se constituye en un nexo entre el servicio y la comunidad. Es corresponsable, también, de impulsar la participación de la comunidad en la toma de decisiones en las acciones de salud.

Su labor central es la operacionalización de los procesos de prevención, abogacía, alianzas, comunicación, educación y movilización social, para actuar sobre las condiciones socioeconómicas de la comunidad, en base a la toma de decisiones adoptadas por la comunidad (barrio, zona, ayllu, marka, capitanía, jatas u otras), en forma articulada con las autoridades locales y el equipo de salud, con quienes interactúan en los espacios tradicionales de organización (reuniones, asambleas, cabildos, etc.), según usos y costumbres.

Operativamente, una red social de salud sexual y reproductiva es una entidad específica de un Comité

Local de Salud, que agrupa a muchas personas e instituciones organizadas e integradas a los servicios de salud. Algunas de ellas están más vinculadas a las tareas de los centros y programas de salud específicos (ONGs, responsables populares de salud, promotores, vigilantes, manzaneras y otros agentes comunitarios).

Una red social debe estar integrada por instituciones y organismos locales, mediante acuerdos y compromisos de acción conjunta para el cumplimiento de las funciones sociales concretas. Pueden ser incorporadas personas e instituciones de la comunidad que deseen colaborar voluntariamente en la gestión y control de la calidad de los servicios de salud, para realizar acciones de comunicación educativa, movilizaciones sociales para la identificación y traslado de personas (en caso de emergencia) y apoyo en procesos de vigilancia comunitaria.

Es responsabilidad de la comunidad velar por:

- La continuidad de la atención.
- Una atención sin discriminación alguna.
- El respeto a la individualidad, a las prácticas culturales saludables y a la necesidad de información de la población.
- La atención de calidad.
- El trabajo colaborativo y la gestión conjunta entre los servicios y la comunidad.

La organización comunitaria tiene las funciones de:

- Movilizar a mujeres, familias y comunidades en la identificación de necesidades, demandas y soluciones a sus problemáticas.
- Informar sobre la administración del servicio de salud, la oferta existente de prestaciones de salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención integral de las hemorragias de

la primera mitad del embarazo.

- Realizar un control permanente, informando, analizando y proponiendo medidas pertinentes, sobre el estado y el funcionamiento de los equipos e instrumental (AMEU, LUI y otros) existente, la disponibilidad de insumos y medicamentos, el funcionamiento de las farmacias, el cumplimiento de las labores del personal de salud y la calidad de la atención

que brinda a las mujeres con complicaciones obstétricas.

- Movilizar a la comunidad para la realización del seguimiento de las actividades del equipo de salud, del cumplimiento de los proyectos priorizados en la comunidad y para la realización de la vigilancia epidemiológica comunitaria y para facilitar el acceso y referencia de usuarios a establecimientos de salud.



6 GLOSARIO

6 GLOSARIO

ANESTESIA GENERAL

Estado de inconsciencia y pérdida completa de sensibilidad producido por la administración de un anestésico por inhalación o por vía intravenosa o intramuscular; también denominada anestesia quirúrgica.

ASPIRACIÓN MANUAL ENDO-UTERINA (AMEU)

Procedimiento quirúrgico ambulatorio, utilizado para el tratamiento de las hemorragias del embarazo con úteros compatibles por fondo uterino de hasta 12 semanas de gestación o 12 cms. incluyendo biopsia de endometrio, mediante la aspiración del contenido uterino con jeringa Ipas AMEU Plus y cánulas semirígidas Easy Grip™.

ANESTESIA LOCAL

Abolición parcial de la sensibilidad, realizada en una zona limitada del cuerpo, provocada artificialmente.

ANESTESIA CONDUCTUAL

Abolición parcial de la sensibilidad a través de la técnica de conducción de la atención de la persona, disminuyendo la percepción del dolor mediante apoyo verbal y/o ejercicios de respiración.

ANALGESIA

Falta, supresión o abolición de la sensibilidad al dolor, provocada artificialmente.

ANTICONCEPCIÓN

Conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos, ejercer sus derechos reproductivos y regular su fecundidad cuando lo deseen.

CALIDAD DE ATENCIÓN

La calidad de atención es una filosofía de atención integral y humana orientada hacia la satisfacción de las/los usuarias/os. Permite mejorar los niveles del servicio integral para

hombres y mujeres mediante cambios en las relaciones personales, así como en las prácticas administrativas y técnicas.

La atención con calidad potencia la responsabilidad, conocimiento y autonomía del/la usuario/a, su autoestima, y el ejercicio de su dignidad y sus derechos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento de autorización al personal médico para realizar los procedimientos necesarios y convenientes en procura de restablecer la salud de la mujer, deslindando de toda responsabilidad por cualquier complicación o fallecimiento no controlables o imprevisibles. Autorización firmada por la mujer o un familiar de la misma, o ambos.

DERECHOS REPRODUCTIVOS

Abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales sobre los derechos humanos, en-

tre ellos: El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de hijos y a disponer de información, educación y los medios para ello.

El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia.

DERECHOS SEXUALES

Son los derechos de las personas a ejercer autónomamente una sexualidad sana y placentera, independiente de la reproducción y sin riesgo para la salud y la vida, libres de cualquier forma de violencia, abuso o acoso. Incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente, sin verse sujeta a coerción, discriminación y violencia.

ELECCION INFORMADA

La elección informada se refiere al proceso por el cual una persona toma una decisión sobre su atención en salud. Debe estar basada en el acceso a toda la información necesaria y la plena comprensión desde su punto de vista.

El proceso debe resultar en una decisión libre e informada de la persona acerca de si desea o no recibir servicios de salud y, si es así, qué método o procedimiento de anticoncepción (planificación familiar) va a ser suministrado, el proveedor tiene la responsabilidad de facilitar el proceso de elección informada.

ENFERMEDAD TROFOBLÁSTICA

Es un término con el que se designa una amplia gama de lesiones que tienen su origen en un huevo fertilizado y cuyo comportamiento biológico abarca desde lesiones benignas hasta francamente malignas.

GÉNERO

El género es una construcción, social, cultural e histórica que asigna ciertas características y roles a grupos de individuos con referencia a su sexo. Las personas nacemos con la diferencia de sexo, la adscripción de características de género es construida socialmente. Se puede decir que hay igualdad de género cuando existe una equidad de condiciones y oportunidades para que hombres y mujeres participen de manera paritaria en todos los ámbitos de la vida.

HEMORRAGIA DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO (HPME)

Presencia de sangrado genital causado por aborto incompleto, huevo anembrionado, huevo muerto y retenido, embarazo ectópico, embarazo molar, amenaza de aborto e interrupción del embarazo, antes de las 22 semanas de gestación, con o sin expulsión del producto de la concepción que pone en riesgo la vida de la madre.

ABORTO

Es la pérdida del producto de la concepción antes de la 22ava semana de gestación o cuando el peso fetal es menor a 500 gramos.

ABORTO EN CONDICIONES DE RIESGO

Es aquel procedimiento realizado por personas que carecen de la experiencia y conocimientos necesarios o en un entorno que carece de los estándares médicos necesarios o ambas cosas.

ABORTO EN CURSO, INMINENTE O INEVITABLE

Se considera aborto en curso inminente o inevitable cuando alguna de las siguientes condiciones esté presente: ruptura franca de las membranas ovulares con pérdida del líquido amniótico, hemorragia puede ser profusa o no, dilatación cervical que puede estar acompañada con dinámica uterina.

ABORTO COMPLETO

Es el aborto en el cual se expulsa la totalidad del contenido uterino, el feto y sus anexos.

ABORTO DIFERIDO, HUEVO MUERTO RETENIDO

Es la muerte fetal o del embrión en el útero, no seguida de su expulsión.

ABORTO INCOMPLETO

Es la expulsión incompleta del feto o de sus anexos. También se denomina restos de aborto.

ABORTO SÉPTICO

Es el aborto complicado con un proceso infeccioso que puede ser localizado, propagado o generalizado que compromete severamente el estado de la paciente.

INFORMACIÓN

Como un proceso de comunicación unidireccional, consiste en la transmisión de ideas, expresio-

nes y conceptos a una persona o un grupo de personas con el objetivo de promover y dar a conocer temas de Salud.

La información específica sobre anticoncepción implica dar a conocer los métodos anticonceptivos que existen, puede hacerse por diferentes medios y como un proceso individual y grupal; no obstante, la sola información no ayuda a la elección de un método anticonceptivo.

INTERCULTURALIDAD EN SALUD

Es el enfoque social comunitario en el que se inscriben el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes sistemas médicos y actores/as sociales de la salud, promoviendo procesos de articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud.

LEGRADO UTERINO INSTRUMENTAL (LUI)

Procedimiento quirúrgico hos-

pitalario utilizado para el tratamiento de las hemorragias del embarazo hasta las 22 semanas de gestación, incluyendo biopsia de endometrio, mediante la extracción del contenido uterino con curetas metálicas.

MODELO INTEGRAL DE CALIDAD PARA LA ATENCIÓN A LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

Es un proceso de atención, preventivo y curativo para el tratamiento de las hemorragias de la primera mitad del embarazo como una forma de reducir la morbimortalidad materna y está constituido por cinco elementos:

1. Vinculación entre la comunidad y proveedores de servicios.
2. Orientación.
3. Tratamiento de las HPME
4. Servicios de anticoncepción en el post aborto y anticoncepción de intervalo.
5. Vinculación con servicios de Salud reproductiva y Salud Integral.

MOLA HIDATIDIFORME

Es un embarazo intrauterino, excepcionalmente extrauterino, en el cuál la vellosidad corial es reemplazada por múltiples estructuras quísticas, que representan dilataciones segmentarias de ella, con grados variables de proliferación tanto del cito como del sincitiotrofoblasto. Es una degeneración hidrópica de las vellosidades coriales.

MORTALIDAD

Los aspectos de mortalidad se refieren a los sujetos que mueren en un determinado lugar a consecuencia de cualquier patología o por una causa específica, durante un período dado.

MORBILIDAD

La morbilidad, por su parte, consta de la incidencia y de la prevalencia. La incidencia trata de los casos nuevos de enfermedad adquiridos durante un determinado período. La prevalencia tiene que ver con la existencia de casos

(nuevos y viejos) de enfermedad en un determinado momento o en un determinado período.

NORMA

Documento establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado.

ORIENTACIÓN

La orientación permite a mujeres, hombres y adolescentes, una elección libre e informada sobre el empleo de métodos y procedimientos para mantener o mejorar su salud, facilita su participación en el auto-cuidado, mejora la satisfacción con el método (aceptación de los posibles efectos secundarios) y mejora la satisfacción con el servicio recibido.

Para una orientación efectiva es necesario desarrollar destrezas y

habilidades de comunicación interpersonal. Debe enfocarse a todos los componentes de la salud sexual y reproductiva integralmente (anticoncepción, ITS/VIH/SIDA, sexualidad, cáncer cérvico uterino y de mama, inmunización con toxoide tetánico y micronutrientes, atención del parto y las emergencias, entre otros).

El/la proveedor/a debe conocer y enfocar la orientación en el contexto de los derechos sexuales y reproductivos tomando en cuenta las normas establecidas de orientación del Ministerio de Salud y Deportes en el “Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva” vigente.

ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

Es una interacción de persona a persona a través de la cual el/la proveedor/a de salud (orientador/a) asiste a la mujer, hombre o pareja a elegir el método anticonceptivo más adecuado de acuerdo con las características

de la persona y del método.

PARTICIPACIÓN SOCIAL EN LA GESTIÓN DE SALUD

Es el involucramiento autónomo y organizado de la comunidad en el proceso de planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones.

PROCEDIMIENTO

Método, operación o serie de operaciones con que se pretende obtener un resultado. Modo de ejecutar alguna cosa. Modo de practicar una operación; método y técnica.

PROMOCIÓN DE LA SALUD

Es el proceso en el que los actores sociales gestionan y toman decisiones sobre sus problemáticas y asumen actitudes-conductas de protección de su salud, pero además participan y toman decisiones en la gestión pública de salud.

PROTOCOLO

Conjunto de reglas que rigen el intercambio de información entre dos equipos o entre dos sistemas conectados entre sí, redactados como informes que se escriben inmediatamente después de realizada una intervención.

SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL (SUMI)

Es una estrategia nacional del Ministerio de Salud y Deportes, que organiza, norma y provee financiamiento público para otorgar a la población boliviana un conjunto esencial de prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo, ofertando servicios de salud a la mujer durante el embarazo, el parto y el post parto hasta seis meses post parto; y al recién nacido, atención de complicaciones obstétricas y neonatales, atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, inmunizaciones, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y planificación familiar. Recientemente, el SUMI ha sido ampliado y se tiene

el propósito de convertirlo en un Seguro Universal de Salud.

SALUD SEXUAL

Es el proceso permanente de consecución de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad, de la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras, de sentirse voluntariamente comprometido con la sexualidad del otro y de vivir sus realizaciones en forma segura y protegida. Para que pueda lograrse y mantenerse la salud sexual, deben respetarse los derechos sexuales de todas las personas.

SALUD REPRODUCTIVA

Es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria, sin riesgos de procrear y la libertad de hacerlo y

no hacerlo, cuando y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección, para la regulación de la fecundidad, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos.

TÉCNICA

Sistema, pericia, conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o arte. Habilidad para usar esos procedimientos. Manera de ejecutar un experimento, un acto mecánico o una intervención quirúrgica.



7 BIBLIOGRAFÍA

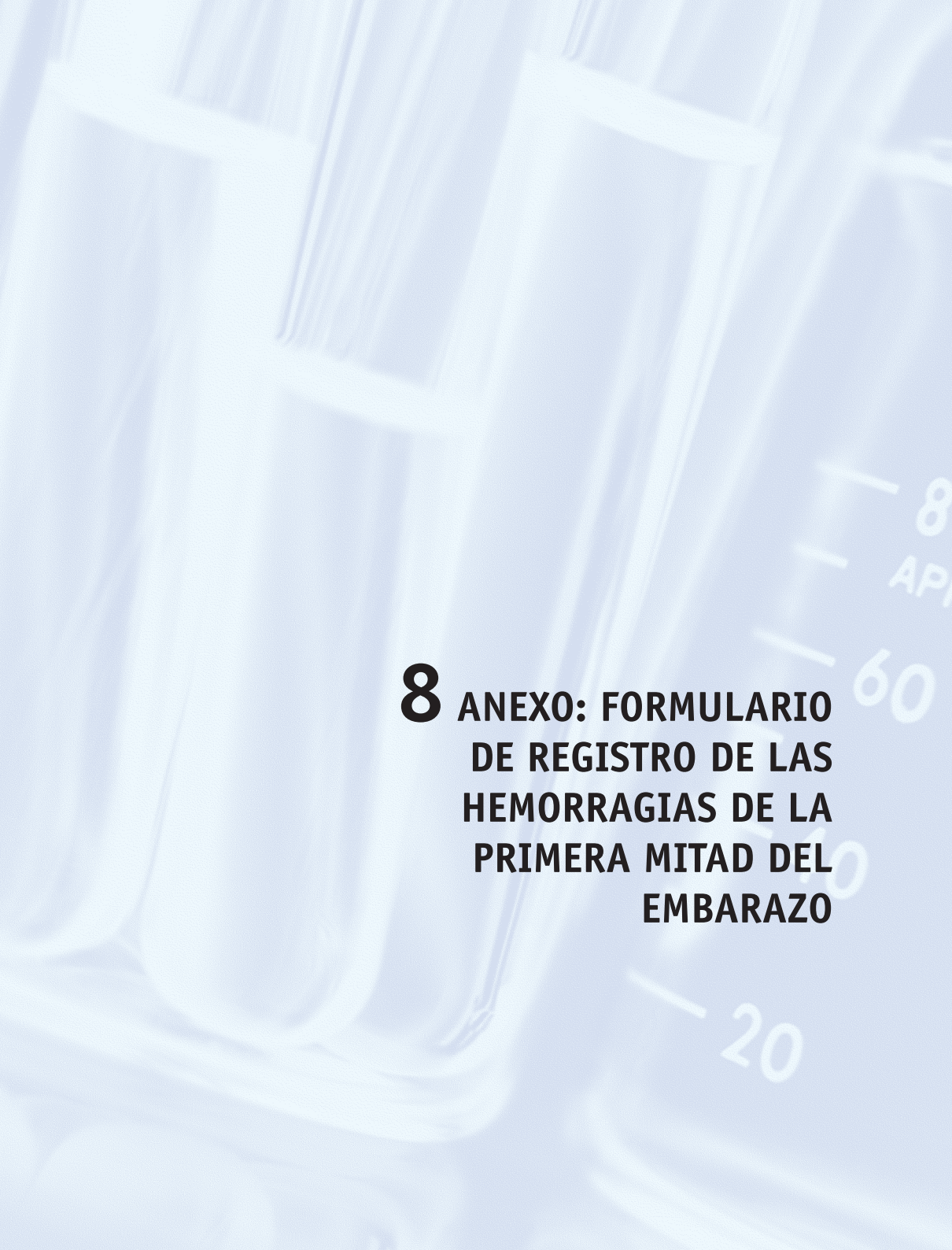
BIBLIOGRAFÍA

- J.M. Juran, F.M. Gryná. MCGRAW-HILL/Interamericana de México, 1997. **Análisis y planeación estratégica de la calidad. Del desarrollo del producto al uso.**
- Acción para el Siglo XXI, Salud y Derechos Reproductivos Para Todos, Informe a cerca de las medidas sobre la salud y los derechos reproductivos, recomendadas en el Programa de Acción de CIPD celebrada en El Cairo, 1994. **Conferencia internacional sobre la población y el desarrollo.**
- Decreto Ley del 02 de abril de 1973. **Código Penal Boliviano.**
- Folleto instructivo, Segunda Edición. Ipas, 2009. **Como efectuar la evacuación endouterina con el aspirador Ipas AMEU Plus y las cánulas EasyGrip™.**
- Directrices técnicas y gestoriales de prevención y tratamiento. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1995. **Complicaciones de aborto.**
- Manual de Capacitación. Ipas Bolivia, 2009. **Defendamos nuestros derechos sexuales y reproductivos.**
- Ministerio de Salud y Deportes, PNSSR, La Paz, 2004. **Defendiendo nuestros derechos.**
- El Ateneo, 1992. **Diccionario de ciencias médicas.**
- 1999 **Diccionario Larousse Ilustrado.**
- Dox Melloni Eisner, 1983. **Diccionario médico.**
- AVSC Internacional, 1998. **Elección informada.**
- Kárl-Martin, 1990. **Fundamentos de epidemiología.**
- WHO, 1992. **The prevention and management of unsafe abortion.**
- Pérez Sánchez Alberto, 1997. **Ginecología.**
- Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas, 1997. **Información semanal.**

- Ministerio de Salud y Previsión Social, 1999. **Lineamientos estratégicos de comunicación para el Seguro Básico de Salud.**
- Postabortion Care Consortium, 1995 - Traducción al español, 1999. **La Atención postaborto. Manual de referencia para mejorar la calidad de la atención.**
- Ipas, 1997. **Manual de capacitación en atención postaborto (APA).**
- Pathfinder International, Cathy Solter, 1997. **Currículo de capacitación prevención de infecciones.**
- INOPAL II, The Population Council. Family Planning Management Development (FPMD), Management Sciences for Health (MSH). Vernon Ricardo, Quintanilla Lourdes, De la Pesa Lourdes. **Manual de calidad en planificación familiar.**
- La Paz, 1998. **Norma Boliviana de Salud, MSPS 4-98. Anticoncepción quirúrgica voluntaria.**
- IBNORCA. NB/150/IEC 2, 1998. **Normalización y actividades relacionadas, guía boliviana.**
- Linda Tietjen, JHPIEGO, 1998. **Manual de referencia para solucionar problemas de prevención de infecciones para programas de planificación familiar.**
- Ministerio de Salud y Deportes, La Paz, 2005. **Modelo de salud familiar comunitaria intercultural.**
- Ministerio de Salud y Deportes. 2009. **Plan estratégico nacional para mejorar la salud materna, perinatal y neonatal en Bolivia 2009-2015, Resumen ejecutivo.**
- Ministerio de Salud y Previsión Social/SBS. Freddy Armijo, Sarah Arnéz, et.al, 1999. **Plan nacional de calidad en el marco del Seguro Básico de Salud.**
- Ministerio de Salud y Previsión Social. **Programa nacional de salud sexual y reproductiva 1999-2002.**
- 2004 - 2008. Ministerio de Salud y Deportes. **Programa Nacional de**

Salud Sexual y Reproductiva.

- Centro de Información y Desarrollo de la Mujer (CIDEM), Family Health international (FHI), Bolivia, 1999. **Para reconocer y respetar las diferencias y derechos en la salud sexual y reproductiva.**
- Johns Hopkins R., Hatcher, 1999. **Lo esencial de la tecnología anticonceptiva. Manual para personal clínico.**
- Pathfinder International, Cathy Solter, Suellen Miller, Miguel Gutiérrez, 2000. **Manual Vacuum Aspiration (MVA) for treatment of incomplete abortion (participantes manual).**
- Instruments: Instructional Booklet, 2003. **Performing uterine evacuation with Ipas Manual Vacuum Aspiration (MVA) .**
- Secretaría Nacional de Salud, La Paz, 1996. **Texto de Referencia de Salud Sexual y Reproductiva.**



**8 ANEXO: FORMULARIO
DE REGISTRO DE LAS
HEMORRAGIAS DE LA
PRIMERA MITAD DEL
EMBARAZO**

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES
Dirección General de Servicios de Salud,
Unidad de Servicios de Salud y Calidad

INTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL FORMULARIO DE REGISTRO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO

125

Este formulario de registro ha sido diseñado para normalizar la información y registro de todos los casos atendidos por complicación de las Hemorragias de la Primera Mitad del Embarazo, tanto con la técnica de AMEU, como con la técnica de LUI y debe ser llenado de acuerdo a las siguientes instrucciones:

- En **Hospitales/Servicios**: registre el nombre del nosocomio donde trabaja.
- En **Mes y Año**: cada una de las hojas debe ser llenada con datos según el mes y año que corresponde.

Es importante recalcar que, cuando un mes haya terminado y probablemente la hoja correspondiente tenga casillas vacías, no empiece el otro mes en la misma hoja sino en la hoja siguiente, llenando nuevamente el mes correspondiente.

- **“N°”**: anote en forma correlativa el número de caso que corresponda.
- **“Fecha de Ingreso”**: registre la fecha cuando la usuaria entra al servicio, anotando día, mes y año (dd/mm/aa).
- **“Hora de Ingreso”**: registre la hora cuando la usuaria entra al servicio, anotando horas y minutos (hh, mm).
- **“Fecha de Salida”**: registre la fecha en que la usuaria egresa del servicio, anotando día, mes y año (dd/mm/aa). No es la fecha en la que sale del procedimiento de LUI o AMEU.

- **“Hora de Salida”**: registre la hora en que la usuaria egresa del servicio, anotando horas y minutos (hh, mm). No es la hora en la que sale del procedimiento de LUI o AMEU.
- **“N° de Registro de Seguro”**: registre el número de seguro que le es asignada a la usuaria en Estadística.
- **“Edad de la usuaria”**: registre la edad en años de la usuaria (años cumplidos).
- **“Tamaño uterino por fondo uterino (En semanas)”**: registre el tamaño del útero detectado por tacto vaginal.
- **“Diagnóstico de ingreso por edad gestacional”**: registre el nombre exacto de la patología por la cuál la usuaria es tratada.
- **“Nombre del/la Proveedor/a”**: registre el nombre de / la proveedora/a, que haya realizado el procedimiento de LUI o AMEU.
- **“Tipo de Anestesia”**: marque con una “X” la columna correspondiente a Local o General, de acuerdo a la anestesia utilizada.
- **“Técnica usada”**: marque con una “X” la columna correspondiente a AMEU (si el/la proveedor/a empezó y termino el procedimiento con la técnica de Aspiración Manual Endouterina), AMEU y LUI (si el/la proveedor/a realizó el procedimiento con ambas técnicas: Aspiración Manual Endouterina y Legrado Uterino Instrumental), o LUI (si el/la proveedor/a empezó y termino el procedimiento con la técnica de Legrado Uterino Instrumental). Lo idóneo es que el proveedor emplee sólo una técnica, ya sea AMEU o LUI.
- **“Orientación realizada por”**: marque con una “X” la columna de el/la proveedor/a que ha realizado la orientación según corresponda.
- **“Método anticonceptivo”**: marque con una “X”, el método anticonceptivo con el que la usuaria salió del servicio o ninguno si ha sido su elección.
- **“Complicación del procedimiento”**: en esta columna debe registra cualquier complicación que se hubiese presentado durante él procedimiento, por ejemplo: perforación uterina, laceración cervical, hemorragia, etc.
- **“Referido a”**: registre el servicio al cual la usuaria ha sido referida según las necesidades de la misma, por ejemplo: servicio de ginecología, infertilidad, oncología, etc.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y
Productiva
PARA VIVIR BIEN

