



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Ministerio de Salud

Paquete pedagógico para desarrollo de
competencias de los recursos humanos
en salud en la atención de: planificación
familiar, materno-infantil y VIH/sida

Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y planificación familiar

Mejoramiento
continuo de la
calidad



Planificación
familiar



Salud materna



Salud infantil



VIH/sida



Esta publicación es posible gracias al apoyo generoso del pueblo de los Estados Unidos de América, a través del proyecto USAID/HCI de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud (HCI), es gestionado por University Research Co., LLC (URC), bajo acuerdo cooperativo número GHN-I-03-07-00003-00.

Las opiniones expresadas en la presente publicación no necesariamente reflejan el punto de vista o posición de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), ni del Gobierno de los Estados Unidos.

Ministerio de Salud:

Dirección General de Docencia e Investigaciones (DGDI)

Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención (DGECA)

SILAIS Managua

SILAIS Chinandega

SILAIS Nueva Segovia

SILAIS RAAS

Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud - USAID/HCI

Paquete pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de: planificación familiar, materno-infantil y VIH/sida

Diseños metodológicos para la formación de recursos humanos en mejoramiento continuo de la calidad (MCC) y planificación familiar

Tabla de contenidos

Siglas	10
Presentación	11
Glosario de planificación familiar	12
Temas, subtemas y tiempo en el paquete pedagógico completo	14
I. Introducción	17
II. Definición y objetivos del paquete pedagógico	18
III. Estrategia organizativa para implementarlo	19
A. Implementación del paquete pedagógico	19
B. Recomendaciones generales para la implementación	19
C. Recomendaciones generales para los facilitadores	20
D. Recomendaciones para utilizar el paquete pedagógico	20
IV. Diseños metodológicos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC)	21
I. Mejoramiento continuo de la calidad a través de ciclos rápidos	22
I.1 Diseño metodológico	22
I.2 Material de apoyo para el diseño metodológico	24
I.3 Nota Técnica: Mejoramiento continuo de la calidad a través de ciclos rápidos	29
Modelo de mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos	30
El ciclo rápido de mejora (PEVA)	33
I.4 Ayudas visuales para el diseño metodológico	37
2. Metodología de colaborativos de mejoramiento de la calidad	50
2.1 Diseño metodológico	50
2.2 Nota Técnica: Metodología de colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad	51
2.3 Ayudas visuales para el diseño metodológico	64
V. Diseños metodológicos de planificación familiar (PF)	77
I. El enfoque de derecho en la prestación del servicio de planificación familiar (PF)	78
I.1 Diseño metodológico	78
I.2 Material de apoyo para el diseño metodológico	80
I.3 Nota técnica: El enfoque de derecho en la prestación del servicio de planificación familiar (PF)	82
Derechos sexuales y reproductivos como punto de partida de la PF	84
Aseguramiento del derecho a la planificación familiar	86
I.4 Ayudas visuales para el diseño metodológico	94

2.	Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción	104
2.1	Diseño metodológico	104
2.2	Material de apoyo para el diseño metodológico	106
2.3	Nota técnica: Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción	110
	Criterios médicos de elegibilidad para prescribir métodos anticonceptivos	110
	Métodos anticonceptivos ofertados en el MINSA y los criterios para su prescripción	111
2.4	Ayudas visuales para el diseño metodológico	121
3.	Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local	166
3.1	Diseño metodológico	166
3.2	Material de apoyo para el diseño metodológico	170
3.3	Nota Técnica: Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local	173
	Generalidades	173
	Requisitos para la realización del procedimiento	173
	Requerimientos para la realización del procedimiento	175
	Realización del procedimiento	177
	Valoración post operatoria	179
	Complicaciones	180
3.4	Ayudas visuales para el diseño metodológico	181
4.	Aplicación de dispositivo intrauterino (DIU)	190
4.1	Diseño metodológico	190
4.2	Material de apoyo para el diseño metodológico	193
4.3	Nota Técnica: Aplicación del DIU	196
	Lineamientos generales para la prescripción	196
	Técnica de inserción del DIU durante el intervalo ínter genésico I	197
	Técnica de inserción del DIU después de un evento obstétrico	197
	Instrucciones post inserción para la usuaria I	199
	Extracción del DIU I	201
4.4	Ayudas visuales para el diseño metodológico	202
5.	Generalidades sobre la gerencia en planificación familiar	214
5.1	Diseño metodológico	214
5.2	Material de apoyo para el diseño metodológico	215
5.3	Nota técnica: Generalidades sobre la gerencia de la planificación familiar	216
	Modalidades de prestación de servicios de planificación familiar	216
	Componentes de la gerencia del servicio de PF	217
5.4	Ayudas visuales para el diseño metodológico	220

6. Herramientas gerenciales de la PF	227
6.1 Diseño metodológico	227
6.2 Material de apoyo para el diseño metodológico	234
6.3 Nota técnica: Herramientas para la vigilancia del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención en planificación familiar	235
Consideraciones para el monitoreo de los indicadores	236
Instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de planificación familiar o lista de chequeo	239
Base de datos para el monitoreo de indicadores de calidad en la atención de planificación familiar	239
6.4 Nota técnica: Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)	242
Estrategia de anticoncepción post evento obstétrico	242
Hoja de registro de anticoncepción post evento obstétrico	243
Base de datos para anticoncepción post evento obstétrico (APEO)	244
6.5 Nota técnica: Herramienta para la gerencia de la planificación familiar de intervalo	248
En qué consiste la modalidad de “planificación familiar de intervalo”	248
Fuentes de información para la herramienta gerencial de PF de intervalo	248
Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos	249
6.6 Nota técnica: Herramientas para la gerencia de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades	252
Descripción de la estrategia	252
Hoja de Registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades	253
Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades	254
6.7 Nota técnica: Herramienta para la medición de satisfacción de usuarias de PF	256
Encuesta de satisfacción de usuarias de planificación familiar	266
Dimensiones de la calidad a medir en la encuesta	257
Resultado de la encuesta	259
6.8 Ayudas visuales para el diseño metodológico	260
Participantes en la validación (MINSA Central, SILAIS: Managua, Chinandega, Nueva Segovia y RAAS)	292

Tablas

Tabla 1: Diseños metodológicos para mejoramiento continuo de la calidad (MCC)	14
Tabla 2: Diseños metodológicos para planificación familiar	14
Tabla 3: Diseños metodológicos para salud materna	15
Tabla 4: Diseños metodológicos para salud infantil	15
Tabla 5: Diseños metodológicos para prevención y atención del VIH/Sida	16
Tabla 6: Matriz de indicadores	32
Tabla 7: Propuesta de cambios	33
Tabla 8: Paquete de implementación	57
Tabla 9: Fecundidad, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua	83
Tabla 10: Criterios médicos de elegibilidad clínica para la prescripción de métodos anticonceptivos ²	110
Tabla 11: Métodos de planificación familiar que ofrece el Ministerio de Salud (MINSa)	112

Figuras

Figura 1: Triángulo de la garantía de la calidad	29
Figura 2: Ejemplo recreativo “El juego del saltamontes”	35
Figura 3: Uso repetitivo del PEVA	36
Figura 4: Mejoramiento tradicional de calidad vs MCC	52
Figura 5: Valor agregado del enfoque colaborativo para el MCC	53
Figura 6: Modelo operativo para el mejoramiento colaborativo de la atención en salud	55
Figura 7: Modelo de mejoramiento	56
Figura 8: Componentes de la gerencia del servicio de PF	217
Figura 9: Lista de Chequeo para monitoreo de indicadores de calidad	239
Figura 10: Base de datos de indicadores de calidad de PF	240
Figura 11: Hoja de registro de APEO	244
Figura 12: Base de datos de APEO	245
Figura 13: Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos	250
Figura 14: Hoja de registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades	254
Figura 15: Base de datos de oferta de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades	255
Figura 16: Base de datos de la encuesta de satisfacción de usuarias	257

Cuadros

Cuadro 1: Objetivo Estratégico 3 - Planificación Familiar (ENSSR)	84
Cuadro 2: Estándares e indicadores de calidad de PF	236

Siglas

ABR	Estrategia Ayudando a los Bebés a Respirar	MCC	Mejoramiento Continuo de la Calidad
ACCEDA	Metodología de consejería (Atender, Conversar, Comunicar, Elegir, Describir, Acordar)	MINSA	Ministerio de Salud (Nicaragua)
AIEPI	Atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia	MMC	Método Madre Canguro
AIMNA	Atención Integral a Mujer, Niñez y Adolescencia	NVM	Neumonía asociada a ventilador mecánico
APEO	Anticoncepción post evento obstétrico	OMS	Organización Mundial de la Salud
APP	Amenaza de Parto Pretérmino	OPS	Organización Panamericana de la Salud
APN	Atención Prenatal	PcP	Prevención con Positivos
BPN	Bajo Peso al Nacer	PEPFAR	Programa Presidencial de Emergencia de Asistencia para el Sida (siglas en inglés)
CLAP	Centro Latinoamericano de Perinatología	PF	Planificación Familiar
CNDR	Centro Nacional de Diagnóstico y Referencia	POPPHI	Iniciativa para la prevención de la hemorragia posparto
COE	Cuidados Obstétricos Esenciales	PTMI	Prevención de la transmisión materna infantil
CPH	Cuidados Pediátricos Hospitalarios	PVIH	Personas con VIH
DDHH	Derechos Humanos	QAP	Proyecto de Aseguramiento de la Calidad de Atención de USAID
DIU	Dispositivo intrauterino	RN	Recién Nacido
DGDI	Dirección General de Docencia e Investigaciones del MINSA	SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (acrónimo)
EMD	Equipo multidisciplinario	SIGLIM	Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos
GO	Gestágenos orales	SILAIS	Sistema Local de Atención Integral en Salud del MINSA
HCI	Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud de USAID	SHG	Síndrome Hipertensivo Gestacional
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base	TARV	Terapia antirretroviral
HPP	Hemorragia Postparto	TB	Tuberculosis
IRMM	Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna	URC	University Research Co., LLC
ITS	Infecciones de transmisión sexual	USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
LM	Lactancia materna	VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana
MATEP	Manejo Activo del Tercer Período del Parto	VPCD	Vigilancia, promoción del crecimiento y desarrollo
MAC	Método Anticonceptivo		

Presentación

La reducción de la mortalidad materno-infantil, como una de las prioridades del Ministerio de Salud ha requerido la implementación de múltiples acciones, entre las cuales se destaca el desarrollo de competencias, tanto clínicas como para mejoramiento continuo de la calidad, en el personal de las unidades de salud.

Así mismo, el MINSA ha coordinado con las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector salud, a fin de que estas competencias, también, sean desarrolladas durante la formación de los estudiantes de las carreras relacionadas con la atención en salud.

Es por ello que la Dirección General de Docencia e Investigaciones – DGDI del MINSA, presenta este Paquete Pedagógico para desarrollar competencias en atención materno-infantil, planificación familiar y VIH/Sida, el cual se diseñó sobre la base de la experiencia del personal de salud, como participantes activos en la educación continua desarrollada en las instancias locales del MINSA, con el apoyo de los proyectos de USAID (QAP/HCI).

Tanto los diseños metodológicos como el material didáctico que conforman el Paquete Pedagógico, representan una contribución muy significativa para el desarrollo de la educación continua en las unidades de salud, ya que reducen el tiempo requerido para la planificación docente, sobre todo para aquellas personas que han venido ejerciendo la docencia con alto espíritu de cooperación y mucho profesionalismo, a fin de alcanzar la calidad y calidez en el servicio que brindamos a la población nicaragüense.

De igual manera, este Paquete Pedagógico favorecerá la captación de docentes para la educación continua en las unidades de salud, ya que los profesionales que poseen alta experiencia y preparación clínica, así como voluntad para compartirla con sus colegas, pero que se les dificulta la planificación docente, pueden utilizar este material.

Para las universidades, el Paquete Pedagógico, contribuirá a fortalecer la articulación entre la formación y el desempeño futuro de los estudiantes, ya que su contenido está estrechamente ligado con las normas y protocolos del MINSA. Así mismo, los catedráticos también contarán con un recurso didáctico de gran utilidad para su labor.

De ahí que el MINSA espera que las autoridades del nivel central y local promuevan y apoyen la utilización de esta herramienta pedagógica, para atender las necesidades de capacitación que se identifican durante la vigilancia de la calidad en las unidades de salud, en el primero y segundo nivel de atención, así como que las instituciones formadoras lo aprovechen para el desarrollo de las diferentes asignaturas en las que sea pertinente.

Estamos seguros de que el Paquete Pedagógico será una herramienta muy bien aprovechada en nuestras unidades de salud y que, además, favorecerá la calidad y calidez en la atención, especialmente a mujeres y niños nicaragüenses.

Glosario de planificación familiar

Alto riesgo reproductivo: Cuando, en caso de presentarse un embarazo, el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte, o cuando posterior a ese embarazo es posible que queden secuelas que van a incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva.

Clínicas Médicas Previsionales: Empresa estatal adscrita al MINSA, pero con autonomía administrativa y financiera. Funcionan con una junta directiva autónoma, integrada por el Ministro de Salud, quien delega al Vice-Ministro para presidir la junta, un representante del INSS, el director administrativo financiero del MINSA, el gerente general de la CMP y un representante del Frente Nacional de los Trabajadores (FNT). La creación de las CMP fue financiada con fondos propios del MINSA.

Consentimiento informado: Es la decisión voluntaria y sin presiones de los usuarios, en la elección de un método anticonceptivo que requiera o no la realización de un procedimiento quirúrgico, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente.

Doble protección: Protección contra las ITS/VIH y el embarazo. [En el contexto de las notas técnicas, se refiere al uso del condón junto con otro método anticonceptivo.]

Eficacia: la capacidad de un método anticonceptivo para evitar una gestación. Se mide habitualmente con el Índice de Pearl, que se define como el número de embarazos que presentarían teóricamente 100 mujeres que utilizaran el mismo método anticonceptivo durante un año. Se denomina eficacia teórica a la que se obtiene con el uso perfecto de cualquier método anticonceptivo, y efectividad o eficacia real a la que se obtiene en condiciones normales de uso, por la población general y en condiciones de posibles fallos de uso (el índice de fallos es del 3 al 8%, llegando a ser de hasta un 20% en adolescentes o pacientes de bajo nivel sociocultural).

Elección informada: acceso efectivo a información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles, incluyendo los métodos naturales.

Encuesta: Conjunto de preguntas tipificadas dirigidas a una muestra representativa, para averiguar estados de opinión o diversas cuestiones de hecho.

Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC): Estrategia del Ministerio de Salud de Nicaragua, diseñada para mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres y hombres que viven en comunidades alejadas de difícil acceso. Consiste en la entrega de métodos anticonceptivos por parte del personal comunitario capacitado (brigadistas de salud, parteras, promotores, colaboradores voluntarios) a usuarios subsecuentes, que previamente han recibido consejería y método anticonceptivo, por parte del personal de salud.

Factor de riesgo reproductivo: Es cualquier rasgo, característica, enfermedad o exposición de una mujer, que aumente su probabilidad de sufrir, ella o su producto potencial, lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Fecundidad: es la probabilidad que tiene la mujer de quedar embarazada en un ciclo menstrual específico y es aproximadamente 20% dependiendo de su edad.

Gerencia: Es la técnica mediante la cual se determina y se realizan tareas para lograr propósitos y objetivos de un grupo humano en particular. Es función de la gerencia orientar las operaciones de provisión de servicios hacia la producción del resultado pretendido.

Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC): Es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en procesos específicos de la atención de salud, para lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de los usuarios.

Método de Lactancia Exclusiva y Amenorrea (MELA): es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la infertilidad (“lactancia” significa que está relacionado a amamantar. Amenorrea” significa no tener menstruación). Los tres criterios que deben cumplir las mujeres son los siguientes: 1. La madre no ha vuelto a menstruar 2. El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo, y con frecuencia, durante el día y la noche. 3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad.

Monitoreo: Es el proceso de recoger y usar la información rutinariamente para tomar decisiones.

Oclusión Tubárica Bilateral: Oclusión Tubárica Bilateral. Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer; es un método muy eficaz que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Paridad satisfecha: Haber tenido el número de hijos o hijas deseados.

Protección dual: es la utilización del condón para prevención del embarazo y de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (para ambos propósitos).

Puerperio: Proceso que se inicia al término del parto o aborto, y finaliza con la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días.

Riesgo: Es la posibilidad que tiene un individuo o grupo de sufrir un daño.

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad (grado de peligro) que tiene, tanto la mujer no embarazada en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar lesión, daño o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Satisfacción de los usuarios: Es la percepción de los usuarios (as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.

Servicios de planificación familiar: Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con los usuarios y con resultados satisfactorios.

Voluntariedad: decisión basada en la libre elección, es decir no obtenida bajo inducción o alguna forma de coerción.

Temas, subtemas y tiempo en el paquete pedagógico completo

Tabla 1:
Diseños metodológicos para mejoramiento continuo de la calidad (MCC)

No.	Temas y subtemas	Tiempo
1.	Mejoramiento continuo de la calidad a través de ciclos rápidos	4.5 horas
2.	Metodología de colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad	2.5 horas

Tabla 2:
Diseños metodológicos para planificación familiar

No.	Temas y subtemas	Tiempo
1.	El enfoque de derecho en la prestación del servicio de Planificación Familiar (PF) - Derechos sexuales y reproductivos como punto de partida de la PF - Aseguramiento del derecho a la planificación familiar	3 horas
2.	Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripciones	5 horas
3.	Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local	Según número de participantes
4.	Aplicación del Dispositivo Intra Uterino (DIU)	Según número de participantes
5.	Generalidades sobre la gerencia de la planificación familiar	2.5 horas
6.	Herramientas para la gerencia del servicio de planificación familiar - Estándares e indicadores de calidad del proceso de atención en planificación familiar - Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) - Herramientas para la gerencia de la planificación familiar de intervalo - Herramientas para la gerencia de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades - Herramientas para la medición de satisfacción de usuarias de PF	19.5 horas

Tabla 3:
Diseños metodológicos para salud materna

No.	Temas y subtemas	Tiempo
1.	Atención Prenatal (APN)	2 horas
2.	Vigilancia del trabajo de parto	3.5 horas
3.	Manejo Activo del Tercer Período del Parto (MATEP) y vigilancia del puerperio inmediato para la prevención de la hemorragia postparto (HPP) - Manejo activo del tercer período del parto (MATEP) - Vigilancia del puerperio inmediato	4.5 horas
4.	Diagnóstico y tratamiento de la hemorragia postparto (HPP) - Generalidades sobre la hemorragia postparto - Manejo general de la HPP - Manejo específico de las causas de HPP - Manejo del shock - Maniobras que salvan vidas	6.5 horas
5.	Diagnóstico y tratamiento de preclampsia grave y de eclampsia	1.5 horas

Tabla 4:
Diseños metodológicos para salud infantil

No.	Temas y subtemas	Tiempo
1.	Estrategia: Ayudando a los bebés a respirar (ABR) - Introducción sobre la Estrategia de ABR - Preparación para el nacimiento - Cuidados esenciales maternos/MATEP y del recién nacido (RN) - Ayudar a los bebés a respirar - Pida ayuda, mejore ventilación y busque cuidados avanzados	12 horas
2.	Reanimación neonatal - Introducción y principios de la reanimación neonatal - Pasos iniciales para la reanimación neonatal - Uso de instrumentos de reanimación para suministrar ventilación a presión positiva - Compresiones torácicas - Intubación endotraqueal - Administración de medicamentos y expansores de volumen	3 días de 5 horas cada uno 15 horas en sesiones de 2 horas cada una
3.	Abordaje de la neumonía	2.5 horas
4.	Abordaje de la diarrea	2.5 horas
5.	Confirmación diagnóstica para sepsis neonatal - Definición de sepsis neonatal - Confirmación diagnóstica y tratamiento de sepsis neonatal	3 sesiones de 1 hora cada una
6.	Vigilancia y prevención de la neumonía asociada a ventilador mecánico (NVM) - Definición de la neumonía asociada a ventilador mecánico (NVM) y magnitud del problema	4.5 horas

Tabla 4: (Cont.)

No.	Temas y subtemas	Tiempo
	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia de la NVM - Prevención de la NVM 	
7.	Organización de la vigilancia y prevención de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos (ITSa/CV) <ul style="list-style-type: none"> - Magnitud y definición de las infecciones del torrente sanguíneo asociadas a catéteres venosos (ITSa/CV) - Vigilancia de las(ITSa/CV) - Prevención de las (ITSa/CV) 	5.5 horas
8.	Lactancia materna <ul style="list-style-type: none"> - Apego precoz - Técnicas de amamantamiento - Técnica de extracción manual, almacenamiento, conservación y administración de leche materna - Problemas comunes del amamantamiento - Consejería en lactancia materna 	1.5 horas 3 horas 2.5 horas 2 horas 2 horas
9.	Humanización de la atención al recién nacido prematuro o de peso bajo al nacer <ul style="list-style-type: none"> - Importancia de la estrategia Canguro - Técnicas para los cuidados según el Método Madre Canguro - Registro de información en el expediente clínico - Consejería ACCEDA para el Método Madre Canguro 	1 hora 1.45 horas 2.30 horas 1.15 horas

Tabla 5:

Diseños metodológicos para prevención y atención del VIH/Sida

No.	Temas y subtemas	Tiempo
1.	Estrategia de prevención combinada ante el VIH <ul style="list-style-type: none"> - Generalidades sobre la estrategia de prevención combinada - Los componentes de la prevención combinada - Los “4 conoces” - Situación del VIH en Nicaragua - Paquete básico de servicios de prevención combinada para poblaciones en mayor riesgo (PEMAR) - Paquete básico de servicios de prevención combinada para prevención con positivos (PcP) 	5 horas
2.	Prevención combinada ante el VIH: Intervenciones estructurales <ul style="list-style-type: none"> - Reducción del estigma y la discriminación ante el VIH en la prestación de servicios de salud - Violencia basada en género (VBG) y VIH 	9 horas
3.	Prevención combinada ante el VIH: Intervenciones conductuales <ul style="list-style-type: none"> - Cambio de comportamiento 	2 horas
4.	Prevención combinada ante el VIH: Intervenciones biomédicas <ul style="list-style-type: none"> - Consejería para la prevención de las ITS y VIH - Prueba de VIH voluntaria - Las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH - Atención a adultos con VIH - Atención a embarazadas con VIH - Atención a niñez expuesta al VIH y enfermedad por el VIH - Profilaxis post exposición al VIH 	20.5 horas

I. Introducción

El Ministerio de Salud (MINSA), con el objetivo de dar cumplimiento a los compromisos de nuestro Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, de proveer salud gratuita y atención oportuna con calidad a los nicaragüenses, desde el Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC) y la participación ciudadana, ha desarrollado un conjunto de procesos y estrategias que contribuyan al Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC) de atención en Centros de Salud y Hospitales, así como en las áreas asistenciales materno-infantil, VIH-Sida, planificación familiar (PF) y otras.

Esta estrategia de MCC está basada en la realización de actividades dirigidas a la formulación y medición de indicadores, implementación de ciclos rápidos de mejora, capacitación clínica y en MCC del personal de salud, monitoreo continuo, análisis de datos y documentación de cambios o mejoras, así como la divulgación de resultados, experiencias y lecciones aprendidas en el actuar día a día y en la elaboración de guías técnicas, así como en la publicación de normas.

Es por ello que el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Docencia e Investigaciones (DGDI), ha elaborado y pone a disposición de todas las personas, instituciones y organizaciones del sector salud, esta herramienta metodológica denominada “Paquete Pedagógico”, con el objetivo de que sea utilizada en aras de mejorar la calidad de la atención y desarrollar competencias en el personal de salud, dirigidas a la atención Materno-Infantil, Planificación Familiar y VIH/Sida.

Dicha herramienta fue diseñada con la colaboración y apoyo de los proyectos de USAID (QAP/HCI), la cual tiene sus bases en las Normas y Protocolos del MINSA, experiencias del personal de salud y aportes de participantes activos en las capacitaciones en los diferentes niveles e instancias del MINSA.

Según estudios realizados en el 2010 y 2011 en el MINSA, el MCC como estrategia se ha institucionalizado y las acciones de mejoras son sostenibles en las unidades de salud con diferentes niveles de alcance; pero junto a estas acciones es necesario mantener el desarrollo de competencias clínicas relacionadas al MCC, tanto en el MINSA como en las instituciones formadoras de recursos humanos para el sector salud, en cuanto al conocimiento y aplicación de indicadores y estándares de calidad.

Se espera que la utilización del “Paquete Pedagógico”, tanto en las unidades de salud como las instituciones formadoras, les permita implementar cambios significativos en cuanto a la efectividad del desarrollo de competencias, partiendo de la formulación de objetivos de aprendizaje alcanzables durante las sesiones y la selección de actividades pertinentes, que al realizarse adecuadamente, aseguren automáticamente en los participantes el logro de los objetivos y su implementación en el mejoramiento continuo de la calidad.

II. Definición y objetivos del paquete pedagógico

El Paquete Pedagógico es una herramienta para el desarrollo de competencias en el personal de las instituciones prestadoras de servicios de salud y en los estudiantes de las que son formadoras de recursos humanos para el sector salud. Se diseñó con enfoque de mejoramiento continuo de la calidad y está integrada por diseños metodológicos y material didáctico, basado en las normas y protocolos del MINSA, para el estudio de temas priorizados sobre salud materna-infantil, planificación familiar y VIH/Sida, en las unidades de salud e instituciones formadoras de recursos del sector salud.

Los objetivos del Paquete Pedagógico son:

1. Contribuir con el desarrollo de competencias en el personal de las unidades de salud, para brindar una atención de calidad y con calidez a la población de Nicaragua, según las normas y protocolos del MINSA.
2. Fortalecer la institucionalidad y sostenibilidad del mejoramiento continuo de la calidad en la atención en las unidades de salud.
3. Promover cambios en la planificación docente, en relación con las metodologías, a fin de alcanzar aprendizajes significativos para el desarrollo de competencias.
4. Contribuir con el desarrollo de competencias, durante la formación de los recursos del sector salud en las instituciones formadoras.

Las características relevantes de este Paquete Pedagógico son las siguientes:

1. El contenido de los diseños metodológicos es una selección de temas, priorizados con base en las principales y más frecuentes dificultades que el personal de salud enfrenta, en relación con las competencias que debe utilizar durante su desempeño.
2. Las competencias enunciadas son solamente las que se pretende fortalecer con el estudio de las temáticas de los diseños metodológicos.
3. Las indicaciones metodológicas se seleccionaron cuidadosamente, a fin de asegurar el logro de los objetivos de aprendizaje planteados.
4. La información contenida en las notas técnicas está basada en las normas y protocolos del MINSA.
5. Contiene el material didáctico requerido para la implementación de los diseños metodológicos.

III. Estrategia organizativa para implementarlo

A. Implementación del Paquete Pedagógico

Divulgación

1. La DGDI presentará el Paquete Pedagógico a las autoridades de cada SILAIS y municipales, así como a directores(as) de escuelas formadoras de recursos humanos.
2. Las autoridades del SILAIS divulgarán el Paquete Pedagógico a su equipo de Dirección.
3. Las áreas de docencia de hospitales y los equipos técnicos municipales, a su vez, presentarán el Paquete Pedagógico a los jefes de servicio o coordinadores de los equipos de mejoramiento de la calidad, en todas las unidades de salud.

Implementación

1. La DGDI incluirá en su plan de trabajo anual la implementación a nivel nacional del Paquete Pedagógico.
2. Las áreas de docencia de las unidades de salud organizarán las sesiones de capacitación, de acuerdo con las necesidades detectadas en el personal de salud, a través de la aplicación del mejoramiento continuo de la calidad. Así mismo, seleccionarán a los facilitadores, ya sea entre el personal de la unidad o el equipo técnico del SILAIS y del nivel Central.
3. Los facilitadores prepararán el desarrollo de los temas, siguiendo los diseños metodológicos correspondientes y el material didáctico respectivo. Para ello contarán con el apoyo del área de docencia de la unidad de salud.
4. Los facilitadores brindarán al área de docencia de la unidad de salud sus recomendaciones, para enriquecer los diseños metodológicos del Paquete Pedagógico, partiendo de la experiencia obtenida durante la aplicación.

Seguimiento

1. La DGDI incluirá, en su plan anual de trabajo con los SILAIS, las actividades de seguimiento a la implementación del Paquete Pedagógico.
2. El SILAIS incluirá, en su plan anual de trabajo con las unidades de salud, las actividades de seguimiento a la implementación del Paquete Pedagógico.
3. Las áreas de docencia remitirán datos sobre la implementación del Paquete Pedagógico en los informes mensuales que envían al SILAIS y éste al nivel central.
4. La información de resultados obtenidos debe corresponder con la periodicidad de los informes que presenten al SILAIS y se debe referir a lo siguiente:

Número de capacitados (hombres, mujeres, cargo, ubicación laboral) por temas y subtemas de los diseños metodológicos del Paquete Pedagógico.

B. Recomendaciones generales para la implementación

1. La DGDI (MINSA Central) y el equipo técnico de cada SILAIS promoverán y apoyarán de forma continua y sistemática, la implementación del Paquete Pedagógico en todas las unidades de salud y centros formadores de recursos humanos en salud.
2. Las áreas de docencia de las unidades de salud irán creando capacidades técnico-pedagógicas, en un equipo de facilitadores seleccionado entre el personal de mayor experiencia y con actitudes y habilidades docentes.
3. Las áreas de docencia de las unidades de salud estarán en comunicación permanente con las autoridades, jefes de servicio o coordinadores del MCC, para atender las demandas de capacitación que surjan como producto del MCC en las unidades de salud.

C. Recomendaciones generales para los facilitadores

El facilitador es la persona que acompaña y apoya a un grupo para: aprender, superar dificultades, funcionar con más efectividad y eficiencia, a fin de lograr con éxito los objetivos de aprendizaje propuestos. Para ello se les recomienda:

1. Cumplir los principios de: unir al grupo, centrar en la tarea y mover al grupo hacia los objetivos.
2. Cumplir las funciones de: entrega de información, clarificación, control, relajamiento y dinamización.
3. Un buen facilitador, pone en práctica ejercicios participativos, para analizar situaciones, observar comportamientos, generar discusiones, obtener conclusiones, precisar y fijar conceptos, motivar hacia el cambio de actitudes, introducir nuevas prácticas, que es, en definitiva, lo que se pretende con la capacitación.

D. Recomendaciones para utilizar el Paquete Pedagógico

Para favorecer el máximo provecho del Paquete Pedagógico, se sugieren los pasos siguientes:

I. Para el Minsa

- a. Tenerlo al alcance, para consultarlo, durante la elaboración del plan anual de capacitación de la unidad de salud, ya que para ello le proporciona temáticas y tiempos, así como indicaciones organizativas.
- b. Consultarlo continuamente, a fin de dar respuesta a las demandas de capacitación que se le planteen al área de docencia de la unidad de salud, las cuales podrían no estar incluidas en el plan anual de capacitación.
- c. Cuando un facilitador va a impartir uno o varios temas del Paquete Pedagógico, debe realizar las siguientes actividades:
 - Seleccionar los temas y/o subtemas, ya sea para estructurar un taller o una sesión de corta duración.
 - Seleccionar los objetivos y las competencias propias del tema o subtema elegido.
 - Leer detenidamente lo referido a las indicaciones metodológicas, tiempo, materiales e indicaciones organizativas, referidas al tema o subtema elegido.

Si desea suprimir o sustituir actividades de aprendizaje, debe tener sumo cuidado, para que no se obstaculice el logro de los objetivos propuestos. Recordar que las conductas a lograr se deben propiciar en la sesión de estudio,

de lo contrario no hay seguridad en el logro de los objetivos. Así mismo, para verificar el aprendizaje debe lograr la participación del 100% de las personas en las actividades de evaluación.

En relación con el tiempo es preferible ampliarlo que reducirlo, porque esto va muy directamente relacionado con el número de participantes.

- Leer detenidamente las notas técnicas y los materiales al tema o subtema elegido.
- Localizar información complementaria sobre el tema o subtema, si es necesario, para reforzar los conocimientos sobre éstos.
- Preparar otros materiales que no estén incluidos en el Paquete Pedagógico.
- Estudiar la información contenida en la nota técnica de los temas y subtemas.
- Calendarizar en conjunto con el área de docencia, las sesiones necesarias para el estudio de un tema o subtema.

2. Para las instituciones formadoras

- a. Tenerlo al alcance, al momento de elaborar la programación docente de acuerdo con el programa de estudio, a fin de incluir los temas del paquete pedagógico en la planificación docente.
- b. Al momento de preparar la clase realizar las actividades siguientes:
 - Leer detenidamente lo referido a las indicaciones metodológicas, tiempo, materiales e indicaciones organizativas, referidas al tema o subtema elegido.
 - Si desea suprimir o sustituir actividades de aprendizaje, debe tener sumo cuidado, para que no se obstaculice el logro de los objetivos propuestos. Recordar que las conductas a lograr se deben propiciar en la clase, de lo contrario no hay seguridad en el logro de los objetivos. Así mismo, para verificar el aprendizaje debe lograr la participación del 100% de los estudiantes en las actividades de evaluación del aprendizaje.
 - En relación con el tiempo es preferible ampliarlo que reducirlo, porque esto va muy directamente relacionado con el número de estudiantes cursando la asignatura.
 - Leer detenidamente las notas técnicas respectivas al tema o subtema elegido.
 - Localizar información complementaria sobre el tema o subtema, si es necesario, para reforzar los conocimientos sobre éstos.
 - Preparar otros materiales que no estén incluidos en el Paquete Pedagógico.

IV. Diseños metodológicos de mejoramiento continuo de la calidad (MCC)

I. Mejoramiento continuo de la calidad a través de ciclos rápidos

I.1 Diseño metodológico

Competencias del personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias en el personal de salud.

- Monitorea en forma sistemática los indicadores de calidad.
- Analiza los resultados del monitoreo de los indicadores de calidad.
- Utiliza adecuada y oportunamente los resultados del monitoreo de los indicadores de calidad para la toma de decisiones.
- Identifica oportunidades de mejora.
- Implementa, en forma precisa, ciclos rápidos de mejora de la calidad en la atención.
- Documenta los ciclos rápidos de mejora.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Explicar el concepto de calidad.
- Explicar los momentos del mejoramiento continuo de la calidad con ciclos rápidos de mejora.
- Realizar el análisis adecuado de información.
- Ejemplificar los pasos de un ciclo rápido de mejora a nivel de documentación del mismo.
- Estructurar procesos de divulgación de resultados de mejoramiento continuo de la calidad con ciclos rápidos.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada sobre mejoramiento continuo de la calidad con ciclos rápidos de mejora.	60 min	<ul style="list-style-type: none">• Presentación en power point• Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. MINSA, Nicaragua. Octubre 2009
2. Lectura comentada de los estándares e indicadores de calidad referidos al área de trabajo. En plenario cada participante leerá un estándar con todos los elementos que lo integran. El facilitador dirigirá la interpretación, y explicará la forma en que se monitorea en un expediente.	30 min	
3. Ejercicio en parejas para realizar un análisis sencillo, a partir de datos proporcionados a los participantes, sobre resultados de la medición de indicadores.	60 min	

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
4. Exposición de los análisis en plenario. El facilitador solicitará a los participantes que, de forma voluntaria, expongan sus análisis; así mismo, que formulen y respondan preguntas para aclaración.	60 min	<ul style="list-style-type: none"> Matriz de documentación de ciclos rápidos de mejora
5. Ejercicio en grupos de 4 personas como máximo para documentar un ciclo rápido de mejora a partir de los datos analizados.	30 min	
6. Exposición en plenario del ejemplo de documentación del ciclo rápido de mejora. El facilitador solicitará a los participantes que, de forma voluntaria, expongan su ejemplo; así mismo, que formulen y respondan preguntas para aclaración.	30 min	
7. Trabajo individual para responder tres preguntas. a) ¿Cuál es la importancia de la divulgación de los resultados del MCC? b) ¿Cuáles son los mecanismos que utilizan en su unidad de salud para divulgar los resultados del mejoramiento continuo de la calidad? c) ¿Qué otros mecanismos considera usted son factibles de utilizar para la divulgación de los resultados del mejoramiento continuo de la calidad?	15 min	
8. Exposición de las respuestas individuales. En plenario el facilitador solicitará a los participantes que, voluntariamente expongan sus respuestas, para reforzar aprendizaje del grupo; así mismo, que formulen y respondan preguntas para aclaración.	15 min	

Indicaciones organizativas:

- El tema de mejoramiento continuo se debe desarrollar en una sola sesión con duración de 4.5 horas como mínimo.
- El máximo de participantes debe ser de 20 personas.

1.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Formato para documentar el mejoramiento continuo de la calidad con Ciclos Rápidos de Mejora (PEVA)

1. SILAIS: _____ 2. Nombre de la unidad de salud: _____

3. Problema o proceso de atención a mejorar: _____

4. FALLOS o BRECHAS en la calidad del proceso de atención a mejorar

5. CAUSAS probables de fallos o brechas identificados en el proceso de atención a mejorar

6. Objetivo de mejoramiento ¿Qué estamos tratando de lograr?

7. Indicador para medir si el cambio implementado produjo una mejora en el proceso

8. Cambios para lograr el objetivo de mejoramiento ¿Qué haremos?	9. Ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar)				
	9.1 Planear-Ejecutar			9.2 Verificar	9.3 Actuar
	9.1.1 ¿Qué actividades realizaremos para lograr los cambios?	9.1.2 Fecha de cumplimiento	9.1.3 Responsables	Resultados de la medición del indicador o criterio(s) a mejorar seleccionado	De acuerdo con los resultados de la última medición, concluir lo siguiente:
				Resultado que originó el ciclo PEVA: % _____ 1. Medición: Fecha ____%____ 2. Medición: Fecha ____%____ 3. Medición: Fecha ____%____ 4. Medición: Fecha ____%____ Última Medición: % _____	1. El/los cambios funcionan bien <input type="checkbox"/> EXPANDIR los CAMBIOS 2. El/los cambios funcionan pero necesita ajustar <input type="checkbox"/> AJUSTAR los CAMBIOS 3. El/los cambios no funcionan <input type="checkbox"/> DETERMINAR O FORMULAR NUEVOS CAMBIOS

Instructivo

Formato para documentar el mejoramiento continuo de la calidad con ciclos rápidos de mejora (PEVA)

1. **SILAIS:** Anote el nombre del SILAIS al cual pertenece la unidad de salud que está documentando el mejoramiento continuo de la calidad con ciclo rápido de mejora (PEVA).
2. **Nombre de la unidad de salud:** Anote el nombre de la unidad de salud que está documentando.
3. **Problema o proceso de atención a mejorar:** Registre el proceso global a mejorar. mediante las intervenciones necesarias para alcanzar el cambio. Por ejemplo uno de los procesos de atención a: embarazada, recién nacido, niñez, prevención de infecciones, planificación familiar o VIH/Sida.

El equipo de mejoramiento debe analizar el problema del proceso a mejorar, tomando como referencia los resultados del monitoreo del estándar de calidad y, además, la lista de chequeo correspondiente, en la cual el equipo de mejoramiento identifica el criterio que menos se está cumpliendo.

4. **Fallos o brechas en la calidad del proceso de atención a mejorar:** Según el análisis realizado del problema, anote en esta columna el o los criterios de más bajo cumplimiento. Ej. No se determina el IMC para evaluar el estado nutricional de la embarazada, y cuando se realiza, no se utiliza para evaluar el estado nutricional o bien se pesa pero no se evalúa el incremento de peso materno.

5. **Causas probables de fallos o brechas identificados en el proceso de atención a mejorar:** Según el análisis del problema, el equipo de mejoramiento, junto con las personas involucradas en el proceso de atención, identifican las causas probables de incumplimiento, Anote en esta columna, las causas que podrían ser modificadas con intervenciones factibles y de bajo costo.

Ej. Si el problema identificado es que no se determina el IMC para evaluar el estado nutricional de las embarazadas y cuando se realiza no se utiliza para evaluar el estado nutricional, o se pesa pero no se evalúa el incremento de peso materno. Las causas probables serán:

- a) Desconocimiento de cómo determinar el IMC
- b) Desconocimiento de la tabla de IMC que permite la evaluación del estado nutricional de la embarazada.
- c) No saben dónde registrar el IMC

6. **Objetivo de mejoramiento ¿Qué estamos tratando de lograr?** En este inciso el equipo de mejoramiento selecciona el criterio más bajo en el cumplimiento del estándar y éste debe ser expresado como objetivo de mejoramiento. Recuerde que el criterio seleccionado se toma de la lista de chequeo.

Ej. El criterio que menos se cumple en la atención a la embarazada, es la determinación del estado nutricional con base en el IMC. Por lo tanto, al plantear el objetivo de mejoramiento, se debería escribir de la siguiente manera: Que al 100% de las embarazadas que acuden a su APN se les evalúe el estado nutricional con base en la determinación del IMC y el incremento de peso materno.

7. **Indicador para medir si el cambio implementado produjo una mejora en el proceso:** En este inciso el equipo de mejoramiento debe formular un indicador que permitirá medir si el objetivo de mejoramiento se logró: Debe anotar el indicador de acuerdo con el criterio antes seleccionado para mejorar. Recuerde que si el criterio que menos se cumple en la atención de la embarazada es la determinación del estado nutricional con base en el IMC y el incremento de peso materno, la construcción del indicador debe quedar de esta manera:

Porcentaje de embarazadas en las que en su APN se les evaluó el estado nutricional con base en la determinación del IMC y el incremento de peso materno.

Construcción del indicador: $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$

$\frac{\text{No. de expedientes de embarazadas que en APN se les evaluó el estado nutricional}}{\text{Total de expedientes de embarazadas revisados que acudieron a APN en el periodo}} \times 100$

8. **Cambios para lograr el objetivo de mejoramiento ¿Qué haremos?:** Una vez identificadas las causas de incumplimiento, siempre con la experiencia de las personas que participan en el ciclo rápido de mejora, deben identificar ideas generales, que permitirían lograr mejores resultados. La pregunta que haría es: ¿Qué vamos hacer para superar las causas de los fallos o brechas identificados?

- Ej. 1. Capacitar al personal de salud en la determinación del IMC.
2. Divulgar en el personal de salud las nuevas intervenciones para reducir mortalidad materna y neonatal.

9. **Ciclo PEVA (Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar):** El ciclo rápido de mejora continua se conoce también con los nombres de Shewhart o de Deming o de ciclo PDCA o PEVA. Consta de 4 pasos: Planear, Ejecutar, Verificar y Actuar. En cada paso se especifican elementos a los que el

EMCC debe dar seguimiento para asegurar su cumplimiento y por ende, el ciclo PEVA produzca los resultados esperados.

9.1 PLANEAR-EJECUTAR: Una vez que el equipo realiza el análisis de los fallos o brechas de la calidad de atención e identifica las causas, el siguiente paso es:

9.1.1 ¿Qué actividades realizaremos para lograr los cambios?: El equipo una vez consensuadas las ideas de cambio, debe escribir para cada idea de cambio, las actividades que permitirán el cumplimiento del objetivo de mejoramiento. La pregunta que se hará es: ¿Cómo lograremos los cambios?

Ej. Si los cambios a implementar fueron: 1. Capacitar al personal de salud en la determinación del IMC y 2. Divulgar en el personal de salud las nuevas intervenciones para reducir mortalidad materna y neonatal.

En esta columna se debe anotar el cómo se harán las capacitaciones; es decir, para la primera actividad que es capacitación al personal de salud, se debe registrar la manera cómo los van a capacitar; en este caso puede ser: utilizando la metodología de Abordaje Basado en Problema, educación continua o haciendo preguntas diarias de conocimiento en el personal, etc.

En la segunda actividad, que se refiere a divulgación, se debe especificar por ej. Colocar afiches, colocar recordatorios en los expedientes de las embarazadas que acuden a su APN, etc.

9.1.2 Fecha de cumplimiento: Anotar la fecha en que se ejecutarán cada una de las actividades para dar cumplimiento a las ideas de cambio. Para cada actividad determinar la fecha en que ésta será cumplida. Usualmente, el ciclo rápido se debe desarrollar en un período corto de 10 a 15 días, máximo un mes.

9.1.3. Responsables: Registrar los nombres y apellidos de las personas responsables de dar seguimiento al cumplimiento de las actividades planificadas.

9.2. VERIFICAR: Una vez que el equipo de mejoramiento tiene los resultados del monitoreo, utilizando la lista de chequeo e identificado el criterio que menos se cumple, se debe realizar lo siguiente:

- a) Anotar cuál fue el resultado inicial o que dará inicio al ciclo PEVA. Ej. De 20 expedientes revisados 4 cumplieron los criterios. El resultado es 20%.
- b) Cada semana, hasta completar un mes, el equipo de mejoramiento revisará el cumplimiento del criterio seleccionado a mejorar, y escribirá la fecha y el porcentaje encontrado. Ej. Revisar 5 expedientes de atención prenatal para verificar si se anota la fecha y el porcentaje encontrado.
- c) En la última medición, el equipo debe anotar el resultado obtenido, en porcentaje, del indicador que el equipo ha seleccionado, después de finalizado el ciclo de mejora. Por ej. De 20 expedientes revisados 15 cumplieron los criterios. Ej. El resultado después de haber implementado los cambios fue de 75%. Puede ocurrir que solo haya requerido de una medición y se haya alcanzado una mejoría, y esa sería la última medición, pero también puede ser que en esta primera medición haya sufrido modificaciones importantes y que necesitó de mediciones posteriores hasta alcanzar el 90 a 100 % de cumplimiento.

9.3 ACTUAR:

Una vez que se cuenta con los resultados del inicio y la finalización del ciclo rápido de mejora, el equipo de mejoramiento hace el análisis de ambos resultados y evalúa lo siguiente:

- a) El resultado fue altamente efectivo, entonces podemos decir que sí funciona y que podemos expandirlos a otra área, a otra institución, etc., que podemos documentarlo y reflexionar sobre lo aprendido.

- b) El resultado fue efectivo pero no lo suficiente, entonces el equipo debe revisar los cambios, las actividades y hacer ajustes.
- c) El resultado no fue efectivo o no hubo mejoría, el equipo deberá volver a revisar las causas, las ideas de cambios y las actividades, incluso si el personal responsable realizó lo que tenía que hacer.

Recomendaciones finales para el EMCC:

Dos aspectos importantes que debe manejar el equipo de mejoramiento.

- a) Los cambios que fueron efectivos deben ser incorporados en el gráfico sujeto de análisis y en el mes que se propusieron realizar el ciclo de mejora.
- b) En caso que el ciclo rápido de mejora realizado no se haya tomando de los resultados obtenidos en la base de datos de estándares de calidad, se debe generar un gráfico para mostrar los resultados obtenidos.

I.3 Nota Técnica: Mejoramiento continuo de la calidad a través de ciclos rápidos*

Introducción

La calidad de la atención en salud, es un derecho de la población nicaragüense, que garantiza una atención humanizada, solidaria, con tecnología apropiada que logra una completa satisfacción del usuario, la familia y la comunidad. Implica utilizar y mantener la ética profesional, poner en práctica los conocimientos científicos y utilizar de forma racional los recursos. Esto se logrará con el apoyo de los profesionales que laboran en los establecimientos prestadores de servicios de salud que apliquen una nueva filosofía en el acto médico, sin olvidar el valor que le otorgue el usuario a la calidad de la atención.

Esquemáticamente se ha identificado a las técnicas del mejoramiento continuo de los procesos con el triángulo de la garantía de la calidad, que tiene en su vértice superior la definición de la calidad, en su vértice inferior izquierdo al mejoramiento de la calidad, en su vértice inferior derecho la medición de la calidad y en el centro la satisfacción de la usuaria.

Figura 1: Triángulo de la garantía de la calidad



La definición de la calidad es un momento metodológico del mejoramiento continuo de los procesos, en el cual se define operativamente la calidad esperada a través de la formulación de estándares clínicos, administrativos y de satisfacción de usuarios.

La atención de salud de calidad, por definición, es la atención accesible que se presta en cumplimiento de estándares basados en evidencia científica y que atiende las necesidades de los usuarios de manera receptiva y respetuosa.

Los estándares de calidad son enunciados explícitos de cómo se debe realizar una actividad de atención de salud a fin de producir los resultados deseados; vinculan contenidos o

procesos de atención específicos a un resultado deseado y permiten evaluar el desempeño. Los estándares definen qué constituye atención de calidad tanto para trabajadores de la salud como para usuarios.

Una de las dimensiones importantes de la calidad, especialmente para los usuarios, es la calidez. Ésta se manifiesta en el trato humano, respetuoso, amable y comprensivo que reciben los usuarios por parte del personal de salud. Un trato amable, la buena predisposición para escucharlo y entender sus problemas o inquietudes, en definitiva, el hacerlo sentir “en confianza”. Los servicios de salud se pueden brindar de una manera profesionalmente competente, pero sin calidez se corre el riesgo de que la atención sea menos eficaz. Por ejemplo, si no se trata bien a los usuarios, es probable que ellos no cumplan las recomendaciones del equipo de salud. Por ende, problemas en la dimensión de satisfacción de los usuarios pueden deteriorar la calidad general de la atención.

Los estándares y guías basados en evidencia ya existen o están surgiendo rápidamente para la mayoría de prioridades en salud a nivel mundial, particularmente aquellas que figuran en las Metas de Desarrollo del

* La mayor parte del contenido de este tema ha sido tomado de: Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna – Proyecto Colaborativo Interpaíses: Ministerios de Salud de Honduras - Ecuador - Nicaragua - USAID - Proyecto de Garantía de Calidad QAP/URC – OPS. Serie: Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad/Manual del Facilitador – Unidad Tres. [acceso 14 de mayo 2012] Disponible en: http://www.lachsr.org/documents/serie_65_ley_ecuador/65lacserie-esp Publicado en 2003.

Milenio. Los estudios muestran que los proveedores cumplen regularmente con sólo una pequeña proporción de estándares establecidos.

El mejoramiento de la calidad es una metodología sistemática que permite introducir cambios concretos en procesos específicos en los servicios de salud. Es el esfuerzo de mejorar el desempeño de los procesos, encontrando vías e implementando nuevos y mejores métodos y procedimientos.

Mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos

Al igual que todas las técnicas de mejoramiento de la calidad, en ésta, se parte de identificar en forma objetiva la calidad real a fin de compararla con la calidad deseada para determinados procesos de atención.

Esto se logra a través de:

- a) La medición del cumplimiento de estándares por medio de indicadores.
- b) El análisis del proceso y sus fallas.

Al identificar la existencia de una brecha entre lo observado (desempeño real actual) y lo esperado (el estándar, que es la declaración de la calidad esperada), los equipos de mejoramiento continuo de la calidad (EMCC) introducen cambios concretos en los procesos de atención, empleando ciclos rápidos de mejoramiento desarrollados en forma progresiva, hasta alcanzar el objetivo propuesto y observar un mejoramiento de la calidad.

Modelo de mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos

El modelo para el mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos contempla dos componentes:

- a) Preguntas fundamentales
- b) Ciclo rápidos de mejoramiento

En el primer componente se plantean tres preguntas fundamentales para iniciar el mejoramiento de un proceso. La primera cuestiona al EMCC sobre el objetivo que quiere alcanzar en el mejoramiento del proceso escogido. La segunda pide al EMCC identificar indicadores para observar de manera objetiva si los cambios ejecutados están o no mejorando la calidad, y finalmente la tercera pide al EMCC identificar ideas concretas de cambio que serán puestas en práctica para mejorar la calidad de atención.

En el segundo componente, con las ideas de cambio establecidas, el EMCC aplica un ciclo de mejoramiento que consiste en programar los cambios, ponerlos en práctica, examinar los resultados del ciclo inicial, y de acuerdo a los resultados actuar.

Preguntas fundamentales para el mejoramiento de la calidad con ciclos rápidos

Se plantean tres preguntas fundamentales que permiten situar al EMCC en:

- a) el objetivo que desea alcanzar
- b) indicadores para verificar si el cambio está dando como resultado un mejoramiento, y
- c) los cambios concretos que se realizarán en el proceso.

La primera pregunta: ¿Qué estamos tratando de lograr?

Esta pregunta permite que el EMCC identifique una meta de mejoramiento de la calidad en el proceso de atención escogido. A esta meta la llamaremos objetivo.

El objetivo, por tanto será un enunciado escrito de los logros esperados por el EMCC, con metas numéricas, tomando como base los datos existentes del desempeño actual del proceso. El objetivo, por lo tanto, es susceptible de medición, no especulativo o que no se pueda medir.

Ejemplos:

- a) Lograr que el 100% de atención de los postpartos inmediatos se ejecuten de acuerdo con la norma.
- b) Llegar al 100% de embarazadas censadas en la población correspondiente, las cuales acuden a atención prenatal.

Objetivo mal planteado (especulativo)	Objetivo bien planteado (medible)
Concienciar a la población...	Incrementar al 90% las coberturas...
Transformar la realidad...	Aplicar en el 100% de atenciones las normas...
Alcanzar una buena atención...	Captar el 70% de embarazadas...

Segunda pregunta: ¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?

Esta interrogante nos lleva a pensar en la búsqueda de medidas clave o indicadores que permitan determinar el progreso del cumplimiento del objetivo planteado por el EMCC.

Estos indicadores permitirán verificar si los cambios que se realicen al proceso de atención, durante la ejecución de los ciclos rápidos de mejora, producen o no mejoramiento de la calidad.

Para determinar los indicadores, el EMCC debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Definir cuál es la medida (promedio, porcentaje, número) que nos permitirá observar de manera adecuada lo que deseamos medir.
- En la fórmula del indicador, el evento escogido para el numerador siempre está incluido en el denominador.
Ejemplo:
Número de complicaciones obstétricas manejadas de acuerdo con protocolos.
Número total de complicaciones obstétricas atendidas.
- Determinar de manera clara, cuál será la fuente de la información para el indicador (ejemplo: HCP, hoja de partograma, etc.).
- La técnica a usar para recoger la información debe ser factible (ejemplo: revisión de historias clínicas para conocer el manejo del postparto, revisión del consolidado mensual sobre partos atendidos).

Ejemplos:

- a) Porcentaje de embarazadas entre 26 y menos de 35 semanas de gestación (amenaza de parto pretérmino y trabajo de parto pretérmino, ruptura prematura de membranas en pretérmino, hemorragia anteparto, cualquier causa que justifique un nacimiento pretérmino) a quienes se les aplicó Dexametasona según protocolos de atención prenatal del MINSA.
- b) Porcentaje de embarazadas en trabajo de parto, con partograma llenado e interpretado correctamente, según protocolo del MINSA.
- c) Porcentaje de parturientas (vaginal / cesárea) a quienes se les realizó Manejo Activo del Tercer Periodo del Parto (MATEP), a fin de reducir la hemorragia postparto, según protocolo del MINSA.

Matriz de indicadores

En una matriz se debe especificar toda la información referida a los indicadores. A continuación se muestra un ejemplo de cómo se expresan los indicadores. Se redactan en forma que reflejen objetivamente la medición del mejoramiento de la calidad. En general, la fórmula para los indicadores cuantitativos se compone de un numerador y un denominador. También podría ser un número absoluto, como conteo de eventos; o una medición

en grados o escalas. Se identifica las fuentes del numerador y denominador, así como la técnica para la recolección de los datos.

Tabla 6: Matriz de indicadores

Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Técnica de recolección de datos
Porcentaje de puérperas inmediatas con vigilancia adecuada (Se considera que se cumple con el indicador, sí y solo si se vigilan cada 30 min en las primeras 2 hrs posparto los 5 parámetros establecidos en el segmento puerperio de la HCPB).	$\frac{\text{No. de puérperas inmediatas vigiladas adecuadamente}}{\text{No. de puérperas inmediatas revisadas en el período}} \times 100.$	Historias clínicas perinatales de puérperas revisadas que cumplen con los criterios	Historias clínicas perinatales de puérperas revisadas	Indirecta: revisión de documentos (historias clínicas perinatales)

Tercera pregunta: ¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?

Probablemente esta es la pregunta que requiere más interés por parte del EMCC, ya que de ésta depende la efectividad del trabajo futuro del equipo. El equipo deberá estudiar las deficiencias en el proceso, a través del flujograma construido y luego pensar en alternativas para introducir cambios en los procesos y así mejorarlos.

Es importante además que el equipo reflexione sobre qué pasaría al introducir el cambio en el sistema de atención actual, lo que llevaría a determinar si el cambio es o no factible.

La creatividad del equipo se pone en juego para dar respuesta a esta pregunta.

Los cambios que se propongan deberán ser concretos y pueden referirse a:

- Cambios en la organización del proceso cuando su contenido es correcto, pero su ejecución está mal organizada. Estos cambios se proponen con base en la experiencia y conocimientos del equipo en la realización del proceso. Por ejemplo, si las normas o estándares no se cumplen porque una sola persona tiene asignadas muchas funciones, como es el caso del médico en la atención del puerperio inmediato, entonces un cambio concreto sería que la vigilancia la realice un recurso de enfermería.
- Cambios en el contenido clínico-médico del proceso, como la introducción de nuevas prácticas o procedimientos que podrían incluso no constar aún “oficialmente” en las normas nacionales de atención, pero que han sido probadas en su efectividad a través de la medicina basada en la evidencia. Un ejemplo constituye la adopción del manejo activo del tercer periodo del parto (MATEP).

Las deficiencias en el proceso de atención, es decir las acciones que no se realizan adecuadamente, los elementos que son innecesarios o redundantes, y los elementos que deberían estar incluidos en el proceso pero que no lo están, deben ser identificados en forma precisa y planteados de manera adecuada.

Lo siguiente es elaborar propuestas concretas de cambios en la organización del proceso o en su contenido, lo que llamaremos “ideas de cambio”. Ejemplos:

Tabla 7: Propuesta de cambios

Deficiencias encontradas en el diseño o ejecución del proceso		Ideas de cambio	
Mal identificada	Bien identificada	Mal elaborada	Bien elaborada
Falta de médico pediatra para evaluación inicial del RN.	No se realiza evaluación inicial del RN porque la atención del parto la realiza un solo médico.	Contar con médico/a pediatra (está mal elaborada porque no es factible)	La enfermera realizará el control inicial del RN.
Mal llenado de la Hoja de AIEPI.	Mal llenado de la hoja de AIEPI porque el médico se opone a llenar.	Llenar bien la hoja de AIEPI. (está mal elaborada porque no propone ningún cambio concreto al proceso)	Invitar a un médico voluntario para que atienda a todos/as los/as niños/as con morbilidad llenando la hoja AIEPI.
Promoción deficiente de los servicios obstétricos prestados por la unidad de salud.	No existe un proceso coparticipativo de la comunidad para la captación temprana de las embarazadas.	Promoción de servicios. (está mal elaborada porque es la deficiencia redactada en positivo, no se propone un cambio concreto al proceso).	Conformar un grupo de líderes y promotores comunitarios que realicen un censo y sensibilización de embarazadas.

La idea de cambio no es redactar en positivo la deficiencia encontrada. Tampoco es un objetivo o una meta que se quiere alcanzar, las ideas de cambio son acciones concretas, nuevas y diferentes, que se van a realizar para modificar el proceso deficiente, y así mejorarlo.

La aplicación de los ciclos rápidos de mejora continua constituye la puesta en práctica de las preguntas fundamentales del mejoramiento, a través de los ciclos rápidos de mejora o ciclos PEVA (planear, ejecutar, verificar, actuar).

El ciclo rápido de mejora (PEVA)

Este ciclo permite la puesta en práctica u operacionalización de las preguntas fundamentales del modelo de mejoramiento con ciclos rápidos de mejora

El ciclo se usa para probar, implementar y ajustar los cambios que se proponen realizar, dando respuesta sobre todo a la tercera pregunta fundamental.

Planear

En la fase de programar se deberá incluir:

- El cambio o cambios que se realizarán.
- Todas las actividades a desarrollar para que se concreten los cambios.
- Dónde se realizarán las actividades.
- Cuándo se realizarán las actividades.
- El responsable de ejecutar cada una de las actividades

La matriz de plan ayuda a organizar la programación, de manera tal que se pueda visualizar el o los cambios programados, las actividades a realizar, dónde se ejecutarán, cuándo y los responsables de cada una de las actividades. Esta matriz permite que el equipo pueda hacer el seguimiento del ciclo programado.

Ejecutar

La fase de ejecutar, constituye la puesta en práctica de los cambios y actividades que han sido programadas en el paso anterior.

Para la fase de ejecutar será necesario capacitar al personal que implementará los cambios propuestos, así como también documentar problemas que se presenten y exponer las observaciones pertinentes a la ejecución de lo programado.

Examinar [Verificar]

En ese momento, el EMCC comparará el resultado obtenido de la primera medición del indicador diseñado, con lo esperado, de acuerdo con el objetivo que se ha formulado.

Es el momento de discutir los resultados obtenidos con la implementación del nuevo proceso y de sintetizar o resumir todo lo aprendido como consecuencia de la puesta en marcha del nuevo proceso con los cambios implementados.

Actuar

Esta fase del ciclo rápido de mejora incluye resolver las situaciones inmediatas que se presenten, así como de realizar la documentación necesaria para explicar cómo se ha llevado adelante el proceso, reflexionar sobre lo aprendido y finalmente volver al paso inicial (Programar), de acuerdo con los siguientes resultados:

- Si el cambio funciona bien, se realizará un nuevo ciclo rápido de mejora para expandir el mismo cambio a mayor escala.
- Si el cambio funciona, pero necesita ajustes, se realizará un nuevo ciclo rápido de mejora ajustando el cambio de acuerdo con las necesidades de la experiencia previa.
- Si el cambio no funciona o no produce los resultados esperados, se programará otra idea de cambio, ya que con la que se ejecutó no se logró los efectos esperados.

Recomendaciones para el ciclo rápido de prueba

Es conveniente que el ciclo rápido de prueba del cambio se realice a pequeña escala, esto significa en un ambiente pequeño, con un número pequeño de personas que ejecutarán el cambio, y en un tiempo corto (no más de una a dos semanas).

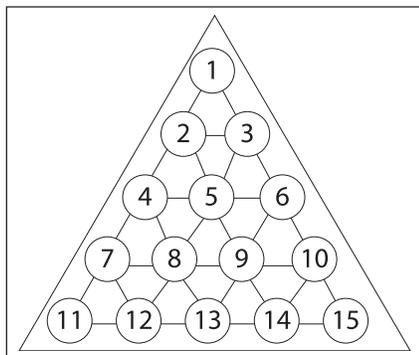
Esto permite al EMCC valorar si los cambios que se programaron, realmente dan el resultado de mejoramiento deseado, sin afectar a toda la unidad de salud o a un servicio extenso de ésta, y sin hacer un uso ineficiente de los recursos.

Se recomienda también que el equipo realice un ejercicio de simulación de las actividades del cambio, lo que permitirá concienciar sobre la propuesta que se está queriendo probar.

Otra recomendación para el EMCC es la consulta o presentación de la propuesta del cambio a personas que conozcan sobre la misma.

Ejemplo recreativo “El juego del saltamontes”

Figura 2: Ejemplo recreativo "El juego del saltamontes"



Este ejercicio nos permite comprender mejor cómo la ejecución de varias ideas de cambio nos conduce hacia un mejoramiento.

Nos permite observar, en forma metafórica con el juego, cómo las preguntas fundamentales se ajustan a los procesos de cambio y que existe una mejor forma de realizar los procesos. Se trata de colocar “fichas, caramelos, bolas” dejando un espacio cualquiera, “un número” en blanco. Saltando en cualquier dirección desde el espacio donde está la ficha a mover hacia el espacio en blanco, se “comen” las fichas, hasta dejar el menor número (una o dos fichas).

Al revisar en el grupo las estrategias utilizadas, se comparten y se obtiene como moraleja que hay una mejor forma de realizar los procesos a la que se llega después de varios intentos y de compartir las

experiencias. Para el caso del juego, éste se realiza de acuerdo con la siguiente clave: el casillero 6 debe quedar vacío; el 1 salta al 6; el 10 salta al 3; el 8 salta al 10; el 15 salta al 6; el 3 salta al 10; el 2 salta al 9; el 10 salta al 8; el 12 salta al 5; el 14 salta al 12; el 7 salta al 2; el 2 salta al 9; el 11 salta al 13; el 13 salta al 6.

Para poder mejorar la calidad de un proceso de atención, es necesario hacer cambios, pero no todos los cambios producen mejoramiento. Por esta razón es necesario probar y estudiar las ideas de cambio antes de implementarlas en toda una unidad o sistema de salud.

Una persona que quiere mejorar su apariencia tiene varios modelos de sombreros, los cuales se prueba para buscar cuál le permite mejorar “su apariencia”. Lo mismo ocurre en los servicios de salud: se tienen muchas opciones de cambio, pero es necesario probarlas para implementar la que mejor resultados nos brinda.

Las ideas de cambio pueden ser sucesivas y progresivamente más complejas.

Ventajas de los ciclos rápidos de mejora para desarrollar un cambio

La ejecución de los ciclos rápidos de mejora para probar o desarrollar un cambio permite lo siguiente:

- Brindan oportunidad de realizar pequeñas pruebas, que si llegan a fracasar no tendrán un impacto sobre el desempeño global de la unidad de salud.
- Permiten documentar cuánto sería el mejoramiento que se podría esperar al implementar el cambio.
- Ayudan a adaptar el cambio a las condiciones del ambiente local.
- Permiten evaluar costos y efectos secundarios del cambio.
- Reducen al mínimo la resistencia al cambio para cuando se realice la implementación a gran escala del nuevo proceso con los cambios.

Ciclos rápidos de mejora sucesivos

Los ciclos rápidos de mejora que se realizan en forma sucesiva permiten lo siguiente:

- Ajustar y probar los cambios en forma progresiva.
- Recoger datos útiles durante cada ciclo.
- Incluir una gama más amplia de situaciones en cada uno de los ciclos que se ejecutan progresivamente.
- Cada ciclo desarrollado mejora la aceptación o el consenso para la implementación a mayor escala del nuevo proceso con los cambios.

Institucionalizar el cambio

Una vez que el equipo ha probado el cambio que programó, con la obtención de resultados positivos, podrá dar el siguiente paso que es la institucionalización del nuevo proceso, el cual incluye el cambio ya probado. Para ello el EMCC deberá tomar en cuenta lo siguiente:

- Desarrollar todos los soportes, como la logística de los insumos, y los procesos administrativos para que el proceso pueda mantenerse (con el cambio) en forma permanente.
- El nuevo proceso genera gran expectativa en todo el personal del servicio por ver mejoras y no fracasos.
- A mayor alcance del cambio, habrá que vencer mayor resistencia al mismo, ya que el cambio “afecta” a todo el personal del servicio, en este caso un factor importante es la comunicación que el equipo realice en torno al nuevo proceso.

Figura 3: Uso repetitivo del PEVA



El uso repetitivo del ciclo rápido de mejora (PEVA)

Partiendo de los conocimientos, experiencia, la teoría y la ciencia, se inicia el proceso y se realizan varios ciclos rápidos de mejora que se pueden resumir de la siguiente forma:

- El primer ciclo rápido de mejora es el de prueba, a pequeña escala, por tanto con un grupo reducido.
- El segundo ciclo rápido de mejora será de ajustes a los cambios, de acuerdo con las experiencias obtenidas en la realización del primero, o el regreso al primer ciclo de prueba con una nueva idea de cambio en caso de que el cambio propuesto no funcione.
- El tercer ciclo rápido constituye la aplicación del cambio a mayor escala, para ajustar los detalles necesarios antes de implementar el cambio en toda la unidad de salud.
- Puede existir o darse un mayor número de ciclos rápidos, los que el EMCC requiera, hasta que perciba que el nuevo proceso se puede aplicar a gran escala en la unidad o sistema de salud.
- Finalmente, una vez probado el nuevo proceso, se realizarán todos los trámites administrativos necesarios para mantener el proceso en forma definitiva.

Durante todo el proceso se recogerán y analizarán los datos necesarios para cada ciclo rápido de mejora.

En cada ciclo rápido de mejora se logra un mejoramiento de la calidad de la atención, sin embargo, siempre queda algo por mejorar o una vez mejorado un proceso, se puede iniciar la misma metodología de mejoramiento con ciclos rápidos con otros procesos de atención que requieran ser mejorados.

El formato para documentar el mejoramiento continuo de la calidad con Ciclos Rápidos de Mejora (PEVA) y su respectivo instructivo se puede ver en la página 24 (1.2 Material de apoyo).

Mejoramiento continuo de la calidad con ciclos rápidos

Tomado de: Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna – Proyecto Colaborativo Interpaíses |
Ministerios de Salud de Honduras - Ecuador - Nicaragua - USAID - Proyecto de Garantía de Calidad QAP / URC – OPS.
Serie: Herramientas para el mejoramiento continuo de la calidad / Manual del Facilitador – Unidad Tres. http://www.lachsr.org/documents/serie_65_l6y_ecuador/65tacserie-esp

Diapositiva 1

¿Qué es atención de calidad?

Atención de calidad es lo que sucede en todos los puntos del servicio a lo largo del continuo de los cuidados, y atención de alta calidad es una función de la habilidad del sistema para producir un servicio que responderá a las necesidades de los usuarios en una forma respetuosa, sensible y efectiva...

David Nicholas

Vicepresidente de URC y
Director del Proyecto de Garantía de Calidad-QAP

Diapositiva 2

¿Qué es calidad?

“Hacer lo correcto, en la forma correcta, a lo inmediato”.

Edwards Deming,

Padre del mejoramiento de gestión de la calidad industrial

- Desde la primera vez.
- Todas las veces.

“Calidad es el cumplimiento de estándares”.

Establecido en el contrato con el Proyecto QAPI/USAID en 1997.

Diapositiva 3

Definición de atención de calidad en salud

Calidad es la atención accesible, que se presta en cumplimiento con los estándares basados en evidencia y que atiende las necesidades de los usuarios de manera receptiva y respetuosa (Franco et al. 2002).

- Estándares: son enunciados explícitos de cómo se debe realizar una actividad de atención de salud a fin de producir los resultados deseados (Ashton 2001).
- Basados en evidencia formal que vincula contenidos o procesos de atención específicos a un resultado deseado. (Walker et al. 1988; Grimshaw & Russell 1993).
- Los estándares definen qué constituye atención de calidad, tanto para trabajadores de la salud como para usuarios.

Diapositiva 4

Mejoramiento continuo de los procesos: Triángulo de la garantía de la calidad



Diapositiva 5

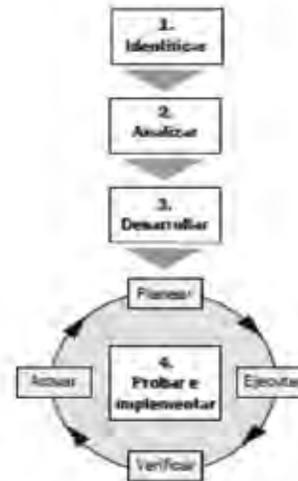
Mejoramiento continuo de la calidad (MCC)

Es una metodología sistemática que introduce cambios concretos en procesos específicos de la atención de salud, para lograr niveles elevados de calidad y satisfacción de los usuarios.



Diapositiva 6

Modelo para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)



Masoud, R., K. Askov, J. Reinke, L. M. Franco, T. Bornstein, E. Kriebel y C. MacAulay, 2002. Un paradigma moderno para mejorar la calidad de la atención de salud. Serie de monografías de garantía de calidad (1); Bethesda, MD: Publicado para la Agencia para el Desarrollo Internacional de EEUU. (USAID) por el Proyecto de Garantía de Calidad.

1. Identificar	Determinar qué hay que mejorar
2. Analizar	Comprender el problema
3. Desarrollar	Formular hipótesis acerca de los cambios que habría que hacer para solucionar el problema
4. Probar e implementar	Probar la hipótesis de solución para ver si produce mejoras; sobre la base de los resultados, decidir si abandonar, modificar o implementar la solución

Diapositiva 7

¿Qué es el Mejoramiento de la Calidad con Ciclos Rápidos?

Es un método que permite a los equipos introducir cambios concretos en el diseño o en la ejecución de los procesos a través de ciclos rápidos y progresivos.

Los cambios en el proceso permiten disminuir las brechas existentes entre la calidad deseada y la observada.

Diapositiva 8

Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad con Ciclos Rápidos (Ciclo PEVA)

Integra dos componentes:

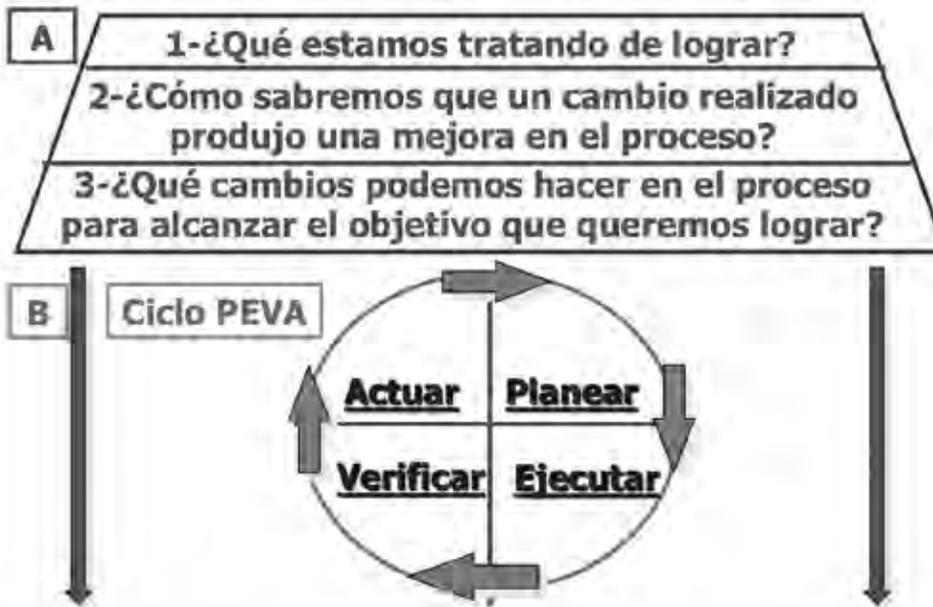
A. Preguntas fundamentales

y

B. Ciclo Rápido de Mejora Continua o Ciclo PEVA

Diapositiva 9

Modelo de Mejoramiento Continuo de la Calidad con Ciclos Rápidos (Ciclo PEVA)



Diapositiva 10

Componente A: Preguntas fundamentales 1-¿Qué estamos tratando de lograr?

- Un Objetivo que debe plantear el equipo
 - Corresponde a los logros esperados como consecuencia del esfuerzo del equipo de mejoramiento (EMCC) establecido con metas numéricas con base en el desempeño del proceso actual
- Ejemplo: Lograr el 100% de vigilancia adecuada a las púerperas inmediatas.

Diapositiva 11

Componente A: Preguntas fundamentales 2-¿Cómo sabremos que un cambio realizado produjo una mejora en el proceso?

- Con indicadores que nos digan si los cambios que hicimos mejoraron la calidad del proceso.
 - Mediante la comparación de la medición de indicadores con el objetivo planteado por cada equipo.
- Ejemplo: Porcentaje de púerperas inmediatas con vigilancia adecuada.

Diapositiva 12

Matriz de indicadores

Indicador	Fórmula	Fuente del numerador	Fuente del denominador	Técnica de recolección de datos
Porcentaje de púerperas inmediatas con vigilancia adecuada (Se considera que se cumple con el indicador, si y solo si se vigilan cada 30 minutos en las primeras 2 hrs posparto los 5 parámetros establecidos en el segmento puerperio de la HCPB.	No. de púerperas inmediatas vigiladas adecuadamente / No. de púerperas inmediatas revisadas en el periodo X 100.	Historias clínicas perinatales de púerperas revisadas que cumplen con los criterios.	Historia clínicas perinatales de púerperas revisadas	Indirecta: revisión de documentos (historias clínicas perinatales)

Diapositiva 13

Componente A: Preguntas fundamentales 3-¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?

El equipo debe:

- Estudiar el flujograma que refleja el proceso y encontrar las deficiencias del mismo.
- Pensar en alternativas para introducir cambios al proceso y mejorarlos.
- Reflexionar: ¿qué pasaría al introducir el cambio en el sistema de atención existente?

Diapositiva 14

Componente A: Preguntas fundamentales

3-¿Qué cambios podemos hacer en el proceso para alcanzar el objetivo que queremos lograr?

- Son propuestas concretas de cambios con base en la experiencia y conocimientos del equipo, así como en los aportes de la medicina basada en la evidencia, las normas y protocolos, para:
 - ➔ Introducir en el proceso prácticas de efectividad probada que no se realizan.
Ejemplo: manejo activo del tercer periodo del parto-MATEP
 - ➔ Realizar cambios en la organización del proceso de atención para vencer obstáculos.
Ejemplo: El estándar para la vigilancia adecuada de la puérpera inmediata está establecido, pero no se cumple porque la atención la realiza sólo el médico. Por tanto el cambio concreto es que la enfermera o auxiliar de enfermería, realice el control postparto

Diapositiva 15

Componente B:

Ciclo Rápido de Mejora Continua (PEVA)

- Es la operativización de las preguntas fundamentales del modelo de mejoramiento.
- Se usa para probar, implementar y ajustar un cambio.



Diapositiva 16

Planear

Es una descripción en detalle de cómo se implementará el cambio en el ciclo, incluyendo:

- Las actividades para lograr el cambio
- El lugar dónde se realizarán las actividades
- Cuándo se realizarán las actividades
- Quién/es será/n responsable/s de hacer las actividades

Diapositiva 17

Planear (Matriz de Plan)

Qué cambio	Actividades	Dónde	Cuándo	Responsable
La enfermera o auxiliar de enfermería realizará la vigilancia adecuada de la puerpera inmediata, según el estándar	Coordinar con la/s enfermera/s o auxiliares para realizar el proceso	Jefatura enfermería	1/02/2004	Coordinador de Área
	Medir el Indicador seleccionado	Equipo de Calidad	15/02/2004 Inicial 29/02/2004	Monitor asignado,....
	La enfermera/s o auxiliares realizarán la vigilancia del puerperio inmediato	Sala de partos	1/02/2004 a 29/02/2004	Enfermera / Auxiliar....
	Reunión del Equipo de MCC para examinar y actuar	Sala de reuniones	1/03/2004	Coordinador/a del EMCC

Diapositiva 18

Ejecutar

- Implementar lo planeado
- Capacitar al personal para la ejecución
- Documentar problemas y observaciones



Verificar

- Medir el indicador y comparar con lo esperado
- Discutir los resultados de los cambios implementados en el proceso
- Resumir lo aprendido



Diapositiva 19

Actuar

- Resolver situaciones inmediatas
- Documentar y estandarizar lo positivo
- Capacitar en nuevos métodos del proceso
- Reflexionar sobre lo aprendido
- Volver al paso inicial (Planear) según los siguientes resultados:
 - El cambio funciona bien: expandir el cambio
 - El cambio funciona pero necesita ajustes : ajustar el cambio
 - El cambio no funciona: Otra idea de cambio



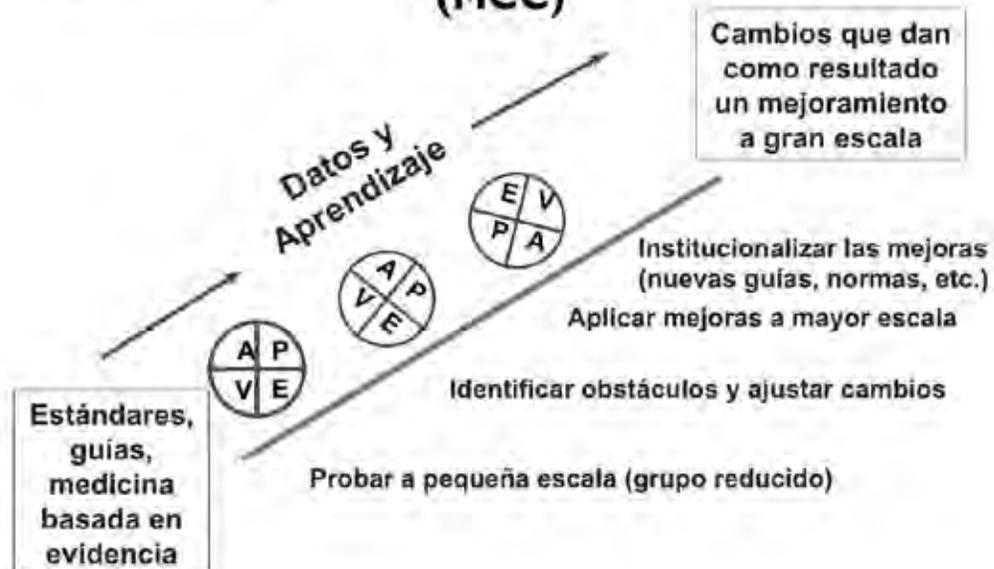
Diapositiva 20

Recomendaciones para el ciclo rápido de prueba

- Llevar a cabo el ciclo a pequeña escala:
 - Consultorios, profesionales, pacientes, parteras, barrios, etc.
 - Durante un periodo de tiempo corto
 - Con un pequeño grupo de voluntarios
- El equipo puede realizar un ejercicio de simulación de las actividades del cambio
- El equipo puede presentar sus ideas a otras personas que conozcan sobre el cambio, para recibir sugerencias.

Diapositiva 21

El uso repetitivo del Ciclo Rápido de Mejora (PEVA) para el Mejoramiento Continuo de la Calidad (MCC)



Diapositiva 22

Ciclos rápidos sucesivos

- Ajustar y probar los cambios progresivamente
- Recoger datos útiles durante cada ciclo
- Incluir una gama más amplia de situaciones en los ciclos que siguen
- Profundizar las ideas de cambio
- Mejoran la aceptación o consenso para la implementación a mayor escala
- *El mejoramiento requiere cambios, pero no todo cambio es un mejoramiento.*
- *El cambio debe ser probado y estudiado antes de ser implementado*



Diapositiva 23

Ventajas de los ciclos rápidos para desarrollar un cambio

- Brindan oportunidad de realizar pequeñas pruebas, que si llegan a fracasar no tendrían un impacto negativo sobre el desempeño.
- Permiten documentar cuánto sería el mejoramiento que se podría esperar implementando el cambio.
- Ayudan a adaptar el cambio a las condiciones del ambiente local.
- Permiten evaluar costos y efectos secundarios del cambio.
- Reducen al mínimo la resistencia para cuando se haga la implementación del cambio a gran escala.

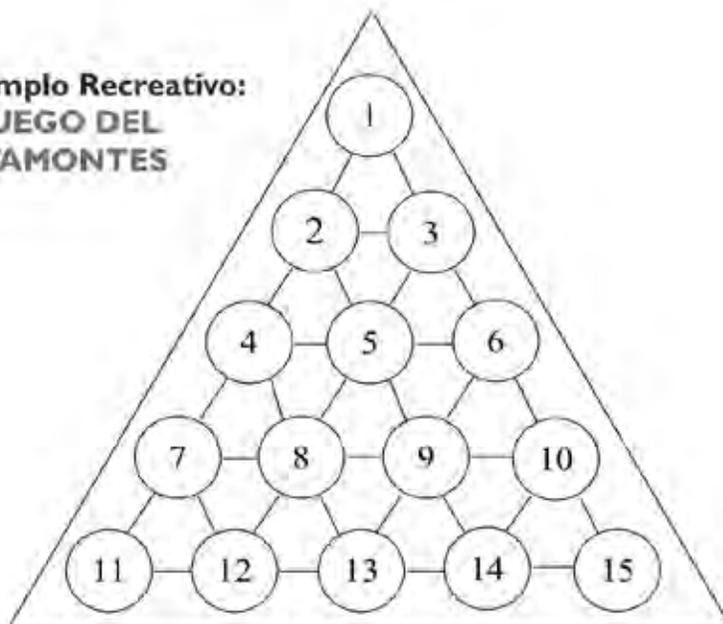
Diapositiva 24

Institucionalizar el cambio

- Es necesario desarrollar todos los soportes en el proceso para mantener el cambio en forma permanente.
- Genera gran expectativa por ver mejoras y no fracasos.
- A mayor alcance del cambio, habrá que vencer mayor resistencia

Diapositiva 25

MCC - Ejemplo Recreativo: EL JUEGO DEL SALTAMONTES



Diapositiva 26

2. Metodología de colaborativos de mejoramiento de la calidad

2.1 Diseño metodológico

Competencias del personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias en el personal de salud.

- Monitorea, en forma sistemática, los indicadores de calidad.
- Utiliza, adecuada y oportunamente, los resultados del monitoreo de los indicadores de calidad, para la consecuente toma de decisiones.
- Implementa, en forma precisa, ciclos de mejora de la calidad en la atención.
- Implementa acciones de divulgación de los resultados del mejoramiento continuo.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Explicar brevemente la definición de colaborativo de mejoramiento.
- Identificar situaciones en las que se puede implementar un colaborativo de mejoramiento de la calidad.
- Ejemplificar un colaborativo de mejoramiento tomando como guía los rasgos esenciales del mismo.
- Describir las actividades esenciales de las fases de un colaborativo de mejoramiento.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada sobre la definición de colaborativo de mejoramiento, cuándo implementarlo y el modelo correspondiente.	30 min	• Presentación en power point • El Colaborativo de Mejoramiento: Un enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención en Salud y Expandir Servicios de Calidad. Proyecto de Mejoramiento de la Atención de Salud de USAID. Mayo de 2008
2. Ejercicio en parejas para interpretar el modelo colaborativo de mejoramiento.	15 min	
3. Exposición dialogada sobre los rasgos esenciales de un colaborativo de mejoramiento.	30 min	
4. Ejercicio en tríos para realizar las siguientes enumeraciones sobre colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad: a) Mencione tres situaciones en que se podría implementar colaborativos de mejoramiento en su unidad de salud o en su área de trabajo. b) Mencione cuatro fortalezas de su unidad de salud que le permitirían a ésta, participar activamente en un colaborativo de mejoramiento.	15 min	

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
c) Mencione cuatro roles importantes que deben asumir los delegados de una unidad de salud que se integra a un colaborativo.		
5. Exposición de las enumeraciones. En plenario el facilitador solicitará a tres grupos voluntarios que expongan sus respuestas. Se aprovechará el momento para reforzar aprendizaje del grupo y aclarar dudas.	15 min	
6. Ejercicio en grupos para ejemplificar un colaborativo de mejoramiento con sus rasgos esenciales.	30 min	
7. Socialización en plenario de los resultados del ejercicio. Solicitar a dos grupos voluntarios que expongan su ejemplo. Entre todos deben aclarar dudas y reforzar el aprendizaje.	30 min	

Indicaciones organizativas:

- Este subtema se debe desarrollar en una sola sesión con duración de 2.5 horas.
- El máximo de participantes debe ser de 20 personas.

2.2 Nota Técnica:

Metodología de colaborativos de mejoramiento continuo de la calidad*

Introducción

La atención de salud con calidad, por definición, es la atención accesible que se presta en cumplimiento con estándares basados en evidencia científica, que atiende las necesidades de los usuarios de manera receptiva y respetuosa.

Los estándares de calidad son enunciados explícitos de cómo se debe realizar una actividad de atención de salud, a fin de producir los resultados deseados; vinculan contenidos o procesos de atención específicos a un resultado deseado y permiten evaluar el desempeño. Los estándares definen qué constituye atención de calidad tanto para trabajadores de la salud como para usuarios.

Los estándares y guías basados en evidencia ya existen o están surgiendo rápidamente para la mayoría de prioridades en salud a nivel mundial, particularmente aquellas que figuran en las Metas de Desarrollo del Milenio. Los estudios muestran que los proveedores cumplen regularmente con sólo una pequeña proporción de estándares establecidos.

* La mayor parte del contenido de este tema, ha sido tomado de: Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud. USAID/HCI. El Colaborativo de Mejoramiento: Un enfoque para Mejorar Rápidamente la Atención en Salud y Expandir Servicios de Calidad. Bethesda, MD: University Research Co., LLC (URC); junio 2008. [acceso 14 de mayo 2012] Disponible en: http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D213.pdf Publicado en 2008.

Por ejemplo, un paquete de bajo costo basado en evidencia científica, compuesto de cuatro pasos simples, conocido como manejo activo de la tercera etapa de la labor de parto (MATEP), ha demostrado reducir en más del 50% la hemorragia post-parto, que es la principal causa de mortalidad materna a nivel mundial. Con frecuencia, el MATEP no se realiza, y en donde se realiza, los problemas de calidad limitan su efectividad.

Muchos factores contribuyen a la atención de poca calidad. Estos incluyen falta de insumos y equipos necesarios, falta de conocimiento de los estándares, insuficiente competencia de los proveedores, mala organización de la atención, y falta de motivación o incentivos para la calidad. La ineficiente organización de la atención es común en muchos escenarios, lo que da como resultado atención de salud de mala calidad y desperdicio de los recursos. La atención culturalmente inapropiada o el trato interpersonal deficiente, también contribuyen a la atención de mala calidad y afectan negativamente la aceptación y utilización de los servicios de salud, especialmente entre grupos sociales desatendidos y de escasos recursos.

Los métodos de Mejora de la Calidad (MC) mejoran los procesos de atención y se basan en cuatro principios: 1) entender y concentrarse sobre las necesidades de los usuarios, 2) entender cómo funcionan los procesos de atención dentro del sistema, 3) utilizar datos para medir los resultados, 4) involucrar en el mejoramiento a equipos de gerentes, proveedores de servicios, y representantes comunitarios.

El énfasis de la satisfacción del usuario es de importancia central en el enfoque de MC, que considera que el propósito principal de los servicios de salud es atender las necesidades, así como mejorar la salud y bienestar, de los usuarios que los utilizan. También se enfatiza en los sistemas y procesos de atención, dado que los sistemas mal diseñados generan ineficiencia y desperdicio, atención de salud de mala calidad, y resultados negativos en salud.

La máxima nacida del trabajo de MC, "Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que obtiene"¹, captura bien el siguiente concepto: para cambiar los resultados que produce un sistema, debemos primero cambiar el sistema.

Figura 4: Mejoramiento tradicional de calidad vs MCC



En el MC, los equipos analizan su propio sistema y procesos de atención, identifican y prueban cambios en la organización de la atención, que puedan dar como resultado mejoras de la calidad y la eficiencia, y miden los efectos de los cambios mediante datos.

Un precepto central del MC es que los participantes del sistema de salud local tengan conocimiento profundo de sus sistemas y sean quienes estén mejor posicionados para identificar, probar, e implementar mejoras con el fin de obtener la atención de más alta calidad posible en su entorno.

Involucrar a los equipos de proveedores en el análisis regular de datos recolectados localmente y en el mejoramiento continuo de la calidad, ayuda a fomentar una cultura de calidad que a su vez motiva a los trabajadores de la salud.

Los métodos modernos de MC buscan mejorar los procesos de atención para alcanzar el cumplimiento óptimo de los estándares basados en evidencia como meta

última del mejoramiento de calidad en atención clínica y preventiva.

Orígenes y adaptación del enfoque colaborativo de mejoramiento

El Instituto para el Mejoramiento de la Atención de Salud (IHI)*² fue pionero en desarrollar el enfoque colaborativo en 1995 con la denominada “Serie Innovativa” o Colaborativo de Mejoramiento BTS.

El Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) y su sucesor, el Proyecto de Mejoramiento de la Atención en Salud HCI** de USAID, realizaron adaptaciones al modelo para desarrollar estructuras organizacionales que se amolden a las estructuras del sistema de salud gubernamental, introducir más contenido sobre métodos y medición de mejoramiento de calidad en sesiones de aprendizaje, enfatizar el rol de los entrenadores en la orientación y motivación de los equipos, descentralizar las sesiones de aprendizaje en colaborativos a nivel nacional, y encontrar alternativas de bajo costo a sitios web y conferencias telefónicas, para compartir resultados y el aprendizaje entre equipos; con esta metodología QAP y HCI han implementado más de 30 colaborativos de mejoramiento en 15 países.

La innovación central del colaborativo de mejoramiento es el aprendizaje estructurado y compartido entre varios equipos que trabajan en una misma área problemática, lo que promueve la rápida diseminación de prácticas exitosas.

Debido a su énfasis en la difusión y expansión de mejoras, el modelo colaborativo de mejoramiento ofrece una nueva y poderosa herramienta dentro del conjunto de enfoques modernos de MC que han demostrado ser efectivos en una amplia gama de escenarios de atención de salud.

Enfoque Colaborativo de Mejoramiento

Un colaborativo de mejoramiento es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad, y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.

Los colaborativos de mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios. Dicho conocimiento puede componerse de prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas que son ampliamente consideradas como “buenas” o incluso “mejores”, o cualquier otro cambio a la manera existente de hacer las cosas que ha demostrado producir una mejor atención de salud.

Este conocimiento constituye el “paquete de implementación” del colaborativo: cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar, y difundir.

En un colaborativo, los equipos de los diferentes sitios elaboran y ensayan formas de operativizar o poner en práctica el paquete de implementación y de superar barreras para su funcionamiento en sus escenarios locales. Los colaborativos se utilizan como estrategias de mejoramiento de tiempo limitado, típicamente logrando resultados significativos en 12-24 meses, aunque en ocasiones se alcanzan importantes logros en tan sólo seis meses.

Figura 5: Valor agregado del enfoque colaborativo para el MCC



* <http://www.ihl.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/364ac260-175b-498d-ae21-8670db1fbc92/IHIBreakthroughSeriesWhitePaperSPANISHTranslation.pdf>

** <http://www.hciproject.org/>

Los equipos que son parte de un colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales, usualmente de cinco a diez indicadores, para medir la calidad de los procesos de atención que intentan mejorar y, de ser posible, los resultados del colaborativo. Cada equipo recolecta datos sobre los indicadores, para medir si los cambios hechos por el equipo producen mejoras. Los proveedores de salud a nivel local son los “expertos” en mejoramiento que desarrollan planes de acción para probar e implementar cambios a fin de alcanzar las metas del colaborativo.

Mediante mecanismos de aprendizaje compartido facilitados por el colaborativo, los equipos comunican sus soluciones y aprenden uno del otro, de modo que todos los equipos se beneficien ágilmente de los cambios exitosos implementados por cualquier equipo. De esta manera, los distintos sitios se benefician del aprendizaje de otros equipos y evitan “reinventar la rueda” al explorar cambios exitosos.

El monitoreo frecuente (usualmente, cada mes) de resultados (indicadores de proceso y producto), y compartir regularmente cambios exitosos, ayudan a acelerar el mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos que buscan establecer cuál de ellos alcanzará los mejores resultados.

La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver problemas, la difusión rápida de cambios efectivos, y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares basados en evidencia mediante el aprendizaje operativo.

En comparación con enfoques de MC tradicionales, un rasgo distintivo del enfoque colaborativo de mejoramiento es que busca difundir las mejoras más allá de los equipos iniciales para ser aplicadas a lo largo de la(s) organización(es) que participa(n) del colaborativo. Típicamente, un colaborativo concluirá con la definición de un paquete final de intervenciones probadas en el campo, las cuales han demostrado producir resultados en un escenario particular, complementado por aprendizaje organizacional que facilita alcanzar dichos resultados.

Este paquete, puede ser concebido como un ajuste al paquete original de implementación del colaborativo, está entonces listo para ser difundido hacia otros sitios. El énfasis en la difusión intencional de las mejoras alcanzadas distingue a los colaborativos de otros enfoques de mejoramiento de calidad y los convierte en una estrategia de expansión atractiva.

El colaborativo de mejoramiento es el enfoque correcto para mejorar la atención de salud cuando:

- Hay una brecha significativa entre el estado actual de la atención y los resultados deseados, común a un gran número de grupos (establecimientos, comunidades, organizaciones, etc.).
- Existe evidencia de apoyo a estándares, modelos de atención, o modelos organizacionales que han demostrado mejorar los resultados: p. ej., se conoce qué funciona para corregir la brecha en calidad.
- Es posible para los trabajadores de salud poner en práctica el paquete de implementación con los recursos disponibles.
- Existe apoyo en liderazgo organizativo para introducir cambios y difundirlos más allá de los sitios iniciales.

Figura 6: Modelo operativo para el mejoramiento colaborativo de la atención en salud



Adaptado del Modelo Serie Innovativa (IHI 2003)

Un colaborativo de mejoramiento comienza con un periodo preparatorio en el que se afinan los objetivos e intervenciones técnicas del colaborativo, y se desarrolla una estructura para apoyar la implementación del mismo. El periodo de implementación, es decir, cuando los equipos de cada sitio desarrollan y ensayan cambios para poner en práctica las intervenciones técnicas que componen el paquete de implementación promovido por el colaborativo, generalmente se divide en cuatro o seis sesiones de aprendizaje separadas por “periodos de acción” de uno a cuatro meses en que los equipos ponen a prueba cambios.

Una vez que los equipos han aprendido a operativizar las intervenciones y han alcanzado las metas del colaborativo, a menudo se realiza un taller o conferencia para revisar la experiencia colectiva de los equipos y decidir cuáles cambios fueron los más efectivos, así como para compartir resultados con actores fuera del colaborativo.

Cuando el colaborativo ha finalizado y el paquete de implementación ha sido perfeccionado, se pueden usar varias estrategias para difundir este conocimiento operativo hacia nuevos sitios. Al colaborativo inicial (demostrativo) puede seguirle un segundo colaborativo o colaborativo de difusión, cuyo propósito es diseminar el paquete de implementación perfeccionado desde los sitios iniciales o de demostración hacia el resto del sistema de salud. A menudo los miembros del colaborativo original sirven como agentes de cambio y guías durante la fase de difusión.

También se pueden aprovechar otras estrategias para la difusión de mejoras (campañas, agentes de cambio, difusión natural a través del tiempo), dependiendo del alcance de los objetivos de difusión y de los recursos disponibles.

Rasgos esenciales de un colaborativo de mejoramiento

Los rasgos esenciales son:

1. Los objetivos o metas de mejoramiento
2. Apoyo adecuado a los equipos de mejora de la calidad
3. El paquete de implementación (paquete de mejoras o de cambio)

4. Análisis regular de medición de resultados para guiar el mc
5. Aprendizaje compartido para el mejoramiento acelerado a gran escala
6. Estrategia de difusión
7. Estructuras organizacionales

I. Objetivos o metas de mejoramiento

Los objetivos o metas de mejoramiento enuncian los resultados deseados que un colaborativo busca alcanzar mediante la aplicación de principios de mejoramiento dentro de un área específica de contenido; estas metas de mejoramiento definen los objetivos generales de un colaborativo y guían su planificación e implementación.

Por lo general, las metas de mejoramiento identifican las prácticas basadas en evidencia a ser implementadas, los procesos a mejorar, y los resultados (o productos) deseados.

Las metas apoyan la planificación e implementación efectiva del colaborativo. También definen el alcance del trabajo colaborativo y cuán amplia o limitada es el área de atención examinada por el colaborativo (p. ej., un área extensa de mejoramiento como atención pediátrica hospitalaria, o áreas más reducidas como mejoramiento del triaje de emergencia para tratamiento de niños enfermos, o el uso de mosquiteros a nivel comunitario).

Una meta de mejoramiento debe establecer un resultado esperado dentro de un área de salud prioritaria en la que existe una brecha significativa documentada entre prácticas existentes y mejores prácticas y/o resultados deseados. Las metas de mejoramiento pueden plantear intervenciones de alto impacto basadas en evidencia, reconocidas por influir positivamente en los resultados (p. ej., Implementación del MATEP para la prevención de la hemorragia post-parto), o pueden definir resultados para mejorar el acceso a la atención o la eficiencia y organización de la atención.

2. Apoyo adecuado a los equipos de mejora de la calidad

Figura 7: Modelo de mejoramiento



Los equipos de Mejora de la Calidad (MC) son el pilar del trabajo colaborativo. Sin estos equipos trabajando a nivel de prestación de servicios no existiría el colaborativo, ya que son ellos quienes planifican, ensayan, y estudian el mejoramiento de calidad en sus propios procesos, contribuyendo su aprendizaje al esfuerzo de todo el colaborativo.

El mejoramiento de calidad puede definirse como el proceso de mejorar intencionalmente la atención/servicios de alguna manera (p. ej., efectividad, eficiencia, etc.), con el fin último de mejorar los resultados para los usuarios que reciben atención de salud. Los miembros del equipo trabajan juntos en comprender a sus usuarios, analizar sus procesos, monitorear resultados, y usar el modelo de mejoramiento con los ciclos rápidos de mejoría continua de la calidad o Ciclo PEVA (Planear-Ejecutar-Verificar-Actuar), con el fin de desarrollar y poner a prueba cambios o innovaciones que mejoren el desempeño.

En un colaborativo se crea una red de equipos para compartir resultados, innovaciones, y desafíos, así como para aprender uno del otro. A fin de garantizar que los equipos de MC funcionen de forma óptima, el colaborativo necesita afianzar sus conocimientos y habilidades, tanto en contenido técnico relativo a las metas de mejoramiento, como en

técnicas de mejoramiento de calidad, a más de asegurar el acceso a insumos y equipos mínimos necesarios para alcanzar los objetivos de mejoramiento.

La experiencia adquirida en países en desarrollo ha demostrado que los equipos necesitan apoyo continuo para realizar sus tareas de MC. Esta asistencia se provee mediante el “entrenamiento”, un proceso mediante el cual alguien con mayores conocimientos y habilidades en mejora de calidad y contenidos técnicos, provee apoyo técnico y motivación a los equipos para mejorar su desempeño.

Un entrenador ayudará al equipo a llevar adelante su trabajo y apoyará al líder del equipo para que guíe al grupo hacia la ejecución efectiva de su trabajo, procurando alcanzar a través del tiempo la autosuficiencia en el uso de herramientas disponibles para los equipos. El entrenamiento provee una estructura para apoyar el funcionamiento de los equipos; los entrenadores proveen capacitación práctica sobre contenidos y MC, verifican el monitoreo de datos, proveen apoyo al proceso de monitoreo, y ayudan a los equipos a distinguir otras oportunidades de mejorar su forma de hacer las cosas.

3. Paquete de implementación (paquete de cambio)

El paquete de implementación define cambios a las prácticas existentes que todos los equipos de MC deberán implementar en el colaborativo. El paquete de implementación inicial plantea un conjunto de prácticas y procedimientos basados en la mejor evidencia disponible que, de ser implementado sistemáticamente, llevará a los resultados trazados en las metas de mejoramiento del colaborativo, según actores y expertos a nivel local e internacional.

El contenido del paquete de implementación dependerá de la situación preexistente en un escenario dado y del nivel reinante de problemas de calidad. El paquete de implementación puede incluir cambios en cuanto al contenido técnico o la manera en que están organizados y se prestan los servicios, tal como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 8: Paquete de implementación

Situación actual:	El paquete de implementación puede corresponder a una o más de las siguientes opciones:
No hay estándares o consenso sobre “prácticas apropiadas”.	Un conjunto nuevo o actualizado de “estándares esenciales” centrado en las tareas más importantes requeridas para alcanzar las metas de mejoramiento
Existen estándares pero están desactualizados.	
Existen estándares actualizados, pero son poco realistas o demasiado complicados para que los proveedores los puedan cumplir.	
Existen estándares pero no están bien implementados.	Un “modelo de prestación de servicios” o “modelo de atención” que aseguraría de forma más efectiva que los estándares sean implementados y los pacientes reciban lo que necesitan.
Existen estándares y un modelo de atención pero ninguno de los dos es bien implementado.	Una serie de cambios organizacionales que faciliten su implementación.

El paquete de implementación debe basarse en la evidencia sobre aquello que funciona. Dicha evidencia puede provenir de la literatura internacional o de experiencias locales bien documentadas. En algunos colaborativos que tratan áreas temáticas extensas, el contenido del paquete de implementación puede dividirse en unidades más pequeñas y ser implementado secuencialmente.

Por ejemplo, un colaborativo de un área extensa como cuidado obstétrico y neonatal esencial (CONE) puede decidir iniciar con MATEP y cuidado inmediato al recién nacido y luego proseguir con vigilancia al recién nacido, preparación para el nacimiento, complicaciones neonatales y obstétricas, etc., a manera de fases.

A lo largo de la vida del colaborativo, este paquete de implementación inicial será mejorado y optimizado mediante el trabajo de los equipos de MC, que son quienes crean evidencia sobre mejoras a estándares, modelos de atención, y/o mejores prácticas para estándares, que pueden ser difundidas de forma rápida a otros sitios de su organización.

La capacidad de un colaborativo de alcanzar rápidamente resultados y la expansión de mejores prácticas se basa en su capacidad de sintetizar y difundir las lecciones aprendidas a partir del trabajo de los equipos de MC. En muchos casos, el aprendizaje generado por los equipos de MC en un colaborativo se centra sobre la solución de asuntos operativos relativos a la implementación de un conjunto de estándares. Dependiendo de la situación inicial y del tipo de paquete de implementación, lograr el aprendizaje requerido para la expansión total puede tomar más de una fase del colaborativo.

La primera fase puede considerarse un colaborativo de demostración, que incluye el desarrollo de las metas de mejoramiento, el paquete de implementación, y la selección de indicadores, seguidos de la implementación, ensayo, y perfeccionamiento del paquete de implementación. En esta fase, un grupo inicial de equipos trabajan juntos para probar mejoras y, mediante su esfuerzo, generar el primer conjunto de “mejoras” al paquete de implementación y mejores prácticas para su implementación.

Este paquete “probado y perfeccionado” puede entonces ser presentado en una fase subsiguiente en la que se añaden sitios adicionales y pueden realizarse afinamientos continuos al paquete de implementación.

En definitiva, el paquete de implementación probado contendrá los siguientes elementos:

- Un conjunto actualizado de estándares o consenso sobre “prácticas adecuadas”, junto con una noción de “estándares esenciales” centrados sobre las tareas más importantes requeridas para alcanzar las metas de mejoramiento de la atención.
- Un “modelo de prestación de servicios” o “modelo de atención” que asegure de forma más efectiva que los estándares sean implementados y los pacientes reciban la atención necesaria.
- Una serie de cambios organizacionales que puedan facilitar la implementación de estándares y el modelo de prestación de servicios.

4. Análisis Regular de Medición de Resultados para Guiar el Mejoramiento de la Calidad

El monitoreo es un rasgo esencial de un colaborativo. El monitoreo involucra:

- Desarrollar un conjunto limitado de indicadores clave que reflejen el progreso de las metas de mejoramiento que los equipos individuales y el colaborativo como un todo usan para juzgar su progreso.
- Desarrollar sistemas para recolectar y compilar información sobre indicadores y cambios, o prácticas mejoradas, a nivel de equipos individuales y del colaborativo como un todo.
- Instalar mecanismos para la validación, análisis, e interpretación de estos datos, tanto a nivel de equipos de mejoramiento como de forma agregada a nivel del colaborativo.

Donde sea posible, los indicadores deben incluir mediciones de proceso (p. ej., cumplimiento de estándares relativos a la calidad de la atención, funcionamiento de equipos de MC), de resultados/impacto (p. ej., efectos sobre tasas de fatalidad de casos) y, de ser apropiado, también mediciones de insumos (p. ej., disponibilidad de materiales o equipamiento clave).

Los equipos necesitan documentar las mejoras implementadas y medir regularmente (a menudo mensualmente) sus indicadores para determinar cómo están contribuyendo sus mejoras al alcance de las metas de mejoramiento. Además del conjunto de indicadores que todos los equipos miden en común en el colaborativo, los equipos locales

también pueden usar mediciones adicionales para comprobar el logro de los resultados deseados mediante un cambio específico que están implementando.

Los equipos compartirán sus cambios y resultados con otros equipos durante las sesiones de aprendizaje u otras oportunidades para compartir información (tal como sitios web, etc.) Generalmente, los datos comunes y los indicadores individuales de cada equipo son recolectados y compilados por los mismos equipos (auto-monitoreo). Por tanto, es crucial asegurar que se creen sistemas para chequear la validez de estos datos, ya que los resultados del colaborativo se usarán para identificar mejores prácticas y un paquete de implementación perfeccionado que pueda ser difundido a otros lugares. Donde sea posible, los datos deben provenir de fuentes de información existentes y no de un sistema de recolección de datos distinto.

5. Aprendizaje compartido para el mejoramiento acelerado a gran escala

Las oportunidades de compartir de forma estructurada experiencias, resultados, y prácticas prometedoras entre equipos, constituyen un rasgo esencial de un colaborativo. Este rasgo distingue a los colaborativos de otros métodos de MC y es de importancia crítica para alcanzar resultados rápidamente, dado que los equipos aprenden uno del otro.

Estas oportunidades de aprendizaje compartido a menudo son organizadas como “sesiones de aprendizaje”, pero también pueden involucrar la comunicación de resultados a través de entrenadores que visitan a varios equipos, el uso de un sitio de Internet (donde los datos y experiencias sean publicados), llamadas telefónicas, reuniones más pequeñas, y otros mecanismos. Las sesiones de aprendizaje generalmente reúnen de forma regular a representantes de todos los equipos de MC (o de todos los sitios en una región, si las sesiones de aprendizaje son descentralizadas) para efectuar tres actividades principales:

- Compartir cambios y resultados (tanto buenos como malos)
- Identificar innovaciones y prácticas prometedoras
- Fortalecer sus habilidades en áreas de contenido y MC (según sea necesario)

En las sesiones de aprendizaje participan miembros seleccionados de los equipos y expertos en mejoramiento de calidad. Los miembros de los equipos que asisten a la sesión de aprendizaje llevan de regreso conocimiento y materiales para los compañeros de equipo en su organización/establecimiento, y desarrollan planes de acción para empezar a hacer cambios.

Generalmente, durante cualquier fase de un colaborativo puede haber de tres a seis sesiones de aprendizaje seguidas de un taller/conferencia de síntesis donde se definen las mejores prácticas y las modificaciones finales al paquete de implementación.

Difundir el aprendizaje desde un grupo de profesionales a otro constituye un poderoso efecto, que resalta la importancia de la gestión del conocimiento durante un colaborativo para obtener, analizar, seleccionar, organizar, y hacer disponible a un gran número de establecimientos y profesionales conocimiento clínico y organizacional sobre mejoramiento de procesos de atención, así como experiencias prácticas de implementación.

6. Estrategia de difusión

La estrategia de difusión representa un rasgo crucial de los colaborativos, ya que éstos son, por definición, un mecanismo para desarrollar modelos de prestación de servicios, cambios organizacionales, y mejores prácticas en implementación de estándares, diseminando luego este conocimiento más allá de los sitios individuales. La estrategia de difusión debe primero definir cuál es el grupo definitivo que eventualmente deberá implementar el paquete de implementación perfeccionado, y posteriormente determinar los pasos para contactarse con dicho grupo.

El colaborativo de difusión constituye una forma de difundir el aprendizaje y las mejoras hacia nuevos sitios. A fin de difundir mejoras probadas a un número significativamente más grande de establecimientos y profesionales,

un colaborativo de difusión utiliza la estructura colaborativa de una red de sitios, un paquete de implementación (afinado) e indicadores, y sesiones de aprendizaje y otros mecanismos para el aprendizaje compartido.

Los colaborativos de difusión se apoyan en personal experimentado en MC y en los “campeones de calidad” del colaborativo de demostración, quienes proveen asistencia en base a la propia experiencia y pueden motivar a los nuevos establecimientos al ser prueba directa de que el mejoramiento es posible. La fase de difusión puede consistir de una serie de ondas que paulatinamente expanden actividades e incluyen nuevas regiones hasta que se cubra toda el área proyectada (p. ej., todo el país).

Un colaborativo de difusión alcanza la expansión a mayor ritmo que el colaborativo original, al hacer uso efectivo de la riqueza en conocimientos –no solo clínicos, sino también importantes conocimientos operativos y organizacionales- sobre cómo mejorar procesos de atención, la mayoría de los cuales se han puesto a prueba y desarrollado durante el colaborativo inicial.

Con el fin de asegurar el apoyo a un número creciente de sitios y de fomentar la institucionalización de las mejoras, los roles y responsabilidades durante una fase de difusión pueden ser muy diferentes a los de un colaborativo de demostración. La institucionalización de las mejoras implica que éstas se han convertido en un parte integral y sostenida de las operaciones regulares del sistema de salud.

7. Estructuras organizacionales

Las estructuras organizacionales proveen el marco gerencial del colaborativo. Hay varios roles clave que son de importancia crítica y que pueden distribuirse a diferentes actores dentro de una variedad de estructuras:

- a) *Liderazgo/dirección estratégica:* Este rol asegura que el colaborativo continúe con su trabajo hacia las metas de mejoramiento, provee apoyo moral y político, así como recursos que motivan y permiten que equipos y actores se mantengan comprometidos y activos, y facilita pasar de cambios en la manera de realizar el trabajo hacia cambios en políticas que permitirán que las mejoras sean sostenidas y difundidas.
- b) *Gerencia continua:* Este rol crítico demanda el monitoreo cuidadoso de los equipos y resultados para ajustar las actividades del colaborativo a la realidad en el campo. El rol implica planificación y manejo de las actividades de implementación; manejo de la recolección, validación, almacenamiento, y análisis de datos del colaborativo; organizar sesiones de aprendizaje y entrenamiento, etc.
- c) *Experticia en contenidos y mejora de calidad:* Los colaborativos se construyen en torno a un “paquete de implementación” basado en evidencia y dependen de la fortaleza de los equipos de mejoramiento.
- d) *Equipos de Mejoramiento de Calidad (EMC):* Estos actores clave implementan mejoras y crean conocimiento nuevo sobre prácticas mejoradas, así como un paquete de implementación optimizado. Los equipos de MC deben generar e implementar cambios a la forma en que realizan su trabajo diario, y luego medir los efectos para determinar si estos cambios realmente mejoran la calidad de los servicios y, por tanto, satisfacen las metas de mejoramiento del colaborativo.

A menudo estas estructuras organizacionales incluyen un pequeño grupo gerencial, un grupo de “expertos”, y un “director” o “coordinador” en el Ministerio de Salud, junto con personas clave dentro de las estructuras gerenciales a niveles descentralizados.

Actividades para desarrollar e implementar colaborativos de mejoramiento

Dentro de una fase, no existe un único orden para desarrollar las actividades y muchas de ellas se repiten. Se puede establecer que un colaborativo de mejoramiento tiene tres fases principales: una fase preparatoria que asegura la adecuada planificación, el compromiso de actores clave, y la existencia de herramientas y sistemas clave; una fase de implementación o demostración en que los equipos de mejoramiento ponen a prueba y documentan cambios para superar obstáculos e implementar prácticas basadas en evidencia y procedimientos probados, a más de compartir y sintetizar el aprendizaje; y una tercera fase de difusión, en que el aprendizaje se difunde a otros sitios u organizaciones.

Fase preparatoria

- *Involucrar actores y partes interesadas claves en el bosquejo y definición del tema del colaborativo.*
- *Identificar objetivos o metas de mejoramiento que señalen los resultados clave deseados y los procesos para alcanzar dichos resultados.*
- *Analizar la posibilidad de realizar una medición de línea de base para objetivos de mejoramiento específicos.*
- *Establecer una estructura organizacional para el colaborativo, incluyendo roles y responsabilidades específicas.*
- *Proveer capacitación a los directores, coordinadores, y entrenadores del colaborativo, según sea necesario, de modo que puedan desempeñar sus roles.*
- *Involucrar experticia local en la revisión de estándares nacionales existentes, a la luz de evidencia local e internacional sobre mejores prácticas; determinar la necesidad potencial de adaptar los estándares nacionales; e identificar otras mejores prácticas potenciales sobre modelos u organización de servicios.*
- *Identificar indicadores simples para medir el progreso de las metas de mejoramiento.*
- *Delinear el contenido del paquete de implementación inicial, para promover estándares basados en evidencia que logren los resultados deseados.*
- *Determinar necesidades en desarrollo de capacidades y recursos para que los equipos puedan poner en práctica el paquete de implementación.*
- *Desarrollar estrategias integradas (MC/contenido técnico) de capacitación y supervisión constructiva para alcanzar las metas del colaborativo.*
- *Desarrollar una estrategia de difusión e institucionalización, incluyendo la definición de metas finales, así como la institucionalización de intervenciones y actividades vigentes de mejoramiento de calidad. Desarrollar una estrategia para monitorear la sostenibilidad después de la finalización del colaborativo.*
- *Escoger sitios iniciales en función de la estrategia de difusión.*
- *Desarrollar el plan de implementación y cronograma del colaborativo.*
- *Desarrollar y poner a prueba un sistema de monitoreo, incluyendo un plan, indicadores, herramientas, y mecanismos de monitoreo para validar los datos de forma rutinaria.*
- *Diseñar un mecanismo y enfoque estandarizado para reconocer y documentar las mejoras probadas y sus resultados.*
- *Definir mecanismos de comunicación y colaboración que faciliten el aprendizaje rápido; organizar el contenido, métodos, y desarrollo de las sesiones de aprendizaje.*
- *Identificar entrenadores potenciales, determinar sus necesidades en desarrollo de capacidades técnicas y de MC y, elaborar un plan para el entrenamiento regular de los equipos de MC.*
- *Desarrollar o adaptar herramientas para el apoyo a los equipos de MC: capacitación en contenidos, capacitación MCC, monitoreo (formulario para recolección de datos, formulario para compilación y análisis, manual de monitoreo, almacenamiento de datos), entrenamiento, ayudas de trabajo, etc.*

Fase de implementación (demostración)

- *Crear y preparar equipos de MC que trabajen para alcanzar las metas de mejoramiento del colaborativo, incluyendo el desarrollo de capacidades en áreas técnicas del paquete de implementación y MC (incluido el uso de datos por parte de los equipos).*
- *Desarrollar capacidades de los entrenadores en MC, dinámicas de equipo, monitoreo, mentoría, y asegurar habilidades técnicas adecuadas para apoyar a los equipos.*
- *Asegurar la comprensión del proceso de auto-evaluación y la validez de los datos de monitoreo de procesos y resultados.*
- *Asegurar la disponibilidad de recursos básicos necesarios para implementar el paquete inicial en los diferentes sitios.*
- *Asegurar entrenamiento adecuado de los equipos en contenidos técnicos y MC.*
- *Implementar sesiones de aprendizaje regulares u otros mecanismos para compartir cambios y resultados.*
- *Trabajar con gerentes de salud y equipos de MC en el desarrollo de mecanismos para la institucionalización y sostenibilidad, incluyendo su monitoreo.*
- *Prepararse para la fase de expansión/difusión asegurándose de que los actores y quienes toman decisiones clave sean regularmente informados del progreso.*
- *Determinar el momento propicio para sintetizar las intervenciones hechas por los equipos con el fin de superar obstáculos e implementar prácticas basadas en evidencia y procedimientos probados, y para pasar desde la fase de demostración a la de difusión.*

Fase de difusión

- *Revisar el aprendizaje de la fase de demostración y desarrollar un paquete de implementación “optimizado” a promover durante la fase de difusión.*
- *Revisar la estrategia inicial de difusión o expansión a la luz de las experiencias de la fase de demostración, determinando el nivel de entrenamiento, capacitación, e intercambio de experiencias necesario para la sostenibilidad e institucionalización.*
- *Organizar un taller/conferencia de síntesis que involucre a todos los actores (incluyendo aquellos seleccionados para la difusión) con el fin de presentar y discutir los resultados de la fase de demostración.*
- *Desarrollar un plan operativo para la difusión, incluyendo la selección de nuevos sitios.*
- *Revisar las estructuras organizacionales del colaborativo en busca de mecanismos más sustentables de apoyo a un número creciente de equipos de MC, incluyendo apoyo en entrenamiento; identificar entre los equipos de MC del colaborativo de demostración campeones que puedan servir como colegas entrenadores en los sitios de difusión.*
- *Crear y preparar nuevos equipos de MC.*
- *Desarrollar competencias necesarias para el trabajo colaborativo en los equipos nuevos: habilidades clínicas para todos los proveedores, MC para miembros de los equipos y entrenadores, etc.*
- *Asegurar la disponibilidad de recursos necesarios para poner en práctica el paquete de implementación en los sitios nuevos.*
- *Organizar el contenido, métodos, y desarrollo de las sesiones de aprendizaje u otros mecanismos para el intercambio regular de experiencias. Determinar si hay necesidad de descentralizar las sesiones de aprendizaje y, de ser así, definir cuándo juntar a todos los sitios para compartir el aprendizaje.*

- Asegurar entrenamiento adecuado a los equipos en MC y contenido técnico, incluyendo la posibilidad de usar entrenadores internos. Desarrollar capacidades de entrenamiento en MC, dinámica grupal, monitoreo, mentoría, donde sea necesario, y asegurar habilidades técnicas adecuadas para asistir a los equipos.
- Desarrollar un proceso para validar los datos de monitoreo en la fase de difusión.
- Si la expansión no se ha alcanzado en su totalidad, determinar el momento apropiado para sintetizar cualquier aprendizaje adicional, y pasar a la expansión integral (cobertura total).

Después del colaborativo

La meta última de un colaborativo de mejoramiento es alcanzar logros significativos y duraderos en calidad de la atención. Sin embargo, una vez que los resultados se han alcanzado en los sitios participantes (incluyendo el sitio de difusión), el desafío para el sistema de salud es cómo sostener esos logros cuando las estructuras y el apoyo del colaborativo concluyan. El Proyecto HCI ha descubierto que el impacto total de un colaborativo de mejoramiento sólo se pone de manifiesto cuando los logros en calidad de la atención se mantienen y el sistema de salud ha incorporado un proceso permanente de mejoramiento continuo de la calidad.

Mantener tanto las mejoras en atención de salud, como las prácticas modernas de MC, constituye un desafío que no se debe asumir ocurrirá naturalmente una vez de que el colaborativo termine. Al contrario, se necesitan estrategias deliberadas para mantener los logros alcanzados por el colaborativo e institucionalizar los procesos de MC.

Independientemente de las estrategias empleadas, mantener la calidad de la atención requiere lo siguiente:

- Desarrollar la capacidad local en MC a nivel de establecimientos, incluyendo el desarrollo de estructuras permanentes de MC, según convenga.
- Fortalecer las capacidades de establecimientos y distritos para la supervisión y monitoreo de la calidad y actividades de MC.
- Incrementar la participación del gobierno y la sociedad civil en las iniciativas sobre calidad para crear una base amplia de actores y activistas a favor de la atención de salud de alta calidad.
- Motivar y proveer incentivos a los proveedores de atención para que trabajen en mejoramiento de la calidad, mejoren el cumplimiento de estándares, y alcancen mejores resultados.
- Fomentar el desarrollo de una comunidad permanente de práctica de la calidad para el área técnica del colaborativo (incluyendo al Ministerio de Salud, cuerpos profesionales, instituciones de capacitación previa al servicio, autoridades regionales y distritales de salud, ONG, gerentes de establecimientos, y profesionales).

Referencias bibliográficas:

1 Berwick, D. 1996. Manual para liderar el mejoramiento de sistemas. *Brit Med J* 312: 619–622. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/312/7031/619.full>

2 Instituto de Mejoramiento de la Atención en Salud (IHI). Serie Innovativa Breakthrough Series. Boston,

Massachusetts; IHI: 1995. [acceso 14 de mayo 2012] Disponible en: <http://www.ihl.org/knowledge/Knowledge%20Center%20Assets/364ac260-175b-498d-ae21-8670db1fbc92/IHIBreakthroughSeriesWhitePaperSPANISHTranslation.pdf>

2.3 Ayudas visuales para el diseño metodológico

Metodología de colaborativos de mejoramiento de la calidad

La mayor parte del contenido de este tema, ha sido tomado de: Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID, Junio 2008. El Colaborativo de Mejoramiento: Un Nuevo Enfoque para Mejorar Rápidamente la Calidad y Expandir Mejores Prácticas. Publicado por el Proyecto de Mejoramiento de Atención de Salud de USAID, Bethesda, MD; University Research Co., LLC (URC). http://www.matermoinfancia.org/archivos/emi_D21.pdf

Diapositiva 1

¿Qué es atención de calidad?

Atención de calidad es lo que sucede en todos los puntos del servicio a lo largo del continuo de los cuidados.

Atención de alta calidad es una función de la habilidad del sistema para producir un servicio que responderá a las necesidades de los usuarios en una forma respetuosa, sensible y efectiva...

David Nicholas

Diapositiva 2

Definición de atención de calidad en salud

Calidad es la atención accesible que se presta en cumplimiento con los estándares basados en evidencia y que atiende las necesidades de los usuarios de manera receptiva y respetuosa (Franco et al. 2002).

- **Estándares:** son enunciados explícitos de cómo se debe realizar una actividad de atención de salud a fin de producir los resultados deseados (Ashton 2001).
- **Basados en evidencia formal** que vincula contenidos o procesos de atención específicos a un resultado deseado. (Walker et al. 1988; Grimshaw & Russell 1993).
- Los estándares definen qué constituye atención de calidad, tanto para trabajadores de la salud como para usuarios.

Diapositiva 3

El enfoque sistémico del mejoramiento

"Todo sistema está perfectamente diseñado para lograr los resultados que está obteniendo". Paul Batalden, M.D.

Principios de mejora continua

- Entender y concentrarse sobre las necesidades de los usuarios.
- Entender como funcionan los procesos de atención dentro del sistema.
- Utilizar datos para medir los resultados.
- Involucrar en el mejoramiento a equipos de gerentes, proveedores de servicios y representantes comunitarios.

Diapositiva 4

Esquema de trabajo para el mejoramiento continuo de la calidad



Diapositiva 5

Qué es un colaborativo de mejoramiento...

Un *colaborativo de mejoramiento* es un sistema de aprendizaje compartido que reúne a un gran número de equipos para trabajar juntos, a fin de lograr rápidamente mejoras significativas en los procesos, calidad y eficiencia de un área de atención específica, con la intención de difundir estos métodos a otros sitios.

Los colaborativos de mejoramiento buscan adaptar y difundir el conocimiento existente a múltiples sitios.

Puede ser: prácticas clínicas basadas en evidencia científica, prácticas probadas como "buenas" o "mejores", o cualquier cambio que ha demostrado producir una mejor atención de salud.

Diapositiva 6

...Qué es un colaborativo de mejoramiento

Se le llama "paquete de implementación" o "paquete de cambio" del colaborativo: los cuales son cambios en los procesos y la organización de la atención que el colaborativo pretende introducir, afinar y difundir.

Por ejemplo, un colaborativo para mejorar la atención obstétrica y neonatal:

Es un modelo organizacional para mejorar rápidamente la calidad de la atención en un área técnica específica (por ejemplo el manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales), en el cual varias unidades de salud, al mismo tiempo, identifican barreras y ensayan soluciones, compartiendo lo aprendido.

Diapositiva 7

Paquete de cambios (o de implementación) según la situación de partida

Situación actual	Paquete de cambio
No hay estándares (normas) o prácticas apropiadas.	Nuevo conjunto de estándares esenciales que se centran en las más importantes necesidades para alcanzar los objetivos de mejoramiento.
Estándares no están actualizados.	
Estándares actualizados pero no realistas o muy complicados.	
Hay estándares pero desactualizados.	Un modelo de entrega de servicio que sea más efectivo que asegure que los estándares sean implementados y los usuarios reciban lo que necesitan.
Hay estándares y un modelo de atención pero no es implementado.	Cambios organizacionales que faciliten la implementación.

Diapositiva 8

Fases del colaborativo de mejoramiento

Fase demostrativa...

- Equipos de mejora en diferentes unidades de salud, simultáneamente prueban intervenciones innovadoras, para superar barreras en la atención de calidad.
- Por ejemplo, cómo lograr que las pacientes con preeclampsia sean manejadas de acuerdo con la Norma/Estándar.
- Se promueve comunicación regular y competencia amistosa entre equipos para compartir las mejores intervenciones innovadoras.

Diapositiva 9

Fases del colaborativo de mejoramiento

...Fase demostrativa

- Las mejores intervenciones innovadoras desarrolladas por los equipos de mejora en la fase demostrativa, se comunican para que sean implementadas a mayor escala a las demás unidades de salud en el país.
- Se identifican estrategias de comunicación y de promoción de las mejores intervenciones innovadoras.
- Se establece un monitoreo de la calidad de los procesos que se están mejorando a través de la aplicación de las intervenciones innovadoras.

Diapositiva 10

Cómo funciona un colaborativo de mejoramiento

- Los equipos del colaborativo utilizan un conjunto común de indicadores principales –usualmente de cinco a diez indicadores- para medir la calidad de los procesos de atención que intentan mejorar.
- Cada equipo recolecta datos sobre los indicadores para medir si los cambios producen mejoras.
- Los colaborativos se utilizan con tiempo limitado, en 12-24 meses, aunque en ocasiones en tan sólo seis meses se obtienen los resultados. También puede llevar varios años.

Diapositiva 11

El aprendizaje en un colaborativo de mejoramiento

- Mediante mecanismos de aprendizaje compartido «sesiones de aprendizajes», que son facilitadas por el colaborativo, los equipos comparten sus soluciones y aprenden uno del otro, de modo que todos los equipos se beneficien ágilmente de los cambios exitosos de cada uno.
- La red de aprendizaje colaborativo da como resultado el rápido desarrollo y puesta a prueba de innovaciones para resolver problemas, la difusión rápida de cambios efectivos, y el desarrollo rápido de modelos efectivos de atención, optimizando así el paquete original de implementación de estándares.

Diapositiva 12

El monitoreo en un colaborativo de mejoramiento

El monitoreo frecuente (usualmente, cada mes) de resultados (ej. indicadores de proceso y producto) y el compartir regularmente los cambios exitosos, ayudan a acelerar el ritmo de mejoramiento, creando una atmósfera de competencia amigable entre equipos que buscan establecer cuál de ellos alcanzará los mejores resultados.

Diapositiva 13

Un colaborativo es diferente de otras estrategias de mejoramiento de la calidad

- Múltiples equipos trabajan en el mismo tema.
- Todos los sitios prueban diferentes cambios simultáneamente.
- Evita la «reinvención de la rueda» cada vez.
- La estrategia de expansión está planificada desde el inicio.

Diapositiva 14

¿Cuándo un colaborativo de mejoramiento es el enfoque correcto para mejorar la atención de salud?

Cuando:

- Hay una brecha significativa entre el estado actual de la atención y los resultados deseados, que es común a un gran número de grupos.
- Existen estándares, modelos de atención o modelos organizacionales definidos.
- Es posible poner en práctica el paquete de implementación con los recursos disponibles.
- Existe apoyo en liderazgo organizativo para introducir cambios y difundirlos más allá de los sitios iniciales.

Diapositiva 15

Rasgos esenciales de un colaborativo de mejoramiento

- Objetivos o metas de mejoramiento
- Apoyo adecuado a equipos de mejoramiento de calidad
- Paquete de implementación
- Análisis regular de medición de resultados para guiar el mejoramiento de calidad
- Aprendizaje compartido para el mejoramiento acelerado a gran escala
- Estrategia de difusión
- Estructuras organizacionales

Diapositiva 16



Diapositiva 17

Tres ejemplos gráficos de colaborativos en Nicaragua

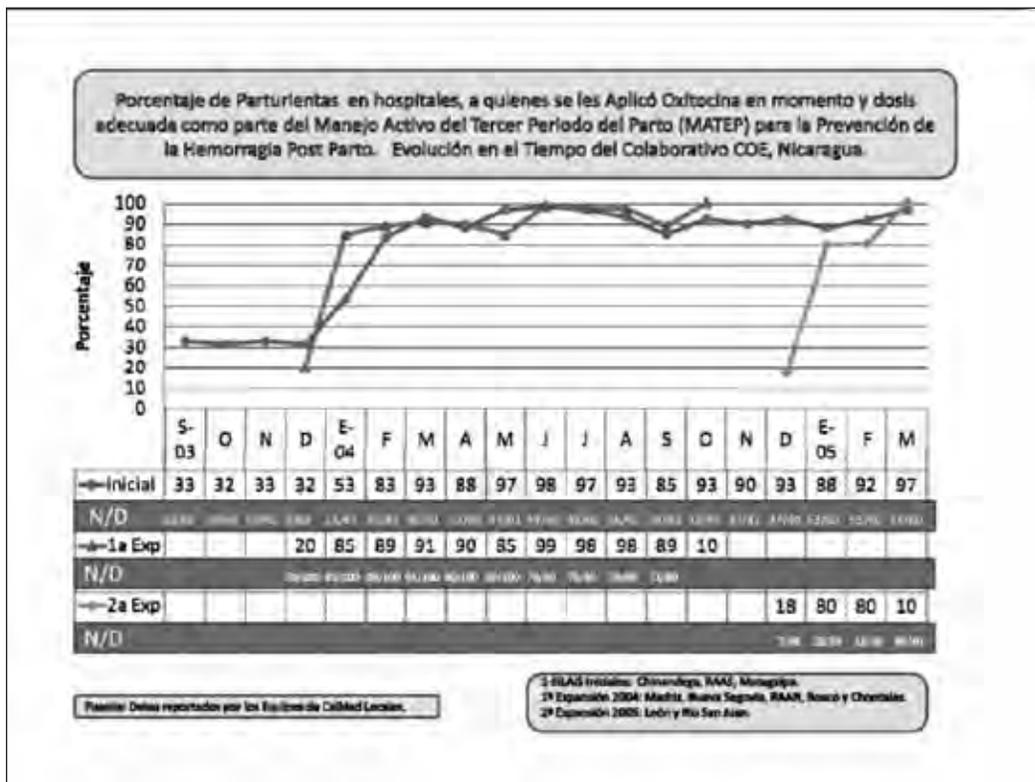
Los próximos tres ejemplos gráficos muestran cómo el primer grupo de la fase demostrativa requiere mayor tiempo para superar barreras en la implementación del paquete de cambios, obtener las mejores prácticas y las lecciones aprendidas.

En las siguientes oleadas, los nuevos grupos que se integran en la fase demostrativa o en la fase de expansión, consiguen rápidamente los cambios que les requirió mayor tiempo a los grupos iniciales.

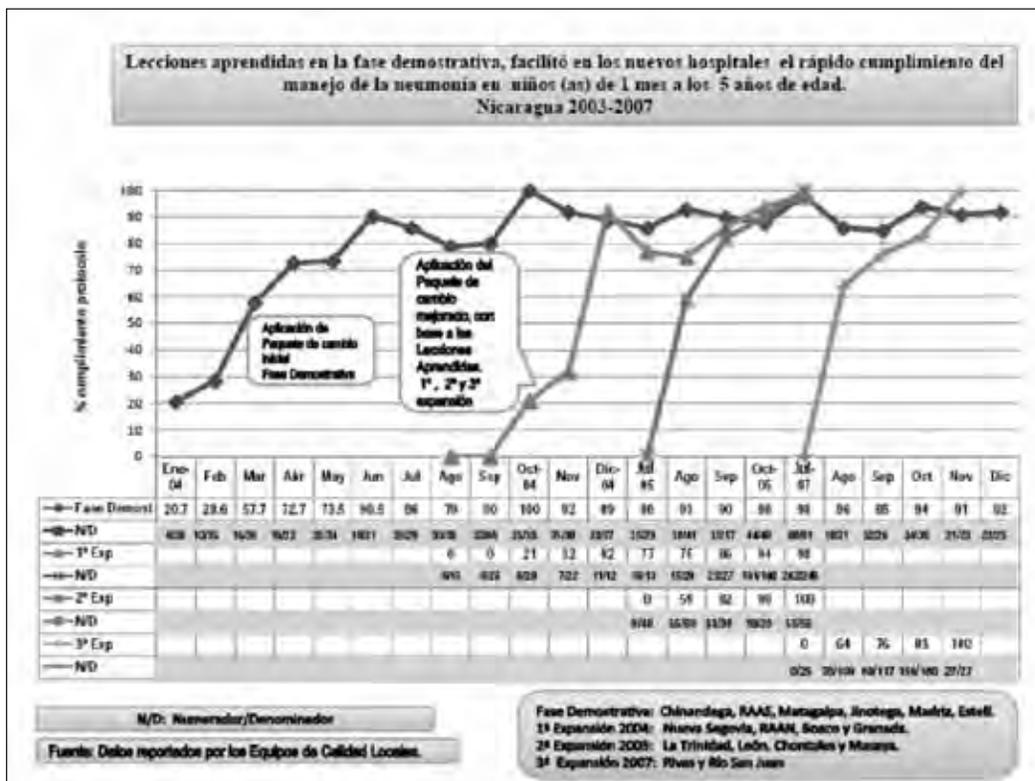
Los ejemplos mostrados son sobre:

- Implementación del MATEP
- Neumonía en pediatría
- Consejería y prueba de VIH en embarazadas

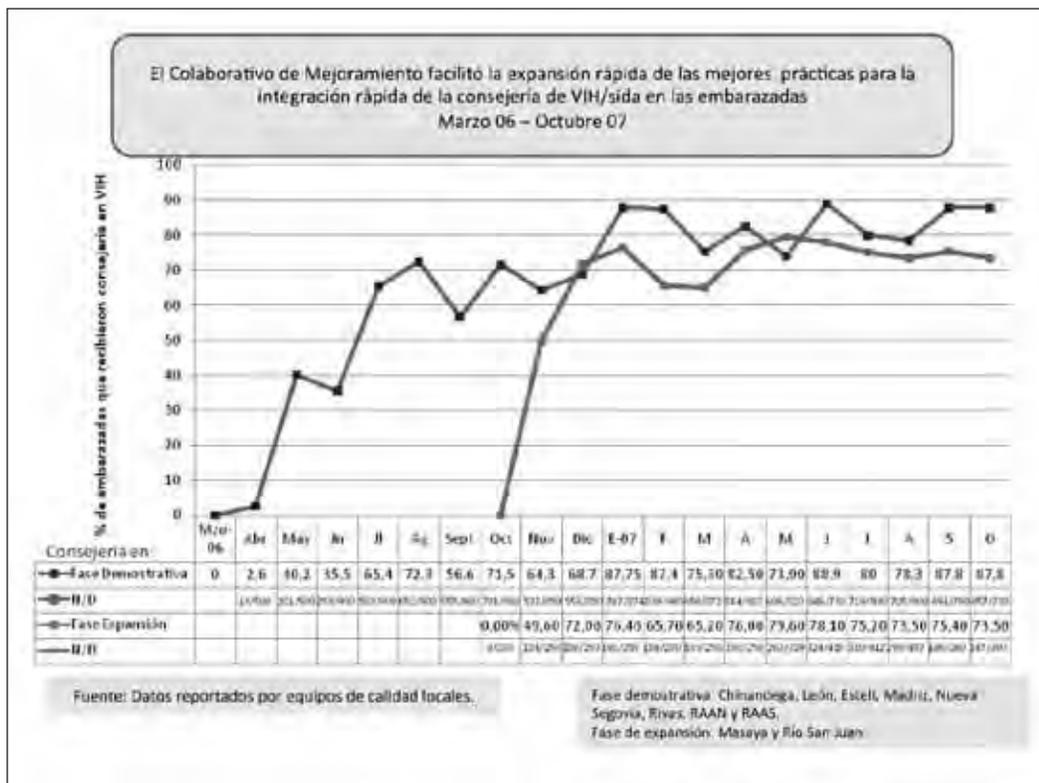
Diapositiva 18



Diapositiva 19



Diapositiva 20



Diapositiva 21

Momentos y tareas esenciales para planear e implementar un colaborativo

Momentos

- Preparación
- Fase de demostrativa
- Fase de expansión
- Institucionalización de las mejoras

Tareas esenciales

1. Establecimiento de objetivos de mejora
2. Creación de la estructura organizacional y roles
3. Definición del conjunto de cambios a implementar
4. Definición del sistema de medición y monitoreo de indicadores
5. Selección de mecanismos de coaching
6. Creación de equipos de mejora continua
7. Calendarización de periodos de acción
8. Prueba del paquete de cambios
9. Selección de mecanismos para compartir experiencias/aprender (sesiones aprendizaje)
10. Definición de estrategia de expansión

Diapositiva 22



Diapositiva 23

V. Diseños metodológicos de planificación familiar (PF)

I. El enfoque de derecho en la prestación del servicio de planificación familiar (PF)

I.1 Diseño metodológico

Subtemas

- Derechos sexuales y reproductivos como punto de partida de la PF
- Aseguramiento del derecho a la planificación familiar

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias técnicas y gerenciales en el personal de salud.

- Asegura, de manera constante, que se aplique el enfoque de derecho en todas las actividades de PF.
- Brinda consejería sobre planificación familiar a los usuarios que acuden a la unidad de salud.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Explicar la relación entre la PF y los derechos sexuales y reproductivos de las personas.
- Explicar las diferencias conceptuales entre anticoncepción y planificación familiar.
- Aplicar los principios de la PF en la selección de un método anticonceptivo (MAC), mediante ejercicios utilizando las herramientas gerenciales.
- Localizar en la norma de PF la información sobre el soporte jurídico del derecho a la planificación familiar.
- Explicar qué es una consejería en planificación familiar.
- Enumerar los momentos en que se debe brindar consejería en planificación familiar.
- Demostrar los pasos de la metodología ACCEDA, para la consejería en planificación familiar.
- Identificar errores frecuentes en la consejería en planificación familiar.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada acerca de derechos sexuales y reproductivos relacionados con la PF, conceptos de anticoncepción y de planificación familiar.	60 min	<ul style="list-style-type: none">• Presentación en power point sobre El enfoque de derecho en la prestación de servicio de PF• Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Normativa – 002. MINSA. Managua, diciembre 2009• Hojas de consentimiento informado para esterilización quirúrgica voluntaria femenina y masculina y DIU
2. Ejercicio en parejas, para responder preguntas que permitan analizar los temas abordados en la exposición. Durante el ejercicio el facilitador interactuará con las parejas, para verificar el aprendizaje alcanzado y aclarar dudas.	30 min	
Las preguntas son las siguientes: <ul style="list-style-type: none">• ¿Cuál es la diferencia entre anticoncepción y planificación familiar?• ¿De qué forma se pueden aplicar los principios de voluntariedad y elección informada durante la prestación del servicio de PF?• ¿Cuál es la importancia de la PF en la salud sexual y reproductiva?		

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Cómo han cumplido los requisitos para el aseguramiento del derecho a la PF en su unidad de salud? • ¿Qué experiencias han tenido en consejería en PF? 		<ul style="list-style-type: none"> • Rotafolio PF
<p>3. Ejercicio en parejas para la simulación de la consejería con la técnica ACCEDA; cada participante desempeñará, ambos roles, usuarios y proveedores. Al concluir el ejercicio, deberán evaluar el desempeño durante la consejería y brindarse retroalimentación sobre las fallas en la implementación de la técnica. Durante el ejercicio el facilitador interactuará con las parejas, para verificar el desempeño de los roles y aclarar dudas.</p>	30 min	
<p>4. Plenario para intercambiar las experiencias obtenidas durante el ejercicio. El facilitador puede solicitar voluntarios para exponer su experiencia, señalando sus aciertos y debilidades en el desempeño de los roles, y promoverá la participación para intercambiar comentarios, aclarar dudas y reforzar aprendizaje. El facilitador debe hacer un resumen de los aciertos y errores más frecuentes en la consejería, según la experiencia de los participantes.</p>	15 min	
<p>5. Presentación en plenario del formulario de consentimiento informado, para la realización de esterilización quirúrgica voluntaria e inserción del DIU. El facilitador mostrará a los participantes las hojas de consentimiento informado y explicará su importancia en el respeto a los derechos sexuales y reproductivos.</p>	10 min	
<p>6. Ejercicio en parejas para simulación de la explicación de la formulario de consentimiento informado a usuarios que solicitan se les realice esterilización quirúrgica voluntaria, inserción del DIU o vasectomía. Cada participante debe desempeñar ambos roles, usuarios y prestadores de servicio, y se deben retroalimentar. Durante el ejercicio el facilitador interactuará con las parejas, para verificar el desempeño de los roles y aclarar dudas.</p>	20 min	
<p>7. El facilitador en plenario retroalimentará a los participantes acerca de las dificultades observadas durante el ejercicio de simulación en parejas.</p>	15 min	

Indicaciones organizativas

- Este tema se desarrolla en un periodo de 3 horas.
- El subtema I: Derechos sexuales y reproductivos como punto de partida de la PF, podría ser introductorio, para un taller de PF, ya que el tiempo requerido es de 90 minutos.
- Por razones de tiempo, se puede dividir este tema en dos sesiones, una para cada subtema.

I.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Consentimiento informado para el procedimiento de inserción del Dispositivo Intra Uterino (DIU)

SILAIS _____ Unidad de Salud _____

YO _____
en carácter de usuaria del servicio de Planificación Familiar, he recibido información sobre los diversos métodos anticonceptivos ofertados en el Ministerio de Salud, comprendiendo sus ventajas, desventajas y reacciones adversas.

Teniendo conocimiento de que el Dispositivo Intra Uterino (DIU) “T de Cobre” es reversible, tiene una eficacia de larga duración, no previene las infecciones de transmisión sexual, y que puedo dejar de usar en cualquier momento que lo desee, pudiendo optar a otro método de mi preferencia, elijo voluntariamente el uso de este método y autorizo por este medio al personal médico y de enfermería de esta unidad a efectuarme el procedimiento de inserción.

En fe de lo cual firmo este documento en el municipio de _____,
a los _____ días del mes de _____ del 201__.

Firma o huella digital de la usuaria

Documento de Identidad No.:



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

MINISTERIO DE SALUD

CONSENTIMIENTO PARA EFECTUAR ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

Unidad de Salud _____ SILAIS _____

Yo: _____

voluntariamente solicito los servicios de esterilización quirúrgica en mi persona, y doy fe que comprendo plenamente lo siguiente:

1. Que existen otros métodos disponibles que puedo voluntariamente utilizar para planificar mi familia.
2. Que comprendo plenamente el significado, técnica que se usa y efectos del método de planificación familiar llamado ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA. para ello he recibido información y educación suficiente del personal de salud.
3. Comprendo y acepto que si la operación de esterilización quirúrgica resulta en éxito yo no puedo tener más hijos propios.
4. Comprendo y acepto que la esterilización quirúrgica es permanente, aunque en algunos casos puede ocurrir recanalización espontánea tiempo después de efectuado el procedimiento.
5. Manifiesto que la decisión para esterilizarme ha sido voluntaria sin ningún tipo de presiones o engaños del personal de salud a cargo.
6. Acepto y relevo de responsabilidad al personal de salud a cargo de la intervención quirúrgica de esterilización y al centro asistencial en caso que la intervención resulte fallida.
7. Que cuando el procedimiento se realiza con anestesia local, puede haber dolor al explorar, pinzar, traccionar, ligar, cortar y anudar ambos cabos. El éxito depende de la cooperación que yo pueda brindar al momento de efectuarse el procedimiento.
8. Que en cualquier momento puedo cambiar de idea, si deseo que la esterilización no se practique, esta no se llevará a cabo y no por ello se me negaran los otros servicios de planificación familiar por métodos reversibles disponibles.
9. Libero de toda responsabilidad administrativa, civil y penal (legales) presente y futura sobre posibles riesgos preoperatorios, operatorios y postoperatorios al Ministerio de salud y al médico tratante.

En fe de lo cual firmo este documento en el municipio de _____, a los _____ días del mes de _____ del 201__.

Firma o huella digital de la usuaria

Documento de identidad No.:

1.3 Nota técnica:

El enfoque de derecho en la prestación del servicio de planificación familiar (PF)

En las conferencias internacionales sobre Derechos Humanos, se ha reconocido que todas las personas tienen el derecho a que se les garanticen las posibilidades de disfrutar de una vida digna y de desarrollarse plenamente en la sociedad. Los derechos sexuales y reproductivos se inscriben como parte de los Derechos Humanos que están reconocidos en las leyes nacionales y en los acuerdos internacionales en los que Nicaragua ha suscrito compromisos.

Con el fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias e incidir en el ciclo vicioso de la pobreza, el Ministerio de Salud (MINSA) definió como segundo objetivo general de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR): *fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad*¹.

A pesar de que Nicaragua ha logrado grandes avances con respecto a la disminución de la tasa global de fecundidad y el incremento en el uso de métodos anticonceptivos modernos, la tarea de planificación familiar sigue inconclusa al llegar al 2012, ya que mujeres con poca educación, en situación de pobreza o que viven en áreas de poco acceso a servicios de salud, quieren evitar el embarazo, pero ni ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Estas personas representan un 11% de las mujeres aptas para la reproducción².

Hay muchas razones por las que no se ha resuelto la necesidad insatisfecha de usar planificación familiar: los servicios y los insumos no siempre están disponibles o las opciones son limitadas; miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja; temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud; y algunas personas no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. También ocurre que muchas personas están utilizando la planificación familiar para evitar un embarazo, pero fracasan por una serie de razones. *Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales, o que se hubieran terminado los suministros*³.

Además, la tarea de la planificación familiar nunca se acaba. Generación tras generación, niñas y varones alcanzarán la madurez sexual, por ello, siempre habrá necesidad de cuidados sanitarios, incluida la planificación familiar; puesto que la necesidad de controlar la fertilidad propia probablemente toca a más vidas que cualquier otro aspecto de la salud. Es crucial para el bienestar de las personas, en particular para el de las mujeres, y fundamental para su autodeterminación³.

En cualquiera de las modalidades de entrega de servicios de planificación familiar que ofrece el MINSA, el personal de salud brinda información clara y amplia acerca de la variedad de anticonceptivos disponibles, para orientar la elección voluntaria del método más adecuado a las necesidades de los usuarios, tomando en cuenta sus preferencias, los factores de riesgo reproductivo y criterios médicos de elegibilidad para la selección de un método anticonceptivo. Asegurar la satisfacción de los usuarios es una responsabilidad.

Dado que la comunicación y la documentación son importantes, la aplicación del dispositivo intrauterino y la realización de métodos quirúrgicos femenino y masculino, ameritan de consentimiento por parte del usuario, el cual se expresa mediante la firma del documento “Consentimiento informado”, que se ubica en el respectivo expediente clínico.

Comportamiento de la fecundidad en Nicaragua

*En los últimos 20 años, el ejercicio de la planificación familiar, ha permitido disminuir de 6 a 3 el número promedio de hijos de cada mujer nicaragüense, al aumentar el uso de métodos anticonceptivos entre la población femenina en edad fértil (15 a 49 años), tal como se aprecia en la tabla que a continuación se presenta*².

Tabla 9: Fecundidad, conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en Nicaragua

	1993	1998	2001	2006
Tasa global de fecundidad	4.5	3.6	3.2	2.7
Porcentaje de adolescentes (15 -19 años) que ya son madres o están embarazadas	--	27.0	24.7	25.1
Porcentaje de mujeres actualmente unidas que usa un método anticonceptivo	48.7	60.3	68.6	72.4
Porcentaje de uso de métodos naturales	2.6	1.8	1.8	3
Porcentaje de uso de píldoras	12.9	13.9	14.6	14
Porcentaje de uso de inyecciones	1.2	5.2	14.3	23
Porcentaje de uso de dispositivo intrauterino (DIU)	9.3	9.1	6.4	3
Porcentaje de uso de condón	2.6	2.6	3.3	3.8
Porcentaje de uso de esterilización femenina	18.5	26.1	25.3	24
Porcentaje de uso de esterilización masculina	0.6	--	0.5	0.4

Fuente: Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud (ENDESA) de los años: 1998, 2001 y 2006.

Importancia de la planificación familiar

En 1987 en la conferencia internacional de Nairobi se lanzó la iniciativa mundial sobre Maternidad Segura, cuyo propósito es reducir la morbilidad y mortalidad materna e infantil. Nicaragua como país suscriptor de esta conferencia, ha realizado desde entonces, actividades para darle cumplimiento a esta iniciativa. En el contexto de los objetivos de desarrollo del milenio, en marzo del 2011, el Ministerio de Salud de Nicaragua realizó el relanzamiento de la misma.

La Maternidad Segura está conformada por 4 estrategias (Pilares):

Planificación familiar: es el pilar preventivo que permite el acceso a métodos anticonceptivos de manera informada y voluntaria contribuyendo a salvar la vida de la mujer y la de sus hijos; mejora la salud al ayudar a espaciar los embarazos por dos años o más; beneficia a la pareja, familia y comunidad.

Atención prenatal: Si la mujer y/o pareja decide embarazarse, las unidades del Ministerio de Salud deben garantizar una atención prenatal de calidad que incluya captación temprana, atención sistemática y evaluación completa de la mujer embarazada tomando en cuenta su salud integral, asegurando la detección oportuna de complicaciones en el embarazo.

Atención del parto limpio y seguro: Al finalizar el embarazo, garantizar que el personal que atiende el parto lo realice en forma limpia y segura.

Cuidados obstétricos esenciales: Si durante el embarazo, parto o puerperio se presenta alguna complicación, las unidades de salud deben brindar atención las 24 horas del día, contar con personal capacitado y los insumos necesarios para brindar la atención requerida.

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formuló en el año 2006 la ENSSR, que constituye el marco de referencia nacional para la implementación de intervenciones que contribuyen a mejorar la salud sexual y reproductiva de la población.¹

Dado que la planificación familiar supone mucho más que un derecho humano referente a la autonomía personal y, en países como Nicaragua, es un paso importante en la lucha contra la pobreza y la reducción de la mortalidad materna e infantil, se ha considerado un componente importante de la ENSSR¹.

En el recuadro siguiente, se muestra el objetivo estratégico, metas e indicadores relacionados con planificación familiar que aparecen en la ENSSR¹.

Cuadro 1: Objetivo Estratégico 3 - Planificación Familiar (ENSSR)

Objetivo Estratégico 3: Planificación Familiar

Fomentar las decisiones informadas y responsables de las personas en la selección y uso de métodos anticonceptivos seguros y efectivos, mediante la oferta de servicios de planificación familiar accesibles y de calidad.

Metas en Anticoncepción Segura

- Incrementar la tasa de utilización de métodos anticonceptivos modernos en MEF de 64.1 en el año 2003 al 75 en el año 2015.
- Reducir de 19.8 en el año 2001 a 17.5 en el año 2015 la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 15 a 19 años.
- Reducir de 17.0 en el año 2001 a 15.3 en el año 2015 la demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres con pareja entre 20 y 24 años.

Indicadores

- Tasa de utilización de métodos anticonceptivos seguros en mujeres en edad fértil.
- Porcentaje de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres de 15 a 19 años de edad, que tienen pareja.
- Porcentaje de demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar de mujeres de 20 a 24 años de edad, que tienen pareja.

Fuente: Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Nicaragua: MINSA; mayo 2007.

Derechos sexuales y reproductivos como punto de partida de la PF

En el año 2008, el MINSA elaboró la Normativa 002 – Norma y Protocolo de Planificación Familiar, en la que se enuncia que: *los derechos sexuales y reproductivos se basan en el derecho básico de todas las parejas e individuos a disponer de la información y de los medios para alcanzar el mayor estándar de salud sexual y reproductiva; y adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia.*⁴

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que: *el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social*⁵. *El principio individual y social de la reproducción humana, la importancia de la sexualidad como manifestación de la afectividad entre las personas y la significativa carga de morbilidad y mortalidad que se asocia con las principales enfermedades que afectan al aparato reproductor de hombres y mujeres, hacen de la salud sexual y reproductiva un componente de especial significado en el contexto general de la salud de la población.*¹

La salud sexual y reproductiva es un proceso ininterrumpido, ligado al desarrollo humano desde mucho antes del nacimiento hasta la edad adulta y la vejez, que trata de asegurar al hombre y la mujer una vida reproductiva sana y libre de riesgos, así como una sexualidad responsable; es también una estrategia fundamental en la promoción de la responsabilidad social que favorezca la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres de zonas urbanas y rurales, respetando las diferencias étnicas, culturales y de desarrollo.¹

Concepto de salud sexual y reproductiva

La conceptualización de salud sexual y reproductiva se ha ido transformando al ritmo de los cambios políticos, económicos y socioculturales de las tres últimas décadas. El primer concepto estaba relacionado con el conjunto de prestaciones de salud orientadas a disminuir la morbi mortalidad materna e infantil; sin embargo, durante la Conferencia Mundial de Población celebrada en Bucarest

en 1974, se declaró que: *Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos*⁶. A partir de entonces, el derecho a la planificación familiar ha sido ratificado en varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer.

*En 1994, la 4ª Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la comunidad internacional acerca de los derechos de las personas en relación con la reproducción, y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano*⁷, lo cual cambió el enfoque en el binomio madre-niño hacia un concepto que implica reconocer un conjunto de derechos humanos básicos, que permiten a los hombres y las mujeres elegir libre y responsablemente el número de hijos que desean, el espacio de tiempo entre uno y otro y el momento en que quieren que nazcan, así como el obtener información y poder disponer de métodos anticonceptivos seguros para regular la fecundidad. Por primera vez, los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos¹.

Conceptos de anticoncepción y planificación familiar

De acuerdo con la Normativa 002 – Norma y Protocolo de Planificación Familiar del MINSA de Nicaragua: ⁵

La anticoncepción (contracepción) consiste en evitar que el espermatozoide fecunde al óvulo como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de métodos naturales o artificiales (medicamentos o dispositivos), que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción, de tal forma, que el coito se pueda realizar sin fecundación.

La efectividad de un método anticonceptivo, cuando se usa en forma correcta y consistente, asegura la probabilidad mínima de embarazos.

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por si mismas tener o no, el número de hijos(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socio económico y asegura el desarrollo sostenible.

Así mismo, la aplicación de la planificación familiar está determinada por el ejercicio del derecho de todo individuo o pareja, a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número de hijos que desean tener, el momento oportuno para sus nacimientos y el tiempo entre los embarazos, con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales; recibiendo para ello la información y los medios para concretar estos planes, a fin de obtener una mejor calidad de salud sexual y reproductiva.

Consentimiento informado en planificación familiar

En el Artículo 6° de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos (UNESCO, 2005)⁷, asumida por Nicaragua, se menciona que: *Toda intervención médica preventiva, diagnóstica y terapéutica solo habrá de llevarse a cabo previo **consentimiento libre e informado** de la persona interesada, basada en la información adecuada. Cuando proceda, el consentimiento debería ser expreso y la persona interesada podrá revocarlo en todo momento y por cualquier motivo, sin que esto entrañe para ella desventaja o perjuicio alguno.*

Para el cumplimiento de esta declaración, Nicaragua ha incorporado en la Norma y Protocolo de PF del MINSA, el lineamiento del consentimiento informado para la prescripción de cualquier método anticonceptivo.

Las condiciones básicas del consentimiento informado aplicado a la prestación del servicio de planificación familiar son la voluntariedad y la elección informada; refiriéndose la *Voluntariedad* a la toma de decisión basada en la libre elección, es decir, no obtenida bajo inducción o alguna forma de coerción; y la *Elección Informada* al acceso efectivo a información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles, incluyendo los métodos naturales.

Si bien la elección de un método de planificación familiar es voluntaria, es necesario que las personas y las parejas reciban información clara y completa acerca de cuál es el anticonceptivo que más conviene a su salud y a sus necesidades reproductivas. El Ministerio de Salud cuenta con formularios de consentimiento informado para las usuarias que deciden utilizar el dispositivo intrauterino y la esterilización quirúrgica voluntaria.

Aseguramiento del derecho a la planificación familiar

Requisitos para asegurar el derecho a la planificación familiar

Para que se pueda asegurar el derecho a la planificación familiar, mediante la elección libre e informada, es necesario:

Que los usuarios...

- Reciban información acerca de los beneficios, riesgos, indicaciones y contraindicaciones de cada método anticonceptivo.
- Tengan acceso a materiales educativos, afiches y murales con mensajes claros y completos.
- No reciban beneficios, incentivos o coerción para hacer uso de PF o de un método anticonceptivo en particular.

Que el prestador de servicio...

- No tenga asignadas metas ni cuotas por usuarios o métodos.
- No reciba incentivos por impulsar la planificación familiar o un método anticonceptivo en particular.
- No niegue la atención o tome acciones en contra de usuarias que eligen no usar planificación familiar.

Que en las unidades de salud...

- Cuenten con materiales informativos y educativos dirigidos a proveedores y usuarias/os (normas, rotafolios, afiches, formatos de consentimiento informado –ver anexo).
- Haya disponibilidad de todos los métodos anticonceptivos normados por el Ministerio de Salud.

Consejería para la planificación familiar

La consejería, es un proceso de análisis y comunicación entre el prestador de servicios y los potenciales o activos, que busca proporcionar alternativas que satisfagan las expectativas de las personas. La consejería se debe realizar con respeto, calidez, sinceridad y privacidad.

Tiene el propósito de brindar información y orientación clara, conforme a normas y protocolos técnicos actualizados, para ayudar a los usuarios en la elección del método de planificación familiar que más convenga a su salud. La consejería se brinda mediante la técnica ACCEDA, que se describe más adelante.

En la consejería se debe abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorando el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).³

Fases de la Consejería⁸

Para dar una consejería balanceada se identifican tres fases:

1) Pre-elección

2) Elección

3) Post-elección

En la fase pre-elección, los usuarios son recibidos cálidamente y se les formulan preguntas para identificar sus necesidades, condición o problema de salud, estilo de vida, comportamientos que favorecen la salud o la ponen en riesgo. El diagnóstico de necesidades está al servicio de la elección de método, pues consiste en un proceso de descarte de métodos que el proveedor y el usuario consideran que no le son útiles de acuerdo con sus circunstancias.

La comunicación efectiva entre el proveedor y usuarios en esta primera fase favorece las dos fases subsiguientes.

En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de los usuarios, ofreciéndoles información adecuada y comprensible para ayudarles a escoger un método. Esto implica que sólo abordará métodos relevantes para la persona. El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre estos métodos, pues le saturaría de información y le confundiría. Sólo se debe comunicar la información esencial que le permita hacer una elección preliminar del método.

Para ello se detallan a continuación, cuatro aspectos clave, que se deben abordar en esta fase, por cada uno de los métodos.

Información básica sobre cada método en la fase de elección

Inyectables

- Es una inyección que se pone en la cadera o el brazo cada 2 ó 3 meses.
- Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de ponérsela. Pero puede pasar un año hasta quedar embarazada otra vez.
- Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres dejen de ver su menstruación, sentir dolor de cabeza, mareo y/o náuseas. Generalmente desaparecen.
- Después de 6 semanas del parto, la pueden usar las mujeres lactantes.

DIU (T de Cobre)

- El personal de salud la coloca dentro de la matriz de la mujer.
- Dura hasta 10 años.
- Es inmediatamente efectivo una vez insertado y el retorno a fertilidad es inmediato después de retirarlo.
- Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres tengan aumento en el sangrado durante la regla.

La píldora combinada

- Es un método muy seguro siempre y cuando la tome todos los días, de preferencia a la misma hora, tenga o no relaciones sexuales.
- Este método le protege solo después que la haya tomado para 7 días.
- Es normal que en los primeros meses de uso, algunas mujeres sienten dolores de la cabeza, náuseas, mareo; generalmente desaparecen.
- Cuando la mujer desea quedar embarazada, deja de tomarla y el retorno a la fertilidad es inmediato.

MELA

Es un método que funciona sólo si:

- La mujer no ha visto su menstruación después del parto.

- La mujer da sólo pecho cada vez que el niño quiera mamar de día y de noche.
- El niño tiene menos de 6 meses de edad.

Esterilización femenina

- Es una operación para la mujer que no desea tener más hijos. Es permanente.
- Es una operación sencilla y muy segura.
- Las relaciones sexuales de la pareja siguen igual y la mujer sigue viendo su regla.
- La mujer puede regresar a su casa al mismo día, entre 2 y 6 horas después de la operación.

En la fase de post-elección, el proveedor debe esperar a que los usuarios elijan un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método está contraindicado o los usuarios rechazan el método al conocer mayores detalles, puede regresar a una fase anterior y escoger un método alternativo. El proveedor se debe asegurar de que los usuarios han comprendido las instrucciones. Finalmente, habrá que dar seguimiento para que los usuarios sepan qué hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencias.

Pasos de la Consejería: ACCEDA

El objetivo principal de la consejería es ayudar a los usuarios a tomar decisiones, lo que se traduce en que de esta manera se está proporcionando una orientación en función de lo que más conviene y que permita practicar la planificación familiar eficazmente y por más tiempo, así como la satisfacción de los usuarios ya que también comprende los sentimientos y sus necesidades.

Se imparte una buena orientación, siempre cuando el proveedor de los servicios de planificación familiar:

- *Demuestra que comprende, se ocupa y se gana la confianza de los usuarios.*
- *Suministra a los usuarios información útil y correcta. Ayudando a comprender qué significa esa información para ellos.*
- *Ayuda a los usuarios a decidir por sí mismos, basándose en una información clara y en los propios sentimientos, situación y necesidades.*
- *Ayuda a recordar qué hacer si se presentara algún problema con el método.*

La orientación generalmente consta de pasos que en conjunto constituyen la consejería. Estos se han abreviado a través de 6 letras, donde cada una representa uno de los pasos, que no requieren de mucho tiempo para una buena orientación y que han demostrado ser una herramienta útil para ello. Cada letra de la palabra ACCEDA representa cada uno de los pasos, a los que se les debe impregnar la comprensión de sentimientos y necesidades de los usuarios. A continuación se describen los pasos:

Paso I

A - Atender

- *Reciba amablemente a los usuarios.*
- *Sea respetuoso y cordial durante toda la consulta.*
- *Asegure privacidad y confidencialidad.*

Frases clave para “atender”

“Bienvenido a [nombre de los servicios u organización de atención de salud].

Me llamo [diga su nombre]. Me alegra que haya venido a vernos.”

“¿En qué podemos servirle hoy?”

Después que le respondan los usuarios, explíqueles lo que ocurrirá a continuación.

“Todo lo que se hable en este momento quedará entre usted y yo.”

Salude a los usuarios por su nombre.

El nombre de los usuarios puede actuar como palabra clave cuando se lo pronuncia en forma adecuada y respetuosa.

Las palabras y frases clave ayudan a que los usuarios se sientan cómodos, reconozcan, expresen sus necesidades y tomen buenas decisiones para sí mismo. También se ahorra tiempo, ya que van rápidamente al fondo de la cuestión.

Paso 2

C - Conversar

- Determine cuáles son las necesidades de planificación familiar.
- Pregunte por sus intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencia pasada con algún método.
- Si la usuaria está en riesgo reproductivo, oriéntela acerca de las consecuencias de un posible embarazo y ofrezca asesoría para planificar el próximo embarazo.
- Descarte métodos. (Use materiales de apoyo).
- Clasifique a los usuarios: Captación o Subsecuente

Frases clave para “conversar”

“¿Qué espera que podamos hacer hoy por usted?”

Haga preguntas que inciten a los usuarios a expresar sus necesidades.

“¿Cómo se sentiría si llegara a quedar embarazada dentro de poco tiempo?”

“¿Cómo cree que se siente su marido acerca de la planificación familiar?”

Use palabras como “¿entonces?”,

“¿y?”, “¡ah!”, para incitar a los usuarios a seguir hablando.

En preguntas delicadas, explique por qué — por ejemplo, si pregunta acerca del número de compañeros sexuales para averiguar el grado de riesgo de contraer ITS.

Evite iniciar preguntas con “por qué” pues puede dar la impresión de que está criticando.

Pregunte hábilmente: Hable en un tono de voz que denote interés y cordialidad.

Use palabras que los usuarios entiendan. Si los usuarios no han comprendido, haga la misma pregunta de otra manera.

Algunos usuarios no se atreven a hablar sobre sus necesidades, propósitos o esperanzas. Pero si usted no averigua qué quieren realmente, tal vez se vayan decepcionados. Tal vez no observen las instrucciones. Quizá no vuelvan. Incluso pueden quejarse de la atención que les ha brindado. De modo que a menudo es útil preguntara amablemente, pero de manera directa, qué es lo que como usuarios esperan de esta visita.

Paso 3 Complemente la información sobre los métodos apropiados para su condición.

3A

C - Comunicar

- Complemente la información sobre los métodos apropiados para su condición.
- No recargue de información. (Use materiales de apoyo).

Frases clave para “comunicar”

“Usted mencionó que tiene dos compañeros ahora. La mejor manera de protegerse y de proteger a sus compañeros es usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales con cualquiera de ellos.” (adaptada y personalizada)

3B

E - Elegir [Elección informada - Encaminar a tomar la decisión]

- Deje que los usuarios elijan el método.
- Responda a sus inquietudes.
- Los usuarios deberán tener el método que quieran siempre que comprendan y no haya razones médicas para evitarlo.
- Verifique que no tenga contraindicaciones para el uso de método elegido.
- Verifique que no tenga contraindicaciones para el uso del método elegido, (use criterios médicos de elegibilidad).
- Si las tiene, que escoja otro.
- Si los usuarios no puede usar ese método: Pregunte ¿qué es lo que les gusta de ese método? y luego describa métodos parecidos.

Frases clave para “elegir”

“¿Ha pensado en algún método?”

“Comunicar” en la buena orientación sobre la elección del método comienza con el conocimiento que los usuarios tienen sobre el mismo.

“¿Y qué es lo que le gusta de ese método?”

Verifique si realmente comprende el método.

Cualquier idea equivocada (o mito) puede corregirse con amabilidad.

3C

D - Describir

- Instruya en detalle sobre forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma del método. (Use folleto)
- Si ella usuaria se desanima ayude escoger otro método.
- Describa sólo lo referente al método elegido, forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma.

Problemas comunes y sugerencias para resolverlos. Mensajes importantes

- Muchas personas no experimentan ningún efecto secundario.
- Los efectos secundarios más comunes no son peligrosos y no son signos de peligro.

- Muchos efectos secundarios desaparecen sin tratamiento y/o pueden tratarse.
- Los signos de alarma son razones médicas separadas de los efectos secundarios.
- Expresar empatía a la/el usuaria/o por el problema que tiene. Algunos ejemplos de problemas comunes (sacar de prácticas recomendadas — dudas, uso del método o efectos secundarios)

Paso 4

D - Describir

- Verifique la comprensión. (Use materiales de apoyo vigentes)
- Asegúrese que los usuarios comprendieron toda la información.
- Pídale que repita cómo va a usar el método.

Frases clave para “describir”

“¿Cree usted que puede hacer esto?, ¿Qué podría impedirselo?”

Si ven problemas, usted y los usuarios pueden discutir distintas maneras de superarlos.

“¿Puede usted mencionarme algo de lo que hemos hablado, sobre el uso del método?”

Pida a la/el usuaria/o que repitan las instrucciones importantes. Esto les ayuda a recordarlas. Además, puede corregir con amabilidad cualquier error.

Paso 5

A - Acordar otra visita

- Programe el seguimiento de la/el usuaria/o.
- Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento (como se hace ahora para que la/el usuaria/o no se olvide)
- Verifique la forma de uso del método y detecte signos de alarma.
- Ayude a usuarias subsecuentes a resolver problemas existentes.
- Asegure que puede seguir contando con su ayuda.

Frases clave para “acordar”

“Por cualquier razón vuelva a visitarnos en el momento que usted considere necesario.”

“No olvide su próxima cita.”

Hacerle sentir a los usuarios que siempre serán bienvenidos al establecimiento como la primera vez. Razones para otra visita:

Tiene preguntas o problemas, o quiere asesoramiento.

Necesita más suministros, otra inyección, o que se le reemplace el DIU o los implantes.

Necesita anticoncepción de emergencia.

Quiere un método diferente — por cualquier razón.

Quiere ayuda para los efectos secundarios.

Ha notado una determinada razón médica para regresar.

Trae al cónyuge, amigo, o pariente para recibir servicios o información.

Quiere verificar un rumor.

Necesita condones para protegerse contra las ITS.

Piensa que puede tener una ITS.

Piensa que podría estar embarazada.

Situaciones especiales para la consejería de planificación familiar⁸

Atención Prenatal

Durante el período prenatal es de considerar la atención integral de la embarazada por miembros del equipo de salud, con el fin de vigilar el proceso de gestación considerando los factores de riesgo reproductivo, para proporcionar consejería en los diferentes aspectos de acuerdo con sus condiciones. Para el caso es de tener en cuenta:

- *La importancia de informar en relación a los riesgos reproductivos*
- *Períodos inter genésicos*
- *Derecho a la decisión responsable del número de hijos que desea la usuaria de los servicios en el área materna. Si para el caso decide la esterilización se le brindará todo lo necesario para que pueda expresar su consentimiento informado.*

El objetivo final es que sea durante el control prenatal [atención prenatal] que la usuaria pueda tomar la decisión libre e informada del método a utilizar una vez sucedido el parto.

Planificación familiar y lactancia materna

Se brindará toda la información pertinente relacionada con la lactancia materna, tanto en cuanto a los beneficios nutricionales para el niño, como para ser considerado un método de planificación familiar (MELA). El método amenorrea-lactancia exclusiva (MELA) es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes:

- *Amenorrea*
- *Lactancia exclusiva*
- *Primeros 6 meses posparto*

Referencias bibliográficas

- 1 Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2ª ed. Nicaragua: MINSa; agosto 2008. [acceso 10 de febrero 2012]. Disponible en: https://www.vozjoven.net/public/documentos/archivos/Segunda_Estrategia_nacional_de_salud_sexual_y_reproductiva..pdf
- 2 Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSa). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Informe final. Nicaragua: INIDE; junio 2008. [acceso el 17 de Febrero 2012]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
- 3 Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación familiar Un manual mundial para proveedores. 2007 [acceso el 17 de febrero 2012]. Disponible en: www.fphandbook.org
- 4 Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSa; agosto 2008. [acceso el 11 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Políticas%20P%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/NORMA%20Y%20PROTOCOLO%20PF.pdf>
- 5 Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. [sede web]. Nota descriptiva N°323. [agosto de 2007; acceso el 16 de febrero 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/index.html>
- 6 Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo. Normativa – 011. Nicaragua: MINSa; 2008. [acceso el 2 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Políticas%20P%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/1%20Normas%20y%20protocolos%20atenci%C3%B3n%20prenatal,%20parto,%20puerperio.pdf>
- 7 Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO). Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. New York: UNESCO; 2006. [acceso 12 de marzo 2012]. Disponible en: www.unesco.org/shs/ethics
- 8 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica para la consejería en la prestación de servicios de planificación familiar. San Salvador, El Salvador: mayo 2007. [acceso el 16 de febrero 2012]. Disponible en http://asp.mspas.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_consejeria_servicios_PF.pdf

**El enfoque de derecho en la prestación
del servicio de planificación familiar (PF)**

Diapositiva 1

Derechos Sexuales y Reproductivos

En las conferencias internacionales sobre derechos humanos, se ha reconocido que todas las personas tienen el derecho a que se les garanticen las posibilidades de disfrutar de una vida digna y de desarrollarse plenamente en la sociedad.

Los Derechos Sexuales y Reproductivos, se inscriben como parte de los Derechos Humanos que están reconocidos en las leyes nacionales y en los acuerdos internacionales en los que Nicaragua ha suscrito compromisos.

Diapositiva 2

Derechos Sexuales y Reproductivos

Los Derechos Reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.

Organización Mundial de la Salud. El derecho a la salud. [página web]. Nota descriptiva N°323. [agosto de 2007; acceso el 16 de febrero 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/médica/entrefacts/bests/fi-323/es/poles.html>

Diapositiva 3

Compromisos de país a nivel internacional

Conferencia Mundial de Población, 1974-Bucarest-Rumania.

Convención para Eliminación de todas las Formas de Discriminación
Contra la Mujer, 1979- Asamblea General de las Naciones Unidas.

Conferencia Internacional sobre Población, 1984 –Ciudad de México.

Tercera Conferencia sobre la Mujer, Nairobi- Kenia 1985.

Conferencia Mundial de Derechos Humanos, Viena –Austria. 1993.

Cuarta Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo,
El Cairo 1994.



Diapositiva 4

Concepto de salud sexual y reproductiva (SSR)

El primer concepto estaba relacionado con el conjunto de prestaciones de salud orientadas a disminuir la morbi-mortalidad materna e infantil; sin embargo, durante la Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974, se declaró que:

“Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.

A partir de entonces, el derecho a la planificación familiar ha sido ratificado en varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer.

Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso el 11 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/nij/informacion/Políticas%20y%20Normas%20de%20Planificación%20Familiar%20en%20Nicaragua%202008.pdf>

Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo. Normativa - 011. Nicaragua: MINSA; 2008. [acceso el 2 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/nij/informacion/Políticas%20y%20Normas%20de%20Planificación%20Familiar%20en%20Nicaragua%202008.pdf>

Diapositiva 5

Importancia de la planificación familiar

La planificación familiar es un componente importante de la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR) que contribuye a salvar la vida de la mujer y la de su hijo o hija al ayudar a espaciar los embarazos por dos años o más; beneficia la relación de pareja, a la familia y a la comunidad. Además, brinda apoyo a los y las adolescentes para escoger opciones responsables y permite que el hombre comparta con la mujer la responsabilidad de la salud reproductiva y crianza de los y las niñas.

Pilar preventivo para alcanzar una maternidad segura, contribuyendo entre un 25-40% a disminuir morbilidad y mortalidad materna e infantil; es una medida de bienestar familiar y de desarrollo socioeconómico sostenible.

Ministerio de Salud. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. 2ª ed. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso 10 de febrero 2011]. Disponible en: <https://www.unfpa.org/nij/informacion/Políticas%20y%20Normas%20de%20Planificación%20Familiar%20en%20Nicaragua%202008.pdf>

Diapositiva 6

Anticoncepción y planificación familiar

La *anticoncepción* consiste en evitar que el espermatozoide fecunde al óvulo, mediante el uso de métodos naturales o artificiales (medicamentos o dispositivos), que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción.

La *planificación familiar* es una estrategia de salud pública, que no persigue el control de natalidad. Constituye el pilar preventivo para alcanzar una **maternidad segura**, ya que ayuda a salvar la vida de la mujer y la de sus hijos, mediante el espaciamiento de embarazos, beneficiando la relación de pareja y la salud de la familia.



Diapositiva 7

Principios de la planificación familiar

Las personas tienen el derecho a escoger de manera voluntaria e informada un método anticonceptivo, es por ello que la planificación familiar consta de dos principios:

1. *Voluntariedad*: decisión basada en la libre elección, es decir no obtenida bajo inducción o alguna forma de coerción.
2. *Elección informada*: acceso efectivo a información acerca de los métodos anticonceptivos disponibles, incluyendo los métodos naturales.

Si bien la elección de un método es voluntaria, es necesario que las personas reciban información clara y completa acerca de cuál es el anticonceptivo que más conviene a su salud y a sus necesidades reproductivas.



Diapositiva 8

El cumplir con los principios de voluntariedad y elección informada, requiere ...

Que los usuarios...

- Reciban información acerca de los beneficios, riesgos, indicaciones y contraindicaciones de cada método anticonceptivo.
- Tengan acceso a materiales educativos, afiches y murales con mensajes claros y completos.
- No reciban beneficios, incentivos o coerción para hacer uso de PF o de un método anticonceptivo en particular.

Que el prestador de servicio...

- No tenga asignadas metas ni cuotas por usuarios o métodos.
- No reciba incentivos por impulsar la PF o un método anticonceptivo en particular.
- No niegue la atención o tome acciones en contra de usuarios que eligen no usar PF.

Que en las unidades de salud...

- Cuenten con materiales informativos y educativos sobre PF, dirigidos a proveedores y usuarios (normas, rotafolios, afiches, formatos de consentimiento informado).
- Dispongan de todos los métodos anticonceptivos normados por el MINSA.

Diapositiva 9



Diapositiva 10

¿Qué es la consejería?

La consejería, es un proceso de análisis y comunicación entre el prestador de servicios y los usuarios potenciales o activos, que busca proporcionar alternativas que satisfagan las expectativas de las personas. Se debe realizar con respeto, calidez, sinceridad y privacidad.

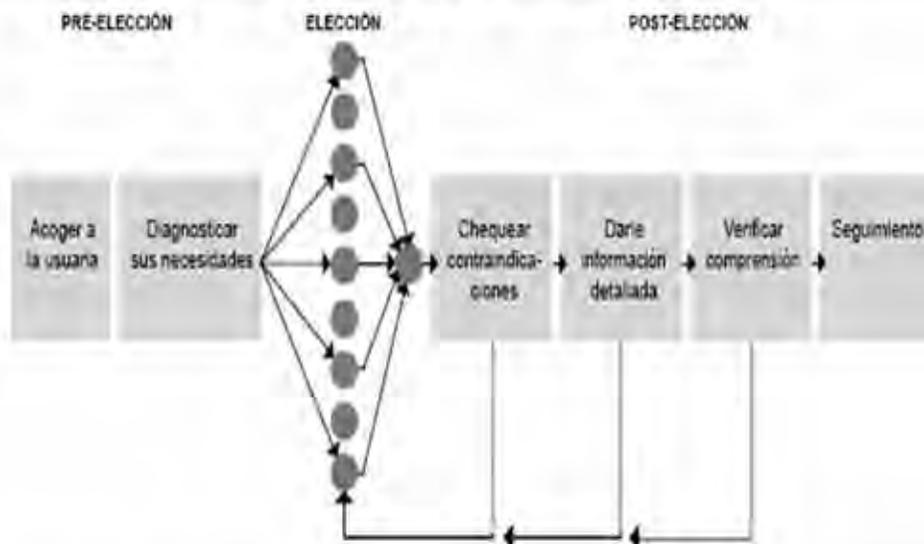
El propósito es brindar información y orientación clara, conforme a normas y protocolos técnicos actualizados, para ayudar a los usuarios en la elección del método de planificación familiar que más convenga a su salud. Se brinda mediante la técnica ACCEDA.

En la consejería se debe abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorando el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.



Diapositiva 11

Fases de la consejería



Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía técnica para la consejería en la prestación de servicios de planificación familiar. San Salvador, El Salvador, mayo 2007. [acceso el 16 de febrero 2017]. Disponible en http://esp.mspas.gub.sv/regulacion/paf/guia/guia_consejeria_servicios_Pf.pdf

Diapositiva 12

Consejería ACCEDA

La técnica de consejería lleva el nombre según las 6 letras en la palabra ACCEDA.

ATIENDA con amabilidad y respeto

CONVERSE con la persona

COMUNIQUE cuáles son los métodos disponibles

ENCAMINE A tomar la decisión (Elección informada por los usuarios)

DESCRIBA cómo se usa el método elegido

ACUERDE otra visita

Diapositiva 13

Paso: 1

A tender a los usuarios



Reciba amablemente a los usuarios, saludándoles por su nombre.

Sea respetuoso y cordial durante toda la consulta.

Asegure privacidad y confidencialidad.

Frases clave

"Bienvenido a [nombre de los servicios u organización de atención de salud]."

Me llamo [diga su nombre]. "Me alegra que haya venido a vernos."

"¿En qué podemos servirle hoy?"

"Todo lo que se hable en este momento quedará entre usted y yo."

Diapositiva 14

Paso: 2

Conversar sobre información esencial

Determine cuáles son las necesidades de PF:

Pregunte por sus intenciones reproductivas, actitud de la pareja, experiencia pasada con algún método.

Si la usuaria está en riesgo reproductivo, oriéntela sobre las consecuencias que le puede causar un embarazo y ofrezca asesoría para planificar su próximo embarazo.



Hable en un tono de voz que denote interés y cordialidad.

Use palabras que los usuarios comprendan; si los usuarios no ha comprendido, haga la misma pregunta de otra manera.

Diapositiva 15

Paso: 3

Comunicar opciones disponibles



Complemente la información sobre los métodos apropiados para su condición.

Ejemplo:

"Usted mencionó que tiene dos compañeros ahora. La mejor manera de protegerse y de proteger a sus compañeros es usar un condón cada vez que tenga relaciones sexuales con cualquiera de ellos."

Use materiales de apoyo y no recargue de información

Diapositiva 16

Paso: 4 Elección informada



Deje que los usuarios elijan el método.

Responda sus inquietudes.

Los usuarios deberán tener el método que quieran, siempre que comprendan y no haya razones médicas para evitarlo.

Verifique que no tenga contraindicaciones para el uso del método elegido (criterios médicos de elegibilidad). Si las tiene, que escoja otro.

“¿Ha pensado en algún método?”
“¿Qué es lo que le gusta de ese método?”

Verifique si realmente comprende el método. Cualquier idea equivocada (o mito) puede corregirse con amabilidad.

Si los usuarios no pueden usar ese método. Pregúnteles ¿qué es lo que le gusta de ese método? y luego descríbalos métodos parecidos.

Diapositiva 17

Paso: 5 Describir el método elegido



Instrúyalos en detalle sobre forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma del método.

Si los usuarios se desaniman pueden escoger otro método.

Describa sólo lo referente al método elegido, forma de uso, efectos secundarios, signos de alarma.

Problemas comunes y sugerencias para resolverlos

Mensajes importantes:

Muchas personas no experimentan ningún efecto secundario.

Los efectos secundarios más comunes no son peligrosos.

Muchos efectos secundarios desaparecen sin tratamiento.

Diapositiva 18

Paso: 6 Acordar cita de seguimiento



Programe el seguimiento de los usuarios.

Fije una cita: haga uso de la tarjeta de seguimiento.

Asegúrele que puede seguir contando con su ayuda.

Frases clave

“Por cualquier razón vuelva a visitarnos en el momento que usted considere necesario.”

“No olvide su próxima cita.”

Haga sentir a los usuarios que siempre serán bienvenidos al establecimiento, como la primera vez.

Diapositiva 19

Situaciones especiales

Atención prenatal

En la atención integral de la embarazada, con el fin de vigilar el proceso de gestación, proporcione consejería considerando:

- Informar en relación a los riesgos reproductivos.
- Periodos inter genésicos.
- Derecho a la decisión responsable del número de hijos que desea.
- Si decide la esterilización, lograr su consentimiento informado.

El objetivo final es que sea durante el control prenatal que la usuaria pueda tomar la decisión libre e informada del método a utilizar una vez ocurrido el parto.

Planificación familiar y lactancia materna

Se brindará toda la información pertinente relacionada con la lactancia materna, tanto en los beneficios nutricionales para el niño, como para ser considerado un método de planificación familiar (MELA).

Diapositiva 20

2. Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción

2.1 Diseño metodológico

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias técnicas y gerenciales en el personal de salud:

- Asegura, de manera constante, que se aplique el enfoque de derecho en todas las actividades de PF.
- Brinda consejería sobre planificación familiar a los usuarios que acuden a la unidad de salud.
- Entrega de forma oportuna los métodos anticonceptivos acorde con los criterios médicos de elegibilidad.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Explicar los criterios médicos de elegibilidad para la prescripción de un MAC.
- Describir el procedimiento para la prescripción de los diferentes MAC.
- Describir la forma de administración, aplicación o realización de un MAC.
- Nombrar los efectos adversos como signos de alerta de cada MAC.
- Explicar la efectividad de cada uno de los MAC.
- Enumerar las ventajas y desventajas de los diferentes MAC que oferta el Ministerio de Salud.
- Llenar correctamente la nota clínica de ingreso y seguimiento de usuarias del servicio de PF, aplicando los criterios médicos de elegibilidad.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Aplicar un pretest sobre el conocimiento acerca del tema métodos anticonceptivos y sus criterios médicos de elegibilidad. Este pretest se corregirá junto al postest cuando finalice el estudio del tema. Los participantes conservarán el test.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point sobre criterios médicos de elegibilidad.
2. Exposición dialogada sobre criterios médicos de elegibilidad.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Normativa-002. MINSA. Managua, diciembre 2009.
3. Exposición dialogada sobre métodos anticonceptivos ofertados en el MINSA <ul style="list-style-type: none"> - Hormonales inyectables - Hormonales orales - Preservativo o condón masculino - Dispositivo Intrauterino (DIU) - Oclusión Tubárica Bilateral (OTB) - Naturales : Lactancia Amenorrea, Método del Collar del Ciclo <ul style="list-style-type: none"> • Es recomendable que al finalizar la exposición sobre cada MAC, el facilitador indague entre los participantes acerca de sus experiencias en la prescripción del MAC, sus aciertos y sus dificultades. • El estudio de cada MAC debe centrarse en los elementos contenidos en la norma de PF. • El tiempo para la presentación de cada MAC es de 30 minutos máximo, exceptuando el método del collar que puede ser abordado en una sesión especial y requiere un máximo de 2 horas (es necesario disponer de un collar por participante). 	180 min	<ul style="list-style-type: none"> • Pre - test. • Post - test. • Presentaciones en power point sobre los MAC. • Nota clínica de ingreso y seguimiento de usuarias del servicio de PF.

Indicaciones organizativas

- Este tema se estudia en un periodo de 5 horas.
- Si el tema se estudiara en varias sesiones, se deberán abordar dos MAC en cada una.

2.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Ministerio de Salud

Nota Clínica de Ingreso y Seguimiento de Usuaris al Programa de Planificación Familiar

SILAIS: _____ Municipio _____ Unidad de Salud _____ Fecha _____

Nombre y apellidos _____ Edad _____ Expediente No. _____

Domicilio: _____ Teléfono _____ No. de hijos vivos _____

Alfabeto: Sí NO Estudios realizados: Ninguno Primaria Secundaria Universitaria

Estado Civil: Casada Soltera Unión Estable

Religión Católica Evangélica Morava Otra _____ Ninguna

Ocupación Ama de Casa Maestra Comerciante Agricultora Profesional Estudiante Otro

Riesgo Reproductivo: Sí NO

Antecedentes

Familiares:

HTA Sí NO Tuberculosis Sí NO Ca mama Sí NO

Diabetes Sí NO Epilepsia Sí NO Ca Cu Sí NO

Patológicos Personales:

HTA Sí NO Endocrinopatías Sí NO Epilepsia Sí NO

Diabetes Sí NO Trast. Psiquiátricos Sí NO Várices M. inferiores Sí NO

Cardiopatías Sí NO ITS Sí NO Tabaquismo Sí NO

Nefropatías Sí NO Ca de mama Sí NO Alcoholismo Sí NO

Hepatopatías Sí NO Ca Cu Sí NO Drogadicción Sí NO

Tuberculosis Sí NO Trombosis venosa Sí NO Infertilidad Sí NO

Gineco - Obstétricos:

FUR Intervalo intergenésico meses Hipertensión arterial

Gestas Hijos muertos antes durante el embarazo Sí NO

Partos del 1er mes de vida Sí NO Enfermedad Trofoblástica Sí NO

Abortos Hijos con trastornos Enfermedad Pélvica

Cesárea genéticos Sí NO Inflamatoria Sí NO

Óbitos Hemorragias obstétricas Sí NO Otros _____

Ectópico No. de compañeros sexuales

Captación para Planificación Familiar APEO Intervalo ECMAC

Exámenes

Papanicolaou previo normal: Sí NO

Toma de Papanicolaou actual Fecha ___/___/___ Resultado normal: Sí NO

Auto examen de mamas: Sí NO

Examen VIH realizado Sí NO

Examen Físico General: FC: _____ FR: _____ P/A : _____ Peso en Kg: _____

Talla: _____ Índice de Masa Corporal _____

Cardiopulmonar:

Examen de mamas:

Abdomen: _____

Ginecológico: _____

Miembros inferiores: _____

Sospecha de maltrato:

¿Quién o quienes participaron en la decisión de utilizar un método anticonceptivo?

El marido (esposo o compañero) ambos un familiar ella misma

Si fue ella misma: ¿Su marido está de acuerdo? Sí NO

Observe a la usuaria y marque: Poco Comunicativa Sí NO Lesiones físicas Sí NO

Expresa espontáneamente maltrato Sí NO

Avalúo: (Comente a cuál categoría de elegibilidad médica corresponde el método seleccionado por la usuaria)

Planes:

Visitas Subsecuentes

En las visitas subsecuentes, cualquier alteración clínica encontrada o el cambio de método, además de ser anotada en este cuadro amerita ser comentada en una nota clínica que se registre en el expediente.						
Fecha (día, mes y año)						
Edad						
Peso						
Índice de masa corporal						
Presión arterial						
¿Tiene algún factor de riesgo reproductivo? SÍ /NO						
Método anticonceptivo que usa actualmente						
¿Existen reacciones adversas o efectos no deseados del método anticonceptivo? SÍ /NO						
¿Hay cambio de método en esta visita? SÍ /NO						
Consejería en PF y protección dual						
Fecha de próxima visita						
Nombre de quien brinda la atención						

Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción Pre y Post Test (Valor de 100 puntos)

Unidad de Salud: _____ Perfil profesional: _____

Nombres y apellidos: _____ Fecha: _____

1. Encierre en un círculo la respuesta a la pregunta: ¿Qué actividades se deben realizar durante la primer consulta de planificación familiar? (25 puntos)
 - a. Historia clínica completa
 - b. Examen físico completo
 - c. Toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou)
 - d. Verificar que la usuaria no está embarazada
 - e. Valorar el riesgo reproductivo
 - f. Indicar exámenes de rutina
 - g. Todas las anteriores

2. Mencione 2 reacciones adversas de los hormonales inyectables de 3 meses (acetato de medroxiprogesterona) que se deben considerar como signos de alerta. (25 puntos)

3. Encierre en un círculo la respuesta de los enunciados referidos a las ventajas del uso del Dispositivo Intra-Uterino (DIU). (25 puntos)
 - a. Es muy eficaz y seguro
 - b. Su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo
 - c. Protección contra embarazo a largo plazo
 - d. Pocos efectos colaterales
 - e. Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada
 - f. Rápido retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpe su uso
 - g. Todas son correctas

4. Con relación a los criterios médicos de elegibilidad escriba “F” si es falso y “V” si es verdadero. (25 puntos)
 - a. Las dos primeras categorías brindan recomendaciones que apoyan la decisión de utilizar un método; y las dos últimas categorías, la tres y cuatro, orientan acerca de la no utilización de un método ante determinadas situaciones clínicas. _____
 - b. La categoría 1, indica que se puede usar el método en cualquier circunstancia. _____
 - c. La categoría 2, indica en qué condiciones clínicas se puede usar el método, aunque no sea de primera elección. _____
 - d. La categoría 3, indica las condiciones clínicas en las cuales no se debe usar el método. En estos casos, el uso del método no se recomienda, a menos que no se disponga de otro método más apropiado, o que los métodos disponibles no sean aceptables. _____
 - e. La categoría 4, indica las condiciones clínicas en las cuales no se debe usar el método. _____

2.3 Nota técnica: Métodos anticonceptivos y los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción

Criterios médicos de elegibilidad para prescribir métodos anticonceptivos

La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo; con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluye el derecho que tienen todas las personas, al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

Con la intención de contribuir con la prevención de embarazos de riesgo y embarazos no deseados, a fin de incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal, el personal de salud orienta a los usuarios, de manera tal que puedan seleccionar el método anticonceptivo más apropiado a sus necesidades y circunstancias, con base en las guías para la planificación familiar basadas en la evidencia, denominadas las cuatro piedras angulares de la orientación en planificación familiar, que fueron diseñadas por la organización mundial de la salud (OMS) en 1999. Estas guías las tomó en consideración el Ministerio de Salud (MINSa), al elaborar la norma de planificación familiar, que es de cumplimiento obligatorio para la atención de hombres y mujeres en edad fértil.

Los criterios de elegibilidad médica para orientar el uso de métodos anticonceptivos, constituyen la primera de las cuatro piedras angulares¹, ya que proveen orientación acerca de si las personas que padecen determinadas afecciones médicas pueden usar determinados métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz.

Los criterios de elegibilidad recomendados por la OMS, proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a los usuarios, contra potenciales efectos adversos de los anticonceptivos. Ha sido elaborada para proporcionar una guía basada en evidencia, se han clasificado en categorías y recomendamos las dos primeras para la decisión clínica de usar un método².

Tabla 10: Criterios médicos de elegibilidad clínica para la prescripción de métodos anticonceptivos²

Sistema simplificado en 2 categorías

Categoría de la OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el método	
3	Generalmente no se recomienda el uso del método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados, o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se debe usar el método; busque otra alternativa
4	No debe usar el método	

Fuente: Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSa; mayo 2008.

Tres herramientas que facilitan el uso de los criterios de elegibilidad médica (disco OMS para determinar elegibilidad médica de anticonceptivos; guía rápida para la atención en planificación familiar; y nota clínica para la atención de usuarias captadas en el servicio de PF), pueden servir a los proveedores de salud, para: asistir a las usuarias en su elección de un método de planificación familiar, apoyar su uso eficaz y resolver los problemas, con base en las siguientes consideraciones:

- *Casi cualquier persona puede utilizar casi cualquier método con seguridad y la mayoría de los métodos son en general sencillos.*
- *Muchas veces los usuarios nuevos consultan con un método ya en mente y, en general, esa es la mejor opción para ellos. A pesar de haber una amplia gama de métodos seguros, las decisiones de planificación familiar se deberían tomar teniendo en cuenta los propósitos y preferencias del usuario. Para encontrar y utilizar el método más adecuado, el usuario necesita buena información y, a menudo, también precisa que lo ayuden a considerar las distintas opciones.*
- *Los métodos de planificación familiar pueden ser efectivos cuando se los administra de manera apropiada. Como sucede con las píldoras y los condones, algunos métodos exigen la acción consciente del usuario para su mejor efectividad. Frecuentemente, la ayuda y apoyo del personal de salud pueden hacer una gran diferencia, por ejemplo, hablar de los posibles efectos colaterales. Algunos métodos requieren que el proveedor realice correctamente procedimientos, tales como la esterilización o inserción del DIU.*
- *Para los usuarios subsecuentes que presentan problemas o reparos, el apoyo y la ayuda del personal de salud resultan vitales¹.*

Métodos anticonceptivos ofertados en el MINSA y los criterios para su prescripción

La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, los hijos. Su aplicación está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad, sin importar sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales.

Ningún método anticonceptivo es totalmente seguro, ni se puede considerar mejor que otro, dado que cada uno tiene sus indicaciones y se deberá elegir el que sea más idóneo para cada circunstancia, para facilitar una mejor salud sexual. La eficacia teórica de cada método aumenta considerablemente, si se usa correctamente.

De acuerdo a los resultados de la Endesa 2006/2007, a nivel centroamericano, Costa Rica ocupa el primer lugar en el uso actual de métodos anticonceptivos, seguido de Nicaragua, El Salvador, Honduras, Belice y Guatemala. *En Nicaragua, la prevalencia del uso de métodos anticonceptivos en las mujeres casadas o en unión estable se ha incrementado en 23 puntos en un período de 15 años, pasando de 49% de uso en los años 1992-1993 hasta alcanzar el 72% en el año 2006. Los métodos predominantes en las mujeres, independientemente de su estado conyugal, menos las solteras, son la esterilización femenina, la inyección y la píldora, éstos representan el 85% del uso total.³*

Principios generales para la selección del método anticonceptivo²

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de la usuaria y usuario orientado por médicos especialistas, médicos generales, recursos de enfermería, entrenados y capacitado en la indicación y aplicación de métodos anticonceptivos.

- *Usuarialo que desea espaciar los embarazos*
- *Usuariala que presenta factores de riesgo reproductivo*
- *Usuariala con una condición especial: joven adolescente, anticoncepción de emergencia, postparto y en la perimenopausia*

- Usuaria que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.

Actividades a realizar durante la primera consulta:

- Historia clínica completa*
- Interrogatorio
- Examen físico completo que incluya toma de la presión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).
- Toma de muestra para cultivos de exudados vaginales o uretrales.

Tabla 11: Métodos de planificación familiar que ofrece el Ministerio de Salud (MINSA)

Métodos de planificación familiar	Para la mujer	Para el hombre	Situaciones especiales
Temporales	Naturales como el ritmo, MELA, Collar	Naturales como la abstinencia	Adolescencia
	Mecánicos como el DIU Hormonales como la píldora, inyección mensual e inyección trimestral	De barrera como el condón	Después de un evento obstétrico (parto, aborto, cesárea, mola, embarazo ectópico)
Permanentes	Oclusión tubárica bilateral (OTB)	Vasectomía	Anticoncepción de emergencia Perimenopausia

Nota: Adaptación de la tabla sobre “clasificación de métodos anticonceptivos” en: Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Normativa – 002. Managua, Nicaragua: MINSA; mayo 2008.

A continuación se presentan, en términos generales, los métodos anticonceptivos que se ofrecen en el MINSA, incluyendo los criterios médicos de elegibilidad para su prescripción.

Métodos naturales¹

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario. Ninguna condición médica es impedimento para el uso de estos métodos; pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz.

Tenga precaución** con los métodos basados en el calendario, si los ciclos menstruales recién se han iniciado o se han vuelto menos frecuentes debido a la edad.

Postergue el comienzo de los métodos basados en el calendario, en las siguientes situaciones:

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (Postergue hasta que la mujer haya tenido un mínimo de 3 menstruaciones y éstas se hayan regulado otra vez. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice con precaución por algunos meses.)
- Ha tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (postergue hasta el inicio de su próxima menstruación.)

* Con apoyo de USAID /HCI las unidades de salud diseñaron una nota clínica de PF, que actualmente es de uso generalizado en unidades de salud del MINSA y las CMP.

** Demora significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular, se debe postergar hasta que la condición de la usuaria sea evaluada o corregida. Ofrezca a la usuaria otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en el calendario.

- Sangrado vaginal irregular.

...Postergue o tenga cautela con los métodos basados en el calendario, en las siguientes situaciones:

- La ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tricíclicos, o tetracíclicos), uso prolongado de ciertos antibióticos, o uso prolongado de cualquier antiinflamatorio no esteroideo (como aspirina, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

Método de amenorrea de la lactancia¹

Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad.

El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere de 3 condiciones:

1. La madre no ha vuelto a menstruar.
2. El bebé está siendo alimentado a pecho exclusivo o casi exclusivo y, con frecuencia durante el día y la noche.
3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad.

Todas las mujeres que amamantan pueden usar MELA de forma segura, pero en las siguientes situaciones tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- Estén infectadas con VIH, incluyendo SIDA.
- Estén recibiendo determinada medicación durante la lactancia (incluyendo medicamentos que afectan el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anticoagulantes)
- Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación con pecho (incluyendo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, que no pueden digerir alimentos normalmente, o tienen malformaciones en la boca, mandíbula o paladar).

Método de barrera²

Condón o preservativo*

Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros. Tiene la función de cubrir el pene erecto durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto si presentan una reacción alérgica severa al látex.

Eficacia anticonceptiva: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%, usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso, (una de cada 8 mujeres).

Debido a que las relaciones sexuales no protegidas exponen a las personas al riesgo de embarazos no deseados o no planeados, así como a contraer infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y Sida, la promoción del uso del condón masculino ha sido una intervención fundamental, a nivel mundial, en las estrategias de los programas de salud.

Es el único método anticonceptivo que brinda protección dual, es decir, su uso permite simultáneamente, prevenir embarazos e infecciones de transmisión sexual-incluido el VIH.

* En este inciso sobre el condón, se brinda información médicamente precisa, la cual incluye los beneficios de salud pública y las tasas de fallas de dicho uso; ésta es válida toda vez que se mencione este método en este documento.

Por qué usar un condón

- Previene el embarazo y las infecciones de transmisión sexual.
- Se puede utilizar conjuntamente con otro método anticonceptivo, excepto el condón femenino.
- Los condones no tienen ningún efecto secundario.
- Los condones son fáciles de usar.

Método mecánico ¹

Dispositivo intrauterino (DIU, T de cobre)

El DIU es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico, que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos. Casi todas las mujeres pueden utilizar DIU de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- *Hayan tenido hijos o no*
- *No estén casadas*
- *Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años*
- *Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)*
- *Estén amamantando*
- *Realicen trabajo físico intenso*
- *Hayan tenido un embarazo ectópico*
- *Hayan tenido enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)*
- *Presenten infecciones vaginales*
- *Tengan anemia*
- *Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien*

La mujer puede comenzar a utilizar DIU:

- *Sin realizarse exámenes de ITS ni de VIH.*
- *Sin realizarse tamizaje de cáncer cervical (Papanicolaou) o un examen de mamas.*
- *Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio.*

En casos especiales, como los enunciados a continuación, el método no se recomienda. Sin embargo, si no hay otro método disponible, el proveedor debe evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar el DIU.

- *Entre 48 horas y 4 semanas después del parto*
- *Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)*
- *Cáncer ovárico en curso*
- *Está en muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia al momento de colocárselo*
- *Tiene SIDA y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente*

Métodos hormonales*¹

Hormonales orales combinados: *Microgynon (tableta)*

Son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer, y que administrados por vía oral, evitan el embarazo.²

Casi todas las mujeres pueden utilizar gestágenos orales de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- *Hayan tenido hijos o no*
- *No estén casadas*
- *Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años*
- *Hayan tenido recientemente un aborto*
- *Fumen cigarrillos—si son menores de 35 años de edad*
- *Tengan o hayan tenido anemia*
- *Tengan várices*
- *Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral*

La mujer puede comenzar a utilizar gestágenos orales:

- *Sin realizarse un examen pélvico, tamizaje de cáncer cervical (Papanicolaou) o un examen de mamas.*
- *Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio.*
- *Incluso sin que la mujer esté menstruando, si existe razonable certeza de que no está embarazada.*

En casos especiales, como los enunciados a continuación, el método no se recomienda. Sin embargo, si no hay otro método disponible, el proveedor debe evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer para la utilización de los gestágenos orales.

- *No amamantando y a menos de 3 semanas del parto.*
- *Fundamentalmente amamantando, entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.*
- *Edad 35 o más y fuma menos de 15 cigarrillos por día.*
- *Hipertensión (presión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg o presión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg).*
- *Hipertensión controlada, donde se pueda hacer una evaluación continua.*
- *Antecedentes de hipertensión (incluyendo hipertensión relacionada al embarazo).*
- *Cirrosis leve de hígado o antecedentes de ictericia durante el uso de AOC en el pasado.*
- *Patología de vesícula (en curso o en tratamiento médico).*
- *Edad 35 o más y tiene migraña sin aura.*
- *Menor de 35 y tiene episodios de migraña sin aura que aparecen o empeoran durante el uso de AOC.*

* Existen variedad de fórmulas con nombres comerciales para usuarios del sector privado o que tienen recursos económicos para adquirirlas según prescripción, las cuales ingresan al país con la debida autorización del Ministerio de Salud.

- Antecedentes de cáncer de mamas 5 años atrás, sin recidiva.
- En uso de barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona o rifampicina, debe brindarse un método de respaldo, ya que estos medicamentos reducen la eficacia de los AOC.
- Diabetes por más de 20 años o daño a las arterias, visión, riñones, o sistema nervioso por diabetes.
- Factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular (edad mayor, tabaco, diabetes e hipertensión)

Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)¹

Toda mujer puede utilizar PAE, segura y eficazmente, incluyendo aquellas mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua. Debido a la brevedad de su uso, para su utilización no es preciso recurrir a análisis ni exámenes, ni existen patologías médicas que puedan hacer que las PAE no sean seguras para la mujer.

Las PAE se pueden utilizar toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad de quedar embarazada. Por ejemplo, después de:

- Sexo forzado (violación) o coaccionado
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
 - Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió.
 - La pareja utilizó incorrectamente un método natural (omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles).
 - El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular.
 - La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.
 - El DIU se salió de sitio.
 - La mujer tiene 2 semanas o más de demora en la inyección trimestral, o más de 7 días de demora en la inyección mensual

Hormonales inyectables ^{2, 1}

Intramusculares hormonales combinados mensuales

Son anticonceptivos que contienen 2 hormonas (una progestina y un estrógeno) similares a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer, cuyo uso es intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes.

Eficacia: La eficacia es mayor al 99%; se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Presentación: Ampolla de 1 ml conteniendo 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol (Mesigyna/Norigynon)

Generalmente, todas las mujeres pueden utilizar inyectables mensuales de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no.
- No estén casadas.
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años.

- *Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo.*
- *Fumen cigarrillos, cualquiera sea la cantidad diaria, y sean menores de 35 años de edad.*
- *Fumen menos de 15 cigarrillos diarios y tengan más de 35 años de edad.*
- *Tengan o hayan tenido anemia en el pasado.*
- *Tengan várices.*
- *Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral.*

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables mensuales:

- *Sin realizarse un examen pélvico, tamizaje de cáncer cervical (Papanicolaou) o un examen de mamas.*
- *Sin ningún análisis de sangre ni ninguna otra rutina de laboratorio.*
- *Incluso, sin que la mujer esté menstruando, si existe razonable certeza de que no está embarazada.*

En casos especiales, como los enunciados a continuación, el método no se recomienda. Sin embargo, si no hay otro método disponible, el proveedor debe evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer para la utilización de los inyectables mensuales.

- *No está amamantando y hace menos de 3 semanas del parto.*
- *Amamantando primariamente entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.*
- *35 años de edad o más y fuma más de 15 cigarrillos por día.*
- *Hipertensión (presión sistólica entre 140 y 159 mm Hg o presión diastólica entre 90 y 99 mm Hg).*
- *Presión arterial controlada, en los lugares donde es posible una evaluación continua.*
- *Antecedentes de hipertensión (incluyendo hipertensión inducida por el embarazo).*
- *Enfermedad hepática severa, infección, o tumor hepático.*
- *35 años o más y tiene migrañas (jaquecas) sin aura.*
- *Menor de 35 años y tiene migrañas (jaquecas) que aparecieron o empeoraron mientras usaba inyectables mensuales.*
- *Tuvo cáncer de mama hace más de 5 años y no ha recidivado.*
- *Diabetes durante más de 20 años o daño arterial, de la visión, renal o del sistema nervioso por diabetes.*
- *Factores de riesgo múltiples para patología cardiovascular arterial (edad más avanzada, tabaco, diabetes e hipertensión).*

Intramusculares hormonales con progestágenos de depósito trimestrales²

Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

Tipos y presentación: frascos que contienen un solo progestágeno sintético de depósito:

Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg. en frasco - ampula de 1 ml. con suspensión acuosa microcristalina (Depo-provera).

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables trimestrales de manera segura y eficaz, incluyendo mujeres que:

- *Hayan tenido hijos o no*
- *No estén casadas*
- *De cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años*
- *Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo*
- *Fumen cigarrillos, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen*
- *Estén amamantando (comenzando a las 6 semanas después del parto)*
- *Estén infectadas con VIH, estando o no en terapia antirretroviral*

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables trimestrales:

- *Sin realizarse un examen pélvico, tamizaje de cáncer cervical (Papanicolaou) o un examen de mamas.*
- *Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio.*
- *Incluso sin que la mujer esté menstruando, si existe razonable certeza de que no está embarazada.*

En casos especiales, como los enunciados a continuación, el método no se recomienda. Sin embargo, si no hay otro método disponible, el proveedor debe evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer para la utilización de los inyectables trimestrales.

- *Está amamantando y pasaron menos de 6 semanas desde el parto.*
- *Hipertensión severa (sistólica de 160 mm Hg o más alta, o diastólica de 100 mm Hg o más).*
- *Coágulo de sangre en venas profundas de piernas o pulmones.*
- *Antecedentes de cardiopatía o cardiopatía isquémica actual.*
- *Antecedentes de accidente CV.*
- *Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, tales como diabetes e hipertensión.*
- *Sangrado vaginal inexplicado previo a evaluación por posibles afecciones graves subyacentes.*
- *Se le diagnosticó cáncer de mamas hace más de 5 años atrás y no le ha vuelto a aparecer.*
- *Diabetes por más de 20 años o daño a las arterias, a la vista, riñones o sistema nervioso por diabetes.*
- *Patología hepática severa, infección, o tumor hepático.*

Métodos Permanentes²

Oclusión Tubárica Bilateral (OTB, esterilización quirúrgica voluntaria femenina, minilap, corte y ligadura tubárica, tubectomía)

Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer, es un método muy eficaz, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

El proveedor que brinda la consejería debe:

Estar atento a las circunstancias que inducen a la usuaria a tomar esta decisión, puede estar mal informada o tomar decisiones que podría lamentar más adelante.²

Por ejemplo:

- Mujeres jóvenes
- Mujeres con pocos hijos
- Unión inestable
- Presión de parte del compañero u otras personas para que se someta a una esterilización
- Decisión apresurada
- Decisión en una situación de estrés (tomada inmediatamente después de un parto o un aborto)
- Conflictos religiosos respecto a la anticoncepción quirúrgica
- Metas en la vida que se limitan al hogar y la familia

La mujer se puede someter a esterilización femenina:¹

- Sin hacerse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina.
- Sin someterse a pesquisa de cáncer cervical.
- Aún cuando no esté teniendo su menstruación en este momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Vasectomía (esterilización quirúrgica voluntaria masculina)

Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que se puede realizar como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva².

Con el debido asesoramiento y consentimiento informado, todos los hombres se pueden hacer una vasectomía de manera segura, incluyendo a los hombres que¹:

- No tienen hijos o tienen pocos hijos
- No están casados
- No tienen el permiso de su esposa
- Son jóvenes
- Tienen anemia falciforme
- Tienen riesgo de infección con VIH u otra ITS
- Están infectados con VIH, estén o no en tratamiento antirretroviral

En algunas de estas situaciones es especialmente importante hacer un asesoramiento cuidadoso para asegurarse que el hombre no lamentará su decisión.

Los hombres se pueden hacer la vasectomía:

- Sin análisis de sangre ni pruebas de laboratorio de rutina.
- Sin control de presión arterial.
- Sin una prueba de hemoglobina.
- Sin control del colesterol o de la funcionalidad hepática.
- Aún cuando no se pueda efectuar un espermatograma posteriormente, para ver si el semen contiene espermatozoides.

Referencias bibliográficas:

- 1 Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. 2007 [acceso el 20 de noviembre de 2011]. Disponible en: www.fphandbook.org
- 2 Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Políticas%20P%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/NORMA%20Y%20PROTOCOLO%20PF.pdf>
- 3 Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Informe final. Nicaragua: INIDE; junio 2008. [acceso el 17 de Febrero 2012]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>

Criterios Médicos de Elegibilidad para la Prescripción de un Método Anticonceptivo

Diapositiva 1

¿Para qué nos sirven los criterios médicos de elegibilidad?

Los criterios médicos de elegibilidad proveen orientación acerca de si las personas que padecen determinadas afecciones médicas pueden usar determinados métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz.

Proporcionan una guía basada en evidencia.

Proporcionan un adecuado margen de seguridad para proteger a los usuarios contra potenciales efectos adversos de los anticonceptivos.

Diapositiva 2

Criterios de elegibilidad médica recomendada por la OMS

Criterio 1 : Una condición por la cual no hay restricción para el uso de MAC.

Criterio 2: Una condición donde la ventaja de usar el método usualmente es mayor que los riesgos teóricos o probados.

Criterio 3: Una condición donde el riesgo teórico o probado es usualmente mayor que el beneficio de usar el método.

Criterio 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si el MAC es usado.

Diapositiva 3

Criterios médicos de elegibilidad clínica para la prescripción de métodos anticonceptivos

Sistema simplificado en 2 categorías

Categoría de la OMS	Con decisión clínica	Con decisión clínica limitada En donde NO se dispone de personal con juicio clínico (médicos o enfermeras), las cuatro categorías pueden simplificarse en dos categorías
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente se puede usar el Método	
3	Generalmente no se recomienda el uso del Método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables	No se debe usar el método; buscar otra alternativa
4	No se debe usar el Método	

Fuente: Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; mayo 2008.

Diapositiva 4

Actividades a realizar durante la primera consulta

- Historia clínica completa
- Interrogatorio
- Examen físico completo
- Toma de muestras para cultivo de exudados vaginales o uretrales

Diapositiva 7

Métodos de planificación familiar que ofrece el MINSA

Método de Planificación Familiar	Para la Mujer	Para el hombre	Situaciones especiales
Temporales	Naturales como el ritmo, MELA y Collar	Naturales como la abstinencia	- Adolescencia - Después de un evento obstétrico (parto, aborto, cesárea, mola, embarazo ectópico) - Anticoncepción de emergencia - Perimenopausia
	Mecánicos como el DIU	De barrera como el condón	
	Hormonales como la pildora, inyección mensual e inyección trimestral		
Permanentes	Oclusión Tubárica Bilateral	Vasectomía	

Nota: Adaptación de la tabla sobre "Clasificación de métodos anticonceptivos" en: Ministerio de Salud. Normas y Protocolo de Planificación Familiar. Normativa- 002. Managua, Nicaragua: MINSA; mayo 2008

Diapositiva 8

Método Collar del Ciclo o Días Fijos



Permite a las parejas espaciar sus embarazos de forma natural o a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de las relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días

Diapositiva 1



Es un collar de perlas de colores, que representa el ciclo menstrual de la mujer; ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección.

Eficacia: 95%

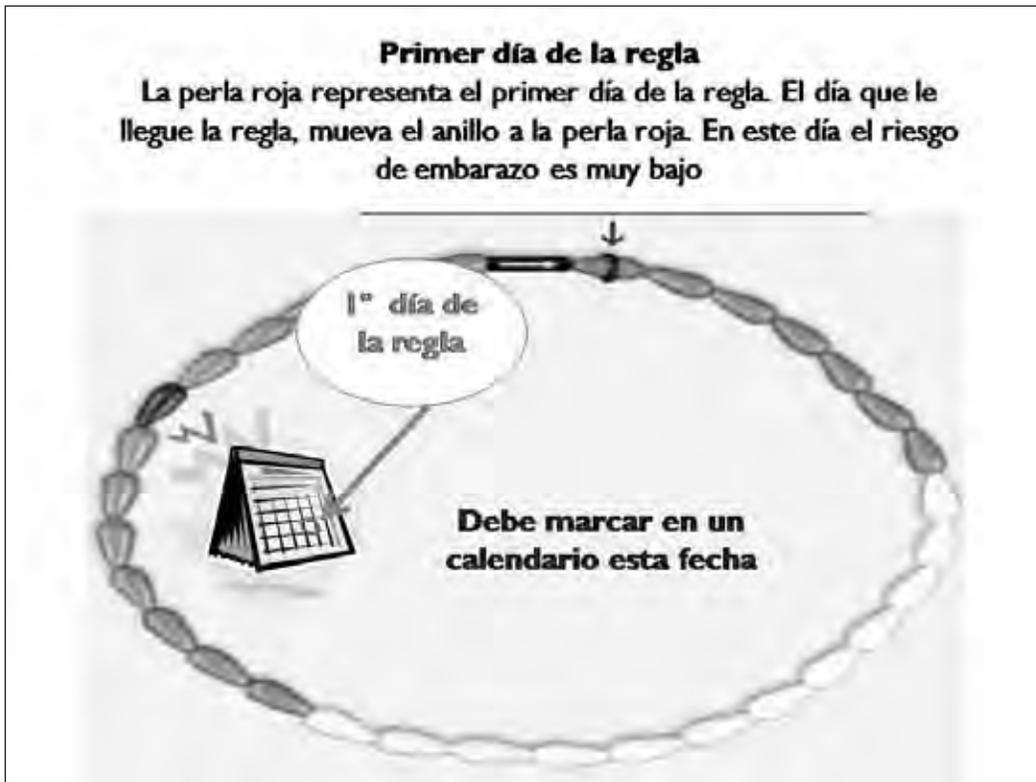
Diapositiva 2



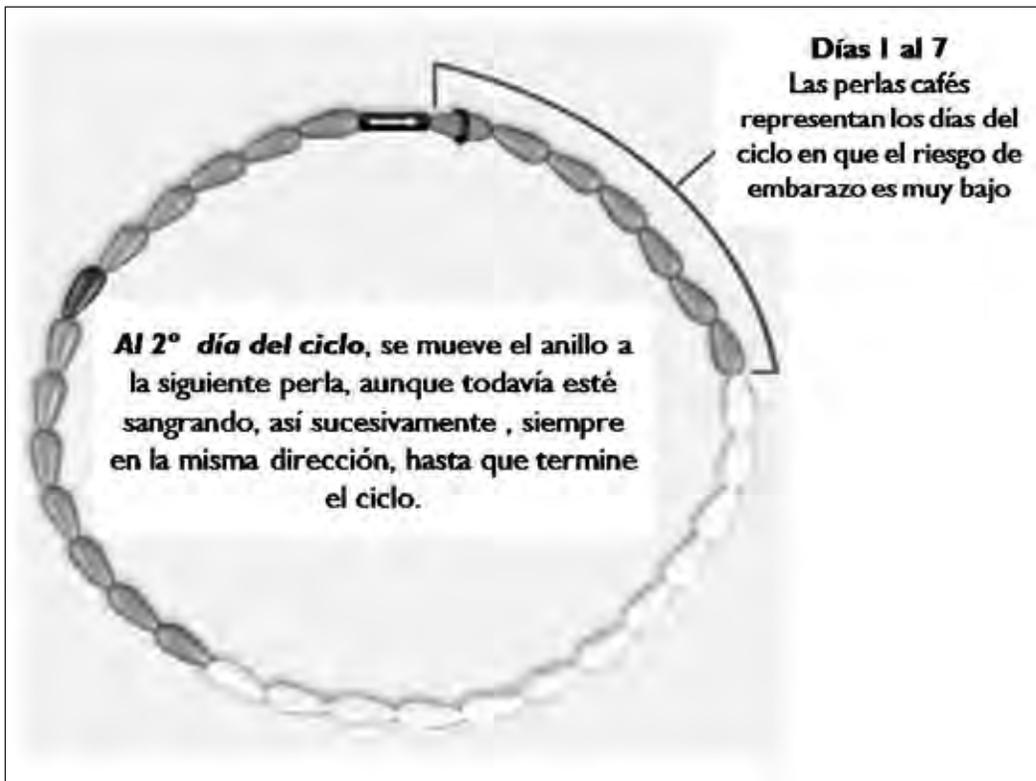
Diapositiva 3



Diapositiva 4



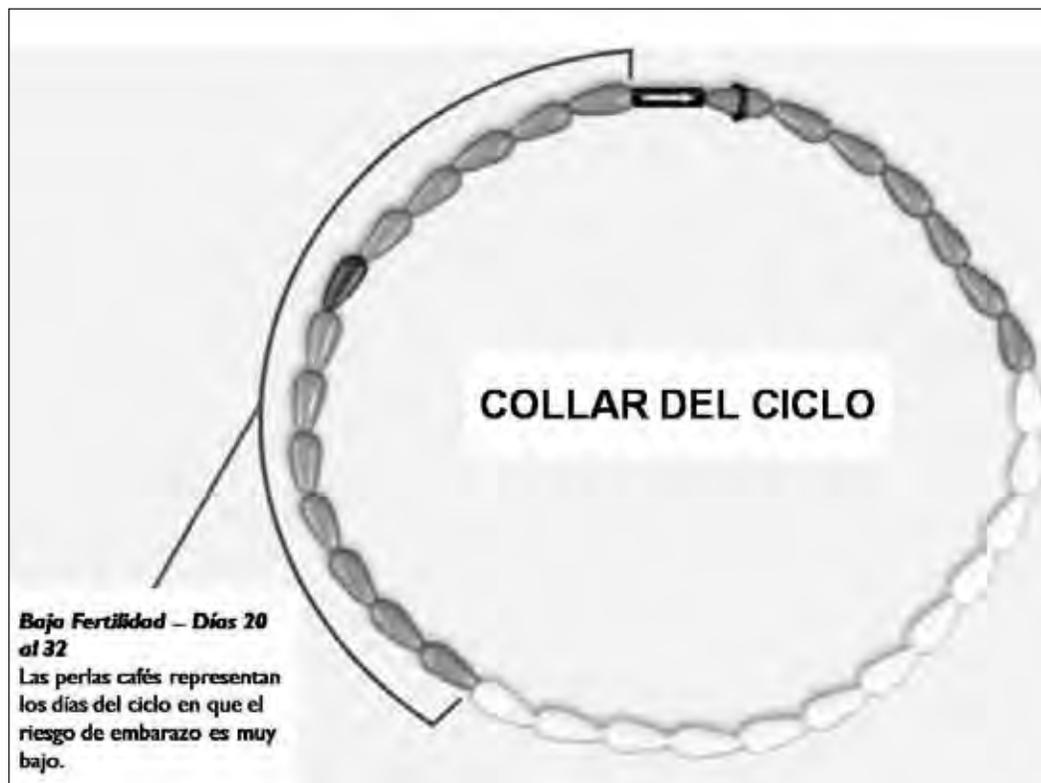
Diapositiva 5



Diapositiva 6



Diapositiva 7



Diapositiva 8

Perla café oscuro
Sirve para indicar si la mujer tiene ciclos más cortos de 26 días. Si su regla llega antes de poner el anillo en esta perla, quiere decir que su ciclo es más corto de 26 días.

Si esto ocurre más de una vez en el año, el collar no es apropiado para usted.

A diagram of a circular menstrual ring composed of 26 pearls. One pearl is highlighted in a dark brown color, representing a short cycle. An arrow points to this pearl from the left. The ring has a small black clasp at the top.

Diapositiva 9

**Final del ciclo –
Días 27 al 32**
El día en que se inicia su regla, mueva de nuevo el anillo a la perla roja. Muévelo aunque aún le queden perlas por pasar. El proceso comienza de nuevo.

A diagram of a circular menstrual ring composed of 26 pearls. One pearl is highlighted in a red color, representing the end of the cycle. A bracket on the left side of the ring indicates the position of this pearl. The ring has a small black clasp at the top.

Diapositiva 10

Última cuenta – Día 32

Si su regla no llega al día siguiente de poner el anillo en la última cuenta marrón, su ciclo es mayor de 32 días. Si esto ocurre más de una vez al año, el collar no es apropiado para usted.



Diapositiva 11



RECUERDE

Además del collar, se debe utilizar un calendario para anotación del primer día de sangrado de cada ciclo menstrual y una tarjeta con instrucciones para el mejor uso del método.



Diapositiva 12

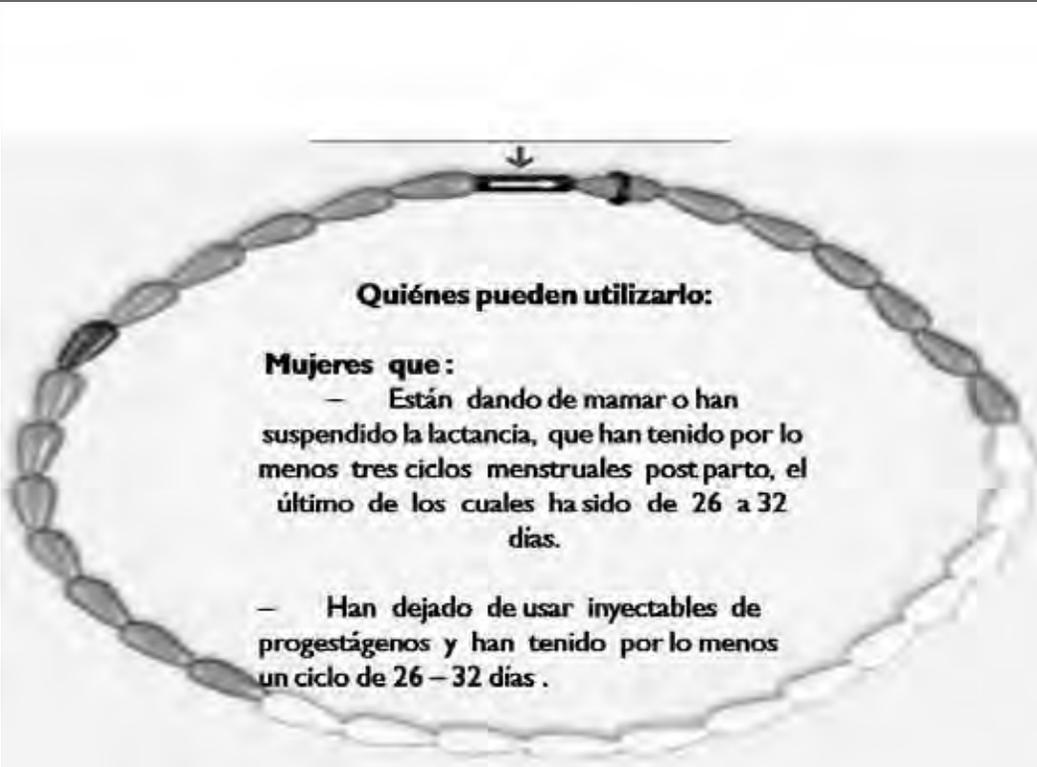


Quiénes pueden utilizarlo:

Mujeres :

- Con categoría I de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.
- Con ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración.

Diapositiva 13

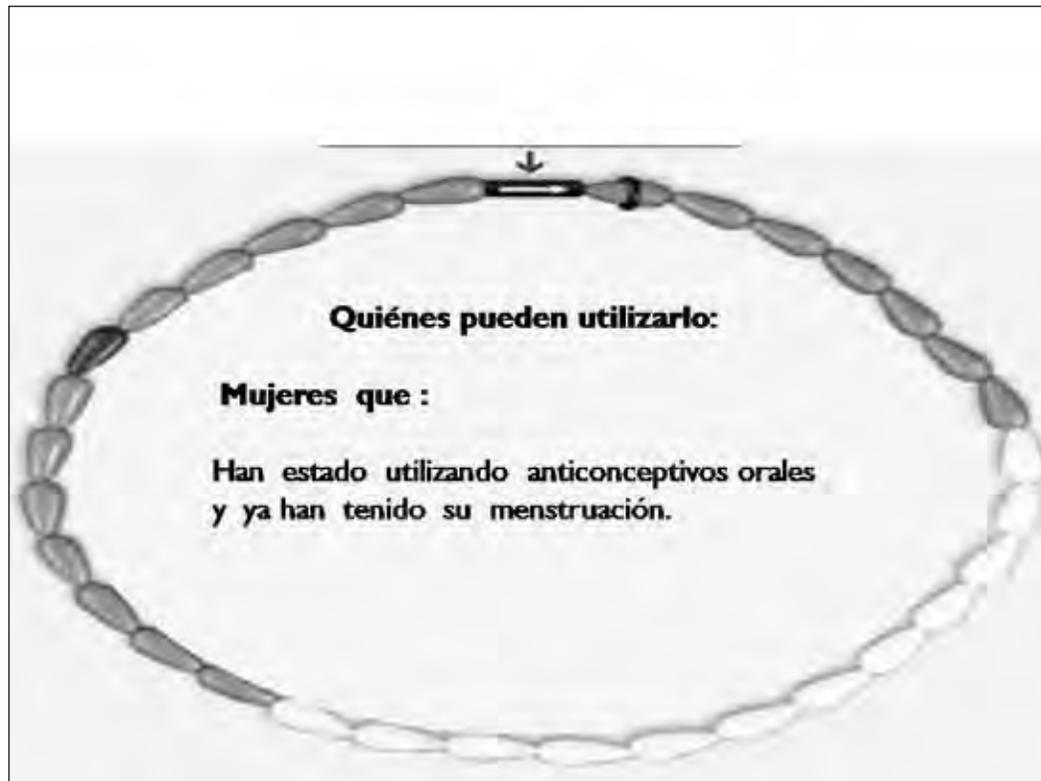


Quiénes pueden utilizarlo:

Mujeres que :

- Están dando de mamar o han suspendido la lactancia, que han tenido por lo menos tres ciclos menstruales post parto, el último de los cuales ha sido de 26 a 32 días.
- Han dejado de usar inyectables de progestágenos y han tenido por lo menos un ciclo de 26 - 32 días .

Diapositiva 14



Diapositiva 15

Ventajas y desventajas del método del collar

Ventajas	Desventajas
No requiere supervisión médica.	No se debe ofrecer a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección (Días de perlas blancas).
No necesita tratamientos adicionales ni procedimientos quirúrgicos.	No se debe ofrecer a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos).
Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.	No protege contra las ITS y el VIH/Sida.
Le ayuda a conocer cómo funciona su fecundidad.	

Diapositiva 16

Lista de preguntas de verificación para el método del collar

Preguntas que debe realizar el proveedor a la usuaria	SÍ	NO
¿Sus ciclos menstruales han durado entre 26 y 32 días?		
¿Su ciclo menstrual más reciente duró entre 26 y 32 días?		
¿Aun ambos quieren evitar un embarazo por el momento?		
¿Puede la pareja evitar relaciones sexuales sin protección durante los días en que ella podría quedar embarazada (días de perlas blancas)?		
¿Están ambos libres de riesgo de ITS /VIH/Sida?		
¿Están ambos satisfechos con el método y quieren seguir usándolo?		
¿Puede la pareja utilizar el collar del ciclo correctamente?		

Si contesta NO a cualquiera de estas preguntas, se refiere a un recurso a nivel de mayor resolución; para su valoración se pospone la entrega del método hasta después de una valoración por la persona de mayor nivel de resolución posible.

Diapositiva 17

Método de lactancia amenorrea (MELA)

Ministerio de Salud, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Nicaragua: MINSA, agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.mspia.org.ni/publicaciones/1316/13167676334/Ministerio%20de%20Salud%20de%20Nicaragua/MORPLAN2007%20PROJOCOLC%20F.pdf>

Diapositiva 1

Método de lactancia amenorrea (MELA)

Definición: Se trata de aprovechar el periodo de lactancia para producir una anticoncepción natural. Esta infecundidad es ocasionada por la supresión hormonal de la ovulación.

Eficacia : 90%

Forma de uso:

- El lactante debe tener menos de 6 meses.
- Lactancia materna exclusiva, sin agregar ningún alimento sólido o líquido, estímulo de la succión constante e intenso, es decir, que el niño mame a libre demanda; recomendar que al menos mame siete veces al día y una vez por la noche.
- No se debe presentar ningún periodo menstrual durante ese tiempo

Diapositiva 2

Procedimientos para la prescripción del MELA

- Brindar consejería.
- Realizar historia clínica completa, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes.
- Ofrecer a la usuaria un plegable que contenga las instrucciones el uso correcto del MELA.
- Recomendar la combinación de otro método en caso de presentarse un sangrado menstrual.

No se conocen efectos colaterales
atribuibles a este método

Diapositiva 3

Ventajas para el uso del MELA

Previene el embarazo.

Proporciona mejor nutrición al bebé.

Ayuda a la retracción uterina.

Previene el cáncer de mama y de ovario.

Proporciona satisfacción emocional a la madre.

Fortalece el vínculo entre la madre y el niño.

No tiene costo económico alguno.

Tiene ventajas ecológicas.

Contribuye a la disminución de la morbilidad hasta en un 22%, si se implementa en la primera hora después del parto.

Diapositiva 4

Criterios de elegibilidad médica para el uso del MELA

Todas las mujeres que amamantan pueden usar MELA de forma segura, pero en las siguientes situaciones conviene considerar otros métodos anticonceptivos:

- Estén infectadas con VIH incluyendo sida.
- Estén recibiendo determinada medicación, incluyendo medicamentos tales como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litios y algunos anticoagulantes.
- Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación con pecho.

Diapositiva 5






Método de barrera, condón o preservativo

Ministerio de Salud, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Nicaragua, MINSA, agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012].
 Disponible en:
<http://www.unfpa.org.ni/publicaciones/Políticas%20y%20Estrategias%20de%20Planificación%20Familiar/NORMAS%20Y%20PROTOS%20OC%20C%202008.pdf>

Diapositiva 1




Método de barrera, condón o preservativo

- **Definición:** Es un método anticonceptivo temporal, conocido también como preservativo profiláctico, gomas o forros.
- **Función:** Cubrir el pene erecto durante la relación sexual; recoge el semen y no permite que el espermatozoides del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.
- **Eficacia:** Brinda protección anticonceptiva del 70 al 90%; usado en forma correcta tiene una tasa de fallo de 14 embarazos por 100 mujeres en el primer año de uso (una de cada 8 mujeres).
- **Presentación:** Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

Diapositiva 2

Criterios de elegibilidad médica donde no se debe usar el método

Buscar otra alternativa

Diapositiva 3

CATEGORÍA 3:

No usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o que el método disponible no sea aceptado

- Alergia o hipersensibilidad al látex (plástico) o al espermicida



- Parejas para las cuales el embarazo puede representar un serio riesgo para la salud de la mujer.



Diapositiva 4

CRITERIO 4: No se debe usar el método

- Cuando un miembro de la pareja no está de acuerdo con el método.



- Hombres que están en incapacidad para cumplir con su uso cuando lo necesiten.
- Cuando la anticoncepción debe ser altamente segura y eficaz, ya sea porque se trata de mujeres con alto riesgo reproductivo y en las que se presentase un embarazo, éste será de alto riesgo obstétrico o hay contraindicación de un embarazo por patologías agregadas (diabetes, cardiopatía) que pone en peligro su vida.



Diapositiva 5

Cómo usar el condón

- Ubicar el condón en la punta del pene presionando la tetilla entre los dedos y dejando un centímetro libre, sin aire, para recoger el semen.
- Desenrollarlo con el pene erecto, antes de la relación sexual, hasta llegar a la base del pene, sin dejar arrugas en el preservativo.
- Después de la eyaculación, mantener el borde del condón contra la base del pene y retirarlo suavemente de la vagina antes de perder la erección y así prevenir que se derrame el semen.
- Retirar cuidadosamente el condón del pene.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.



Diapositiva 6

Ventajas	Desventajas
Es desechable y de bajo costo.	Interfiere con la espontaneidad del coito.
Ofrece protección contra algunas enfermedades de transmisión sexual.	No se recomienda guardarlos en billeteras durante más de un mes.
Estimula la participación masculina en la anticoncepción.	Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual.
En hombres con dificultad para mantener la erección, el borde del condón tiene un ligero efecto de tomiquete, lo cual lo ayudará a superar este problema.	En algunos casos reduce la sensibilidad del pene.
Los condones lubricados pueden reducir la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina.	Si no se utiliza correctamente, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH.
	Un condón no lubricado, tiene mayor probabilidad de romperse dentro de la vagina, si no hay una adecuada lubricación vaginal.

Diapositiva 7

Signos de alerta

- Ruptura
- Deslizamiento del condón que queda en la vagina, antes del retiro del pene, con derrame de semen en vagina.



A cartoon illustration showing a man on the left looking distressed with his hands raised. On the right, a character shaped like a condom, wearing a mask and a striped shirt, holds a handgun pointed at the man. The condom character has a mischievous expression.

Diapositiva 8

Conducta a seguir en caso de complicaciones



- Reforzar la consejería.
- Si hay intolerancia al látex, cambiar de tipo de preservativo o cambio a otro método.
- Para evitar la interferencia en la actividad sexual, instruir a la pareja para su participación en la técnica de colocación.
- Recurrir a la anticoncepción de emergencia.

Diapositiva 9

Dispositivo Intra Uterino (DIU)

Ministerio de Salud, Norma y Protocolo de Planificación Familiar Nicaragua MINSA, agosto 2008. [actualizado el 26 de enero 2012].
Disponido en:
<http://www.unfpa.org/nipublico/Políticas%20y%20Prácticas%20de%20Legislación%20de%20NICARAGUA%20y%20PROYECTO%20de%20Ley.pdf>

Diapositiva 1

Dispositivo Intra Uterino DIU

Definición:

Es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hecho de metal y plástico que impide el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

Efectividad anticonceptiva: 97 al 98%

Tasa de fallo: de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso

Duración de la protección anticonceptiva:

10 años desde el momento de la inserción



Diapositiva 2

Mecanismo de acción del DIU T de Cobre

- Al liberar cobre, actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.
- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterino inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

Diapositiva 3

Criterios de elegibilidad médica donde no se debe usar el método

Buscar otra alternativa

Diapositiva 4

CATEGORÍA 3:

No usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o que el método disponible no sea aceptado

- Enfermedad trofoblástica benigna.
- Cáncer ovárico.
- Infecciones de transmisión sexual: riesgo individual aumentado de Infección de Transmisión Sexual.
- Sin antirretroviral o no se siente bien en terapia antirretroviral.
- Tuberculosis identificada como pélvica(continuación).

Diapositiva 5

CATEGORÍA 4: No se debe usar el método

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Post parto o post cesárea: en caso de sepsis puerperal.
- Post aborto: inmediatamente después de un aborto séptico.
- Anormalidades anatómicas que distorsionan la cavidad uterina.
- Útero pequeño, histerometría menor de 6 cm.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, antes del diagnóstico.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Cáncer cervical, en espera de tratamiento(inicio).
- Cáncer de endometrio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.

Diapositiva 6

Lineamientos generales para la prescripción del DIU

Se debe brindar consejería pre y post inserción del DIU, mencionando:

- Posibles efectos colaterales
- Posibles complicaciones y su manejo
- La importancia del seguimiento

Debe ser insertado por personal capacitado, aplicando las técnicas para el periodo intergenésico y para DIU post evento obstétrico.

Diapositiva 7

Ventajas y desventajas del uso del DIU

Ventajas	Desventajas
Ayuda a proteger el riesgo de un embarazo. Previene hasta en un 97 al 98%.	Debe ser colocado por un proveedor específicamente entrenado.
Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.	No previene las infecciones de transmisión sexual.
Puede ayudar a proteger contra: Cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)	En los primeros 3 a 6 meses pueden provocar calambres y dolor durante la menstruación.

Diapositiva 8

Ventajas y desventajas del uso del DIU

Ventajas	Desventajas
Retorno de la fertilidad tras la remoción del DIU: Sin demora	Puede aparecer enfermedad inflamatoria pélvica (EIP), si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU.
Funciona durante 10 años.	
Una vez insertado, no supone más costos.	

Diapositiva 9

Métodos hormonales orales combinados

Ministerio de Salud, Norma y Protocolo de Planificación Familiar, Nicaragua: MINSU, agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012].
Disponido en:
<http://www.unfpa.org/nipublicos/Políticas%20y%20Ablicas%20y%20Legisla%C3%B3n/NORMAS%20Y%20PROCEDIMIENTOS%20148>

Diapositiva 1

Métodos hormonales orales combinados

Definición: Píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas (una progestina y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer, que administrados por vía oral, evitan el embarazo.

Eficacia: 97 al 99%



Presentación: sobre de 21 y 28 tabletas

Forma de administración: En la presentación de 21 tabletas, se ingiere una tableta diaria, iniciando el primer día del ciclo menstrual, o dentro de los primeros cinco días. Los ciclos subsecuentes se deben iniciar al concluir los 7 días de descanso del ciclo, independientemente de si se presenta la menstruación o no.

Diapositiva 2

Métodos hormonales orales combinados

Nombres de marcas comunes :

Lo – Femenal: 0.03 mg etinil estradiol y 0.3 mg norgestrel

Microgynon : 0.03 mg etinil estradiol y 0.15 mg levo norgestrel

Neogynon : 0.05 mg etinil estradiol y 0.25 mg levo norgestrel



Diapositiva 3

Procedimientos para la prescripción

- Brindar consejería.
- Detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre, seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas.
- Realizar historia clínica completa, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes.
- Instruir sobre el uso adecuado de la tableta, tomarlas diariamente, sin interrupción y siempre a la misma hora.
- No es requisito absoluto el examen pélvico, para prescripción del método.

Diapositiva 4

Efectos adversos que son signos de alerta

- Dolor abdominal intenso
- Dolor torácico intenso
- Disnea
- Cefalea intensa
- Migraña severa
- Visión borrosa

- Fosfenos
- Acúfenos
- Ceguera
- Dolor de miembros inferiores
- Ictericia

Diapositiva 5

Ventajas y Desventajas

Ventajas	Desventajas
Eficaces, seguros.	No se pueden utilizar durante la lactancia.
Fáciles de usar, reversibles.	Se requiere un suministro periódico de píldoras, y estricta ingestión diaria.
Uso independiente del coito .	No protegen contra las ITS y el VIH.
Dan mayor tranquilidad a la usuaria, al eliminar el riesgo de embarazo.	Alteración del metabolismo de los lípidos, según dosis.
No interfieren con la relación sexual.	Alteración del mecanismo de la coagulación provocado principalmente por el estrógeno.
Pocos efectos colaterales.	
Pueden interrumpirse con facilidad.	
Pueden ser proporcionados por personal no médico.	
Regularizan los ciclos menstruales.	
Rápido retorno de la fertilidad.	

Diapositiva 6

Criterios de elegibilidad médica donde no se debe usar el método

Buscar otra alternativa

Diapositiva 7

CATEGORÍA 3:

No se recomienda el método a menos que no haya otros métodos disponibles o que el método disponible no es aceptado

- Edad avanzada, mayor de 40 años, sobre todo si se combina con hábito de fumar, en estos casos utilizar GO de dosis bajas.
- Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto).
- En los primeros 21 días postparto en mujeres no lactantes.
- Mujer que fuma menos de 15 cigarrillos al día.
- Alteraciones neurológicas: cefalea migrañosa en edad mayor de 35 años.
- Cáncer de mama anterior y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.

Diapositiva 8

CATEGORÍA 4: No se debe usar el método

- Sospecha o confirmación de embarazo.
- Antes de 6 semanas postparto en mujeres lactantes.
- Mayores de 35 años y que fuman mas de 15 cigarrillos diarios (tabaquismo excesivo).
- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cardiopatía isquémica actual o antecedente.

Diapositiva 9

CATEGORÍA 4: No se debe usar el método

- Cáncer de mama actual, de endometrio, de ovario o cualquier otro tipo dependiente de estrógenos.
- Diabetes con complicaciones vasculares, neurológicas o renales. (nefropatía/retinopatía/ neuropatía)
- Diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis hepática severa (descompensada).
- Tumores del hígado, benignos o malignos.

Diapositiva 10

Hormonales inyectables

Mensuales y trimestrales

Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua. MINSA; agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012].
Disponible en:
<http://minsa.unfpa.org/nip/publica/Políticas%20P%C3%A1namicas%20y%20Estrategias%203n%20NORPLA%20P%20BIO%20C%20C%20L%20O%20E%20F%20>

Diapositiva 1

Hormonales inyectables combinados mensuales

– **Definición:**

Anticonceptivos que contienen 2 hormonas (una progestina y un estrógeno) similares a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer.

– **Vía de Aplicación:** Intramuscular y con efecto anticonceptivo de un mes

– **Eficacia:** La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

– **Presentación:** Ampolla de 1 ml conteniendo 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol

– **Nombres comerciales:** Mesigyna/Norigynon

Diapositiva 2

Lineamientos generales para la prescripción

- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna vía de aplicación intramuscular en región glútea.
- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando esté razonablemente segura de que no está embarazada.
- En postparto y postcesárea después de 3 semanas, si no está lactando.
- En lactancia: Si está lactando y tiene más de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.
- En post parto o post cesárea: Después de 3 semanas si no está lactando.

Diapositiva 3

Efectos adversos que son signos de alerta

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none">- Dolor abdominal intenso- Dolor torácico intenso- Disnea- Cefalea intensa- Migraña severa- Visión borrosa | <ul style="list-style-type: none">- Fosfenos- Acúfenos- Ceguera- Dolor de miembros inferiores- Ictericia |
|---|--|

Diapositiva 4

Ventajas y Desventajas

Ventajas	Desventajas
Su uso es independiente de la relación sexual.	No se puede usar durante la lactancia.
No afecta la función gastrointestinal.	Puede causar aumento de peso.
Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas.	Se debe administrar una inyección intramuscular, lo que para algunas mujeres no es deseable.
Es reversible.	No protege contra las ITS ni contra el sida.
Su uso es privado.	Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada.
Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación.	
Pueden ser administrados por personal no médico.	

Diapositiva 5

Criterios de elegibilidad médica donde no se debe usar el método

Buscar otra alternativa

Diapositiva 6

CATEGORÍA 3:

No se recomienda el método a menos que no haya otros métodos disponibles o que el método disponible no es aceptado

- Edad avanzada, mayor de 40 años, sobre todo si se combina con hábito de fumar, en estos casos utilizar GO de dosis bajas.
- Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses posparto).
- En los primeros 21 días post parto en mujeres no lactantes.
- Mujer que fuma menos de 15 cigarrillos al día.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea migrañosa en edad mayor de 35 años.
- Cáncer de mama anterior y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.

Diapositiva 7

CATEGORÍA 4: No debe usarse el método

- Sospecha o confirmación de embarazo.
- Antes de 6 semanas postparto en mujeres lactantes.
- Mayores de 35 años y que fuman más de 15 cigarrillos diarios (tabaquismo excesivo).
- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cardiopatía isquémica actual o antecedente.

Diapositiva 8

CATEGORÍA 4: No debe usarse el método

- Cáncer de mama actual, de endometrio, de ovario o cualquier otro tipo dependiente de estrógenos.
- Diabetes con complicaciones vasculares, neurológicas o renales (nefropatía/retinopatía/ neuropatía).
- Diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis hepática severa (descompensada).
- Tumores del hígado, benignos o malignos.

Diapositiva 9

Hormonales inyectables sólo con progestágenos de depósito trimestrales

Definición:

Este anticonceptivo inyectable contiene una sustancia esteroidea de progestágenos sola, que administrada por vía intramuscular, evita el embarazo durante tres o dos meses, con gran efectividad, de depósito, son reversibles y de uso privado.

Eficacia:

La eficacia es mayor al 99%, se reporta tasa de fallo de un embarazo por cada 333 mujeres que lo usan durante un año.

Diapositiva 10

Hormonales inyectables sólo con progestágenos de depósito trimestrales

Tipo y presentación:

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:
Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg en frasco-ampolla de 1 ml con suspensión acuosa microcristalina

Nombre comercial:

Depo-provera

11

Diapositiva 11

CATEGORÍA 3:

No se recomienda el método a menos que no haya otros métodos disponibles o que el método disponible no es aceptado

- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Hipertensión: Niveles elevados de presión arterial, sistólica mayor de 160 y diastólica mayor de 100 mm/Hg, enfermedad cardiovascular.
- Diabetes con Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía, o diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Cardiopatía isquémica actual.

11

Diapositiva 12

CATEGORÍA 4: No debe usarse el método

- Mujeres fumadoras o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4 semanas.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.
- Mujeres que deseen embarazarse en un periodo menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

11

Diapositiva 13

Forma de administración

Administración de inicio:

- **En intervalo:** La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del período menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada
- **En Amenorrea:** Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada

En el post parto o post cesárea

- **Si está lactando,** aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento
- **Si no está lactando,** a los 7 días del nacimiento o de inmediato

En el post aborto: De inmediato o dentro de los primeros 7 días

11

Diapositiva 14

Administraciones subsiguientes

- Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse para la DMPA cada tres meses, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.
- La nueva inyección se puede administrar hasta dos semanas antes o después de la fecha prevista para el DMPA.
- Inyección tardía: Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de DMPA, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no está embarazada.
- No se necesita un tiempo de descanso, y se pueden usar por todo el tiempo que la usuaria lo desee.

11

Diapositiva 15

Ventajas	
Ofrece privacidad a la usuaria (no requiere suministros en la casa).	Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual.
Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio.	No reduce la producción y el volumen de leche materna.
Mejoran la anemia.	Mejora la dismenorrea.
Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida.	No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático.
Su uso durante el embarazo no diagnosticado, no causa malformaciones congénitas.	Mejora la endometriosis.
Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical.	Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que no contiene estrógeno.
	No causa malformaciones al feto.

Diapositiva 16

Desventajas
Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea, sangrado o manchas irregulares.
En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).
Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso.
La fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después de interrupción del método.
No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al VIH/Sida, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales.

Diapositiva 17

Efectos adversos que son signos de alerta
<ul style="list-style-type: none"> — La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por períodos de tres meses o más; otras tienen sangrado irregular o manchado, o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual. — El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea (*). — Hay una leve disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y los hidratos de carbono, por lo cual deben ser vigilados en las mujeres con riesgo a intolerancia a la glucosa o que ya la tienen.
<p>(*). Tener en cuenta los criterios diagnósticos de osteopenia u osteoporosis para continuar su uso.</p>

Diapositiva 18

Efectos adversos que son signos de alerta

Otros efectos adversos son:

- Cefalea, mastalgia, depresión, aumento de peso moderado.
- Disminución de la libido.
- Mareos.
- Reacción alérgica ocasional.

Diapositiva 19

Esterilización Quirúrgica Voluntaria (EQV)

Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)

Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua. MINSA, agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012].
Disponible en:
<http://www.unfpa.org/nipublicaciones/Políticas%20P%20M%20y%20L%20Legal%203%20Un/NORMAS%20Y%20PROT%20OC%20C%20F.pdf>

Diapositiva 1

Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)

Definición:

Es un método anticonceptivo, quirúrgico, para suprimir en forma permanente la capacidad reproductiva de la mujer.

Consiste en la oclusión bilateral de las trompas de Falopio con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse, impidiendo así la fecundación.

Eficacia:

Brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.

La tasa de falla es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso.

Diapositiva 2

CATEGORÍA 1: Usar el método en cualquier circunstancia

- Mujeres que tienen algún problema de salud que constituye una contraindicación a un embarazo futuro o la utilización de otros métodos de planificación familiar.
- Mujeres en las cuales un embarazo representa un riesgo inaceptable para su salud.
- Mujeres en postparto, transcesárea, post aborto, en intervalo inter genésico.
- Sin cirugía previa.
- Mujeres sin tumoraciones pélvicas

Diapositiva 3

CATEGORÍA 2: Generalmente usar el método

- Anemia severa, anemia drepanocítica.
- Problemas respiratorios crónicos.
- Epilepsia y toma anticonvulsivantes (carbamazepina, barbitúricos).
- Diabetes con enfermedad vascular.
- Hipertiroidismo.
- Cirrosis hepática leve, tumores hepáticos.
- Enfermedad renal.
- Desnutrición grave.
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria no activa.

Diapositiva 4

**Criterios de elegibilidad médica donde no se
debe usar el método**

Buscar otra alternativa

Diapositiva 5

CATEGORÍA 3:

No se recomienda el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables

- *Discrasias sanguíneas* no controladas
- Trastornos de la coagulación
- *Obesidad marcada* (peso mayor de 80 kg)
- *Enfermedad cardíaca* sintomática
- No debe efectuarse esterilización a una mujer puerpera si hubo:
 - Sepsis puerperal
 - Ruptura prolongada de membranas
 - Hipertensión
 - Hemorragia anteparto o postparto
 - Traumatismo severo del tracto genital
 - Psicosis post parto
 - Recién Nacido en condiciones inciertas de salud
 - Aborto séptico reciente
 - Hemorragia post aborto severa

Diapositiva 6

CATEGORÍA 4: No debe usarse el método

- *Enfermedad inflamatoria pélvica* activa
- Embarazo o sospecha de embarazo
- Mujeres sin consentimiento voluntario e informado por escrito
- Tumor pélvico sin diagnóstico conocido
- Falta de movilidad uterina (adherencias)
- En el postparto o transcesárea cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia

Diapositiva 7

Esterilización Quirúrgica Voluntaria Masculina (Vasectomía)



Diapositiva 1

La vasectomía

Método permanente de planificación familiar, para el hombre, que consiste en la interrupción del paso de los espermatozoides, mediante el corte u oclusión de los conductos deferentes.

La mayoría de los hombres puede tener una vasectomía en cualquier momento.

Sin embargo, es posible que tenga que esperar si:

- Tiene problemas en los genitales, tales como infecciones, hinchazón, lesiones, nódulos en el pene o el escroto.
- Tiene otra enfermedad grave o infección.



Diapositiva 2

Indicaciones	Contraindicaciones
<ul style="list-style-type: none"> - Fecundidad satisfecha - Esposa con alto riesgo reproductivo - Seguridad de no desear querer tener más hijos 	<ul style="list-style-type: none"> - Hernia escrotal - Hidrocele o varicocele - Infecciones genitales severas

Diapositiva 3

Antes que el usuario tome la decisión

Hablemos sobre:

- Métodos temporales disponibles
- La vasectomía es un procedimiento quirúrgico
- Tiene riesgos y beneficios
- Impide tener más hijos
- Permanente, se debe considerar con cuidado
- Debe firmar consentimiento informado
- En cualquier momento usted puede decidir no tener el procedimiento



*¿Está listo para tomar una decisión?
¿Desea obtener más información acerca del procedimiento?*



Diapositiva 4

<u>Ventajas</u>	<u>Desventajas</u>
<ul style="list-style-type: none"> - Costo y duración mínimos - Pareja no se preocupa por la anticoncepción - No tiene efectos secundarios - Seguro y eficaz - No interrumpe el acto sexual 	<ul style="list-style-type: none"> - Produce molestias luego de la intervención - No es eficaz de inmediato - Debe usar preservativo durante las primeras 20 eyaculaciones o los primeros 3 meses postquirúrgicos - Difícil de revertir; permanente - No protege contra ITS

Diapositiva 5

Razones de naturaleza médica por las que debería regresar

Venga inmediatamente si:

- Tiene hinchazón en las primeras horas después de la cirugía.
- Fiebre en los primeros 3 días.
- Pus o sangrado en la herida quirúrgica.
- Dolor, calor o enrojecimiento en la herida quirúrgica.



Un usuario satisfecho es el mejor promotor.

Diapositiva 6

3. Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local

3.1 Diseño metodológico

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el fortalecimiento de las competencias técnicas en el personal médico que realiza esterilización quirúrgica femenina voluntaria:

- Verifica que la usuaria cumpla con los requisitos necesarios para la realización del procedimiento (criterios clínicos, exámenes de laboratorio y consentimiento informado).
- Brinda a la usuaria que solicitó el método, consejería específica acerca del procedimiento de esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local (carácter permanente del método, forma de realización, orientación pre, trans y post operatoria).
- Orienta al equipo (ayudante y circular) sobre el rol que deben desempeñar durante la realización del procedimiento.
- Verifica en la sala de operaciones las condiciones materiales requeridas para la realización del procedimiento.
- Aplica correctamente la técnica de anestesia local específica para el procedimiento.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el entrenamiento, los participantes serán capaces de:

- Verificar que la usuaria, cumpla con los requisitos necesarios para la realización del procedimiento (criterios clínicos, exámenes de laboratorio y consentimiento informado).
- Brindar a la usuaria que solicitó el método, consejería específica acerca del procedimiento de esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local (carácter permanente del método, forma de realización, orientación pre, trans y post operatoria).
- Orientar al equipo (ayudante y circular) sobre el rol que deben desempeñar durante la realización del procedimiento.
- Verificar en la sala de operaciones las condiciones materiales requeridas para la realización del procedimiento.
- Aplicar correctamente a una usuaria la técnica de anestesia local específica para el procedimiento.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>1. Exposición dialogada sobre esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local, abordando los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Requisitos para la realización de procedimiento: criterios clínicos, exámenes de laboratorio y consentimiento informado - Consejería específica acerca de la esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local - Rol que deben desempeñar los miembros del equipo durante la realización del procedimiento - Condiciones materiales requeridas en la sala de operaciones 	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point • Lista de verificación para ejercicio de simulación • Nota técnica • Presentaciones en power point • Todos los recursos humanos y materiales requeridos para la realización del procedimiento.
<p>2. Ejercicio de simulación abarcando los siguientes pasos: revisión de expediente clínico, consejería, orientación al equipo y verificación de condiciones materiales.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El facilitador formará grupos de 3 integrantes cada uno. - Cada integrante debe desempeñar el rol que le corresponde en cada paso. - Los integrantes deben consultar la nota técnica para prepararse sobre el rol que desempeñarán. - Si se forman 2 grupos la simulación se realizará de forma consecutiva. Cuando un grupo simula, el otro observa utilizando una lista de verificación. - Cuando se formen más de 2 grupos, la simulación se realizará de forma simultánea. Al finalizar, el grupo se autoevaluará aplicando la misma lista de verificación. - En plenario, el facilitador promoverá la retroalimentación a los integrantes de los grupos y aclarará las dudas surgidas. 	60 min	
<p>3. Exposición dialogada sobre la esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local, abordando los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posicionamiento de la usuaria en la camilla quirúrgica - Aplicación de la técnica de infiltración del anestésico local en el área operatoria, según sea usuaria de intervalo o de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) - Realización del procedimiento quirúrgico utilizando la técnica de Pomeroy simple 	60 min	

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>4. Demostración del procedimiento por parte del facilitador en puesto de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación al equipo sobre el rol a desempeñar. - Verificación de las condiciones materiales requeridas en la sala de operaciones. - Revisión del expediente clínico, verificando cumplimiento de requisitos. - Consejería a una usuaria (carácter permanente del método, forma de realización, orientación pre, trans y post operatoria). - Posicionamiento de la usuaria en la camilla quirúrgica. - Aplicación de la técnica de infiltración del anestésico local en el área operatoria, según sea usuaria de intervalo o de anticoncepción post evento obstétrico (APEO). - Realización del procedimiento quirúrgico utilizando la técnica de Pomeroy simple. - Valoración y orientación a la usuaria en el post quirúrgico, para su egreso de la unidad de salud. 	<p>45 min</p> <p>45 min</p>	
<p>5. Demostración del procedimiento en el puesto de trabajo, por parte de cada médico en entrenamiento, con ayuda del facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientación al equipo sobre el rol a desempeñar. - Verificación de las condiciones materiales requeridas en la sala de operaciones. - Revisión del expediente clínico, verificando cumplimiento de requisitos. - Consejería a una usuaria (carácter permanente del método, forma de realización, orientación pre, trans y post operatoria). - Posicionamiento de la usuaria en la camilla quirúrgica. - Aplicación de la técnica de infiltración del anestésico local en el área operatoria, según sea usuaria de intervalo o de anticoncepción post evento obstétrico (APEO). - Realización del procedimiento quirúrgico utilizando la técnica de Pomeroy simple. - Valoración y orientación a la usuaria en el post quirúrgico, para su egreso de la unidad de salud. 	<p>45 min</p> <p>45 min</p>	

Indicaciones organizativas

- Para realizar el control del participante, el facilitador llevará un registro por cada uno, en los diferentes momentos del entrenamiento.
 - Después de cada exposición dialogada, el facilitador recomendará la lectura individual o en grupos, de la nota técnica correspondiente al tema de estudio.
 - El entrenamiento se podría realizar en una sesión que abarque el estudio de los contenidos teóricos y a continuación varias sesiones para las demostraciones en el puesto de trabajo, dependiendo del número de participantes.
 - Cada sesión en el puesto de trabajo es para el médico en entrenamiento y su equipo. Para ello debe asegurarse lo siguiente:
 - El facilitador efectuará un primer procedimiento y supervisará los 8 procedimientos que son necesarios para cumplir los requisitos del entrenamiento.
 - El participante junto con el facilitador elaborarán la programación, cuidando que se realice el 50% a usuarias de intervalo y el otro 50% a usuarias de APEO.
 - El entrenamiento de cada participante se dará por concluido, una vez que haya completado los requisitos establecidos.
-

3.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Lista de chequeo para simulación de actividades previas a la realización de OTB con la técnica de anestesia local

Esta lista de chequeo permite, durante el ejercicio de simulación, evaluar las destrezas de los participantes, en la revisión de expediente clínico, la consejería, la orientación al equipo y la verificación de condiciones materiales para realizar la OTB con la técnica de anestesia local.

La lista está compuesta de una tabla que consta de 4 columnas: la primera columna indica los ítems a evaluar y, en las siguientes 3 columnas a la derecha, se debe anotar la calificación obtenida en cada uno de los ítems, utilizando las letras según se indica a continuación:

- S** (Satisfactorio) Cuando el participante cumple, de forma correcta y completa, lo indicado en el ítem, de conformidad con las pautas o el procedimiento estándar.
- I** (Insatisfactorio) Cuando el participante cumple de forma incorrecta e incompleta lo indicado en el ítem.
- N/R** (No Realizado) Cuando el participante no realizó lo indicado en el ítem.

Instrucciones generales:

- Explique a los participantes del grupo el objetivo de la aplicación de la lista de chequeo y cómo se utiliza este instrumento.
- Para iniciar el ejercicio de simulación, un participante simulará la revisión de expediente clínico, consejería, orientación al equipo y verificación de condiciones materiales para realizar la OTB con la técnica de anestesia local, y otro aplicará la lista de chequeo del procedimiento, al completar la simulación cambiarán de roles.
- Oriente a los participantes lo siguiente:
 - A medida que vayan realizando la simulación, deben explicar verbalmente y en detalle cada actividad.
 - Cuando estén listos para iniciar la simulación deben decirlo al observador.

Iniciales del participante: ____/____/____/____/

Fecha: ____/____/____/

Unidad de salud: _____

Facilitador u observador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, dígame lo siguiente:

“Muy bien, prepárese para efectuar la revisión del expediente clínico. Por favor explique qué está haciendo en cada momento”.

A. Revisión de expediente clínico	Calificación		
	S	I	N/R
Anamnesis y examen físico completo			
Resultado del Papanicolaou o registro de la toma de muestra			
Registro de toma de muestra para cultivos, en caso de exudados vaginales o uretrales			
Resultados de examen general de orina, tipo y Rh, hematocrito			
Registro de verificación de que la mujer no está embarazada			
Registro de consejería y consentimiento informado firmado			

Facilitador u observador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, dígame lo siguiente:

“Muy bien, inicie la consejería. Por favor explique los puntos a abordar y haga saber cuando haya finalizado el procedimiento”.

B. Consejería	Calificación		
	S	I	N/R
Carácter permanente de la OTB, señalando opciones y alternativas anticonceptivas disponibles			
Ventajas del uso de la anestesia local, explicando que sólo se aplicará en el área donde se va a operar			
La necesidad de la colaboración por parte de la usuaria			
Posibles molestias y duración aproximada del procedimiento quirúrgico			
Efectos posteriores inmediatos y riesgos mínimos de complicaciones o de fracaso			
Indicaciones pre operatorias			

Facilitador u observador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, dígame lo siguiente:

“Muy bien, ahora que ha brindado la consejería, por favor oriente al equipo sobre el rol que debe desempeñar cada uno de los miembros y haga saber cuando haya finalizado el procedimiento”.

C. Orientación a los miembros del equipo	Calificación		
	S	I	N/R
Actividades a desempeñar por la enfermera o auxiliar de enfermería consejera			
Actividades a desempeñar por el médico que realizará la cirugía			
Actividades a desempeñar por la enfermera o auxiliar de enfermería asistente instrumentista			

Facilitador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, dígame lo siguiente:

“Muy bien, ahora que ha concluido con las orientaciones al equipo, por favor verifique las condiciones materiales y haga saber cuando haya finalizado el procedimiento”.

D. Verificación de condiciones materiales	Calificación		
	S	I	N/R
Sala de operaciones o quirófano para procedimientos ambulatorios			
Mesa quirúrgica que facilite la posición de Trendelenburg			
Perneras ginecológicas			
Mesa de Mayo vestida para instrumentar			
Lámpara que posibilite cambios de posición			
Ropa quirúrgica para el personal			
Maleta quirúrgica estéril con su instrumental			

3.3 Nota Técnica: Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local

Generalidades

A pesar de la disponibilidad de métodos anticonceptivos, los embarazos no deseados siguen siendo un problema de salud pública, por lo que, en aras de fortalecer las diferentes intervenciones para incidir en la morbi mortalidad materna y peri natal, el MINSA ha realizado una serie de ajustes al Plan Nacional de Reducción de Mortalidad Materna y Perinatal, que incluyen el garantizar que el 100% de mujeres en edad fértil (MEF) atendidas por un evento obstétrico, reciban consejería sobre planificación familiar, asegurando al mismo tiempo el abastecimiento de los diferentes métodos anticonceptivos, con énfasis en métodos de largo plazo, principalmente a mujeres mayores de 34 años y grandes multigestas.*

El dispositivo intrauterino T de Cobre y la esterilización quirúrgica femenina voluntaria, son métodos de largo plazo disponibles en el MINSA, para usuarias de planificación familiar de intervalo y de anticoncepción post evento obstétrico (APEO).

La esterilización quirúrgica femenina voluntaria, conocida como oclusión tubárica bilateral (OTB), es un método permanente de gran aceptación en Nicaragua, por lo que se han fortalecido las competencias de médicos especialistas y enfermeras, para la realización de procedimientos con la técnica de anestesia local, con el propósito de superar limitaciones de estructura y organización de los servicios, en unidades de salud donde existe insatisfacción de la demanda para este método.

La OTB puede llevarse a cabo por diferentes técnicas, siendo la Minilaparotomía (Minilap) con anestesia local, la que ofrece mayores ventajas, mínimos requerimientos de equipo y personal, menores complicaciones y menores costos. *La anestesia local se usa con o sin sedación leve; es preferible a la anestesia general; y es más segura que la anestesia general, raquídea, o epidural¹.* Permite a la mujer a dejar la unidad de salud más temprano, ya que la recuperación es más rápida

El abordaje quirúrgico a través de una Minilap, se caracteriza por ser una técnica sencilla y de fácil aprendizaje, descrita por primera vez por Uchida en 1961, quién reportó una serie personal de más de 2000 esterilizaciones postparto realizadas en el Hospital Kanazawa de Japón en un período de 28 años. Posteriormente, Vitoon de Bangkok, en 1973 realizó este procedimiento bajo anestesia local².

Lineamientos generales y específicos para su prescripción²

La OTB con anestesia local debe ser siempre un procedimiento totalmente voluntario, por lo que el personal de salud garantizará que ninguna paciente sea sometida a ninguna forma de coerción abierta ni oculta. Una usuaria que elige la OTB con anestesia local, pero que tenga duda sobre su sentimiento acerca de la esterilidad, no es candidata adecuada para esta cirugía. En este caso, debe ofrecérsele métodos alternativos para evitar embarazos no deseados.

Requisitos para la realización del procedimiento

Criterios clínicos

Como en todos los métodos anticonceptivos, deben aplicarse los criterios de elegibilidad médica, para considerar las necesidades de salud y preferencias reproductivas de cada usuaria en forma individual. Hay que recordar que según la categoría 4: *No debe usarse el método³ en los siguientes casos:*

- *Enfermedad inflamatoria pélvica activa.*

* Según la Circular a Directores Generales de SILAIS de parte de la Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención del Ministerio de Salud. Ref-EBA-DGECA--04-10.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Mujeres que no den su consentimiento voluntario e informado por escrito.
- Tumor pélvico
- Falta de movilidad uterina (adherencia).
- En el post parto o trans cesárea, cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

La presencia de obesidad o historia de cirugía pélvica previa, así como alteraciones psiquiátricas, no son contraindicaciones absolutas para realizar el procedimiento con anestesia local, sin embargo, aumenta la dificultad técnica en su realización, por lo que es necesario valorarlas de acuerdo con la experiencia del cirujano.

Antes del procedimiento el personal de salud efectuará:

- a) Anamnesis y examen físico completo
- b) Toma de Papanicolaou
- c) Toma de muestra para cultivos, en caso de observar exudados vaginales o uretrales
- d) Exámenes de rutina para determinar tipo y Rh, hematocrito y descartar infección urinaria
- e) Verificación de que la mujer no está embarazada
- f) Consejería y firma del consentimiento informado

Las actividades enunciadas en b) y c) constituyen aspectos de la integralidad de atención, por lo que se efectuarán en caso de ser necesarias. En ningún momento deben constituir una barrera para la realización de una esterilización quirúrgica.

En cuanto a la consejería, la pareja o la usuaria que solicite la realización del procedimiento, deberá recibir información clara y completa sobre:

- La naturaleza permanente de la OTB, señalando opciones y alternativas anticonceptivas disponibles.
- Ventajas del uso de la anestesia local para realizar una cirugía ambulatoria, explicando que sólo se aplicará anestesia en el área donde se va a operar.
- La necesidad de su colaboración. Dado que está despierta y que la camilla se colocará en una posición inclinada, será necesario sujetar gentilmente los brazos y las piernas de la usuaria, para evitar que realice movimientos espontáneos hacia el área quirúrgica. Además, a solicitud del cirujano, la usuaria efectuará inspiraciones profundas sostenidas, a fin de movilizar las vísceras intra abdominales, permitiendo mejor visualización del área quirúrgica.
- Detalles sobre posibles molestias y duración aproximada del procedimiento quirúrgico.
- Los efectos posteriores inmediatos, así como los riesgos mínimos pero reales de complicaciones o de fracaso.
- Indicaciones pre operatorias.
- Firma del consentimiento informado. En Nicaragua no es necesaria la autorización de otra persona para la realización del procedimiento, la mujer puede tomar la decisión por sí misma, excepto en los casos en que está imposibilitada por razones de salud. *Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes puntos:*

I. También puede disponer de anticonceptivos transitorios⁴.

2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo. (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que la usuaria los pueda comprender.)
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir en contra del procedimiento, en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).

Las indicaciones preoperatorias específicas, son las siguientes:

- Usar otro anticonceptivo hasta el procedimiento.
- En lo posible usar prendas de vestir limpias y flojas al asistir al centro.
- Abstenerse de usar esmalte de uñas o alhajas.
- De ser posible, traer una amiga o pariente para ayudarla a irse a su casa más tarde.¹
- Dieta líquida durante el día previo a la intervención
- No tomar medicamentos 24 horas antes de la cirugía, salvo que sean indispensables
- Higiene corporal y llegar en ayunas el día del procedimiento
- Se aplicará a la usuaria un enema evacuante, 4 horas previas a la realización del procedimiento. Esto facilita la intervención, pero no es determinante para el procedimiento
- De ½ a 1 hora antes del procedimiento, se administrará por vía oral, como medicación preanestésica, 1 tableta de 10 mg. de Diazepán u otra Benzodiazepina, ingerida con la cantidad mínima de agua, para facilitar la deglución
- El vaciamiento vesical, es un paso necesario para evitar perforación vesical al momento de incidir el peritoneo; además, facilita el procedimiento quirúrgico. Con el fin de prevenir contaminación e infecciones de vías urinarias, se prefiere obviar el cateterismo vesical, y a cambio solicitar a la usuaria que miccione inmediatamente antes de subir a la mesa quirúrgica. En caso de que la usuaria tenga problemas de retención urinaria o manifieste una micción incompleta, se realizará el cateterismo, utilizando la técnica de asepsia y antisepsia correspondiente, para garantizar el vaciamiento vesical completo.
- La usuaria debe llegar a la mesa operatoria deambulando, acompañada por la circular de quirófano. Si tuviese algún impedimento físico, la movilización podrá auxiliarse mediante el uso de silla de ruedas. En lo posible, se evitará el uso de camilla.

Requerimientos para la realización del procedimiento

Personal capacitado

Para la realización del procedimiento, se requiere de personal capacitado en la técnica. El rol que debe desempeñar cada miembro del equipo, se describe a continuación:

- I. Enfermera o auxiliar de enfermería consejera (aunque la consejería puede ser brindada por cualquier miembro del equipo entrenado), que haga de circular durante el procedimiento quirúrgico.
 - Asegura el cumplimiento de los requisitos.

- Brinda la consejería, detallando de forma clara los aspectos del procedimiento en los que la usuaria debe prestar colaboración.
 - Brinda a la usuaria las indicaciones preoperatorias.
 - Revisa que en el expediente clínico se registren los requisitos y el cumplimiento de las indicaciones preoperatorias.
 - Revisa con el equipo, la presencia de condiciones materiales en sala de operaciones.
 - Asegura que la usuaria miccione antes de entrar a quirófano.
 - Asegura que la usuaria entre deambulando a la sala de operaciones.
 - Coloca adecuadamente a la usuaria en la camilla quirúrgica.
 - Está atenta a las necesidades de iluminación y de posición de la camilla quirúrgica, que solicita el cirujano.
 - Asegura que la usuaria salga deambulando por sus medios de la sala de operaciones.
 - Vigila la recuperación de la usuaria.
2. Ginecólogo, cirujano o médico general que realizará la cirugía:
- Idealmente debe brindar la consejería, con el propósito de establecer una buena comunicación desde la captación de la usuaria.
 - Revisa que en el expediente clínico se registren los requisitos y el cumplimiento de las indicaciones preoperatorias.
 - Revisa con el equipo, la presencia de condiciones materiales en sala de operaciones.
 - Mantiene comunicación activa con la usuaria durante todo el procedimiento, a fin de solicitar su colaboración.
 - Realiza el procedimiento con manipulación suave de los tejidos, utilizando correctamente los instrumentos. Dado que la usuaria está despierta, no se deben utilizar los dedos, ya que producen molestias.
 - Realiza la valoración post operatoria y da de alta a la usuaria.
3. Enfermera o auxiliar de enfermería asistente instrumentista
- Revisa con el equipo, la presencia de condiciones materiales en sala de operaciones.
 - Ayuda a colocar adecuadamente a la usuaria en la camilla quirúrgica.
 - Está atenta a las necesidades de instrumental y materiales, que solicita el cirujano.

Condiciones materiales requeridas en la sala de operaciones

Requerimientos de infraestructura, mobiliario y equipamiento

- Sala de operaciones o quirófano para procedimientos ambulatorios
- Mesa quirúrgica que facilite la posición de Trendelenburg
- PERNERAS ginecológicas
- Mesa de Mayo vestida para instrumentar
- Lámpara que posibilite cambios de posición

- Ropa quirúrgica para el personal (pijamas, mascarilla, gorro, botas)
- Como instrumental, se necesita una maleta quirúrgica estéril, que contenga:
 - Sábana abierta, con orificio de aproximadamente 20 cms. de diámetro
 - 3 batas quirúrgicas
 - 2 a 4 pares de guantes con numeración apropiada a los miembros del equipo
 - 1 recipiente metálico con capacidad de 30ml. para diluir la Xilocaína con agua bidestilada
 - 1 paquete de gasas, conteniendo 10 unidades estériles
 - 20 a 40 ml. de solución antiséptica (yodo povidona) para pintar el área quirúrgica
 - 1 pinza Forester
 - 1 frasco de Xilocaína sin epinefrina al 1% (10mg/ml) o al 2% (20mg/ml). Si solo hay al 2% podrá diluirse con agua bidestilada, en partes iguales
 - 1 jeringa de 10ml. con 2 agujas N°20
 - 1 mango de bisturí N° 10 ó 15
 - 1 hoja de bisturí N° 10 ó 15
 - 2 separadores “Farabeuf” o “Army and Navy”
 - 1 tijera “Metzenbaum” curva
 - 1 pinza de disección con dientes
 - 1 pinza de disección sin dientes
 - 2 pinzas “Babcock”
 - 2 pinzas hemostáticas “Kelly” curvas
 - 2 pinzas hemostáticas “Kelly” rectas
 - 1 porta agujas pequeño
 - 1 catgut N° 00 ó 1
 - 1 tijera Mayo curva

Realización del procedimiento

Posicionamiento de la usuaria en la camilla quirúrgica

En la camilla quirúrgica, se utilizarán las perneras para que la usuaria adopte una posición de revisión ginecológica. Utilizando venda de gasa, se fijarán piernas y manos, para evitar contaminación del equipo, si se da algún movimiento involuntario de la usuaria.

Para facilitar el procedimiento quirúrgico, la camilla se adecuará a la posición de Trendelenburg en 10 grados aproximadamente, facilitando el desplazamiento de las vísceras y epiplón hacia la parte proximal del cuerpo, dejando libre el hueco pélvico, para visualizar las trompas de Falopio. La posición de Trendelenburg, se regulará durante el procedimiento quirúrgico, de acuerdo con los requerimientos que el cirujano solicite.

Aplicación de la técnica de infiltración del anestésico local en el área operatoria, según sea usuaria de intervalo o de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Para que el procedimiento se pueda efectuar sin mayores molestias, el cirujano efectuará movimientos suaves y estará en constante comunicación con la usuaria, ya que ella se encuentra despierta y colaborará durante el procedimiento.

Previa asepsia y uso de solución antiséptica en región operatoria, se infiltra el sitio de incisión quirúrgica con una solución anestésica, tratando de lograr una distribución regular en piel-aponeurosis-músculo-región pre peritoneal en ángulos de 10°, 45° y 90° respectivamente.

La cantidad de anestesia necesaria varía entre 10 y 20 ml. Se realiza la infiltración de manera radiada, a medida que se va retirando la jeringa se infiltra la anestesia en diferentes puntos del área donde se practicará la incisión.

En usuarias de planificación familiar de intervalo el sitio para la incisión se localiza a 3 cm por arriba del pubis, transversal a la línea media y sobre ésta. En las puérperas, la incisión puede realizarse a nivel infraumbilical, en dependencia de la altura uterina.

Realización del procedimiento quirúrgico utilizando la técnica de Pomeroy simple

La incisión tendrá aproximadamente 2.5 a 4 cm de longitud, abarcando piel, sub dermis y tejido celular subcutáneo. Ampliar la incisión generalmente causa mayor dificultad técnica, pues los tejidos se cierran a los lados del separador.

Utilizando los separadores, se expone la fascia del músculo recto anterior. En la mayoría de los casos no es necesario efectuar hemostasia. Se realiza incisión en la aponeurosis o fascia abdominal anterior, para identificar la línea media. Se introduce en la línea media una pinza Kelly recta cerrada, que luego se abre con el fin de separar los músculos rectos abdominales. Se introducen los separadores Farabeuf, para dejar al descubierto el área peritoneal.

Es importante penetrar en la línea media, ya que de incidir a través del músculo puede ocurrir un sangrado molesto para el procedimiento quirúrgico e inadecuada separación muscular.

La apertura del peritoneo puede realizarse de forma convencional, pinzando ambos lados del tejido, de forma paralela a los músculos rectos e incidiendo en la línea media. Este momento quirúrgico es de mucha precaución, ya que accidentes como el pinzamiento del peritoneo junto con el intestino o la vejiga puede ocasionar necrosis y posterior perforación del órgano afectado, cualquiera de estas lesiones usualmente pasa desapercibida al momento de la cirugía.

La apertura del peritoneo con la tijera de Metzenbaum, también puede ocasionar lesiones, dado que la vejiga está muy cerca del sitio de incisión. Para evitar estos accidentes, se recomienda separar la grasa preperitoneal con una pinza Kelly recta antes de pinzar e incidir el peritoneo, o introducir de forma suave la pinza recta inicialmente cerrada en el peritoneo, para luego abrirla, dejando de esta manera expuesta la cavidad abdominal.

Una vez expuesta la cavidad abdominal se introducen los separadores de forma suave, si es necesario obtener mayor visualización de las estructuras pélvicas, se aumentará la posición de Trendelenburg.

En forma de chorro, se aplican 2 a 3 ml de anestésico sobre las trompas de Falopio. Se toman las trompas con pinzas de Backcok del borde de éstas, tratando de no lesionar el mesosalping, para evitar rasgamientos y sangrado posterior.

La primera trompa que se localice se tracciona suavemente hasta la incisión abdominal, practicando ligadura con la técnica de Pomeroy simple. Se corta un segmento de la trompa, 2 a 3 milímetros por arriba del nudo, evitando dejar un muñón precario que posteriormente pueda sangrar. Se comprueba la

hemostasia de la ligadura, secando con una gasa. Luego la trompa ligada retorna a la cavidad pélvica. Se practica el mismo procedimiento en la trompa contralateral.

La técnica de Pomeroy modificada no se considera necesaria, ya que ocasiona molestias y pérdida de tiempo en este tipo de procedimiento.

La ligadura de preferencia se efectúa en zonas que comprometan menos la irrigación del ovario. Si hay duda acerca de la primera ligadura efectuada en la trompa, se colocará una segunda ligadura por debajo de la primera, garantizando una hemostasia adecuada.

Si hay dificultad para realizar la técnica de Pomeroy por un proceso adherencial, la ligadura y sección de la trompa puede realizarse en el sitio que esté al alcance del cirujano.

En algunos casos de difícil visualización de las trompas, con movimientos suaves puede tomarse el ligamento redondo proximal al útero y empujarse hacia la vejiga, facilitando identificar y traccionar la trompa. La movilidad de la trompa se incrementa notablemente si ésta se toma sin el mesosalping.

No es necesario cerrar completamente la pinza de Babcock al sujetar la trompa, ya que pueden producirse molestias o desgarros.

Una vez comprobada la hemostasia y descartadas lesiones de órganos como vejiga e intestino, se cierra el peritoneo en bolsa de tabaco. Se cierra fascia utilizando 3 puntos separados y luego se cierra piel. Para todo el procedimiento puede utilizarse la misma sutura. Se colocará una gasa que se fija con cinta adhesiva en el sitio de la incisión.

Una vez concluido el procedimiento, se ubicará la camilla en posición horizontal, liberando a la usuaria de la fijación en brazos y piernas, ayudándola a trasladarse a su cama por sus propios medios.

Recuperación

Una vez en la cama, se le administrará un analgésico intramuscular del tipo Metamizol, Dipirona o Diclofenac. La usuaria descansará durante un período de 3 a 6 horas, para luego ser dada de alta.

Desde el ingreso hasta el alta, se debe monitorear cada hora los signos vitales de la usuaria, con énfasis en la tensión arterial. Notaremos que al ingreso, la usuaria tendrá una elevación de la tensión arterial, generalmente, debido al estrés, lo cual mejorará una vez efectuado el procedimiento.

Valoración post operatoria

Antes del alta, la usuaria deberá tener signos vitales dentro de límites normales. Se revisará el sitio de incisión quirúrgica, para verificar la presencia de sangrado o hematoma.

Se prescribirá un analgésico tipo diclofenac o ibuprofen por vía oral, cada 6 a 8 horas, durante 48 horas.

Se orientará a la usuaria sobre el reinicio de la vida sexual activa a los 15 días después de la cirugía; descansar durante 2 días, evitando trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana; mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días.¹

*Se debe instruir a la usuaria para que acuda a consulta si se presentara cualquiera de las siguientes situaciones:*²

- *Sintomatología de infección urinaria*
- *Dolor pélvico, abdominal o torácico severo*
- *Hemorragia en la herida quirúrgica*
- *Fiebre*
- *Dolor local en la herida quirúrgica*
- *Mareo, desmayo*

- *Sangre o fluidos que salen por la incisión*
- *Signos y síntomas de embarazo*

Las revisiones subsecuentes deben programarse. Se programará la primera a los siete días post cirugía para revisión de la herida quirúrgica y retiro de puntadas. Igualmente, reforzar sobre el carácter permanente del método y que las menstruaciones continuarán hasta la menopausia.

Complicaciones

Complicaciones transoperatorias

Las más graves pueden ser depresión respiratoria, lesión de vejiga o intestino. El tratamiento es individualizado. Debe existir siempre un equipo de resucitación adecuado o facilidad para el manejo de cualquier problema médico-quirúrgico.

En los casos de perforación vesical, se practicará al momento de detectarse la lesión, una sutura primaria en dos planos, con crómico 00. Se colocará una sonda Foley para reposo vesical durante 8 días. El manejo es ambulatorio.

Es importante identificar la lesión intestinal, ya que su detección temprana es de fácil solución, mientras que cuando pasa desapercibida, suele ocasionar mayores implicaciones.

Complicaciones postoperatorias

Hematoma, seroma o absceso de la incisión, podría ocurrir entre el 1 y 5% de los casos. Se maneja habitualmente con drenaje, curaciones a base de antiséptico y antibióticos por vía oral. En la mayoría de casos, el cierre se efectúa por segunda intención, en menos de 8 días.

Referencias bibliográficas:

- 1 Organización Mundial de la Salud, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación familiar. Un manual mundial para proveedores. 2007 [acceso el 20 de noviembre de 2011]. Disponible en: www.fphandbook.org
- 2 Perucca A. Ernesto, Iracheta Alexis, Siebert Alejandra, Espinoza Rosemery, Bustamante Rodrigo, Corvalán Mónica et al. Experiencia clínica minilap para la esterilización quirúrgica. Rev. chil. obstet. ginecol. [revista en la Internet]. 2002 [acceso 2012 mayo 03]; 67(4): 305-308. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262002000400008&lng=es. doi: 10.4067/S0717-75262002000400008.
- 3 Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso el 11 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Politic%C3%BAlicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/NORMA%20Y%20PROTOCOLO%20PF.pdf>

Esterilización quirúrgica femenina voluntaria con la técnica de anestesia local

Diapositiva 1

Requisitos para la realización del procedimiento

- Anamnesis y examen físico completo
- Toma de Papanicolaou
- Toma de muestra para cultivos, en caso de observar exudados vaginales o uretrales
- Exámenes de rutina para determinar tipo y Rh, hematocrito y descartar infección urinaria
- Verificación de que la mujer no está embarazada
- Consejería y firma del consentimiento informado

Las actividades enunciadas en b) y c) constituyen aspectos de la integralidad de atención, por lo que se efectuarán en caso de ser necesarias. En ningún momento deben constituir una barrera para la realización de una esterilización quirúrgica.

Diapositiva 2

Requisitos para la realización de procedimiento

Criterios clínicos

- Aplicar los criterios de elegibilidad médica, para considerar las necesidades de salud de la usuaria.
- La presencia de obesidad o historia de cirugía pélvica previa así como alteraciones psiquiátricas, no son contraindicaciones absolutas para realizar el procedimiento con anestesia local; sin embargo, aumenta la dificultad técnica en su realización, por lo que es necesario valorarlas de acuerdo con la experiencia del cirujano.

Diapositiva 3

Consentimiento informado

Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes puntos:

1. *También puede disponer de anticonceptivos transitorios.*
2. *La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.*
3. *Además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo.*
4. *De tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos.*
5. *El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.*
6. *La usuaria puede decidir en contra del procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).*

Diapositiva 4

Consejería

La usuaria que solicite el procedimiento, recibirá información clara y completa sobre:

- **La naturaleza permanente de la OTB.**
- **Ventajas del uso de la anestesia local.**
- **La necesidad de su colaboración durante el procedimiento.**
- **Detalles sobre posibles molestias y duración aproximada del procedimiento quirúrgico.**
- **Los efectos posteriores inmediatos, así como los riesgos mínimos pero reales de complicaciones o de fracaso.**
- **Indicaciones pre operatorias.**

Diapositiva 5

Cada miembro del equipo tiene un rol a desempeñar durante la realización del procedimiento

1. **Enfermera o auxiliar de enfermería consejera**
2. **Ginecólogo, cirujano o médico general que realizará la cirugía**
3. **Enfermera o auxiliar de enfermería asistente instrumentista**

La consejería puede ser brindada por cualquier miembro del equipo.

Diapositiva 6

Condiciones materiales requeridas en la sala de operaciones

Se requiere de infraestructura, mobiliario y equipamiento:

- Sala de operaciones o quirófano para procedimientos ambulatorios
- Mesa quirúrgica que facilite la posición de Trendelenburg
- PERNERAS ginecológicas
- Mesa de Mayo para instrumentar
- Lámpara que posibilite cambios de posición
- Ropa quirúrgica para el personal
- Maleta quirúrgica estéril con instrumental apropiado
- Solución antiséptica
- Gasas
- Xilocaína sin epinefrina al 1%
- Agua bidestilada
- 1 jeringa de 10ml. con 2 agujas N° 20
- 1 catgut N° 00 ó 1

Diapositiva 7

Complicaciones anestésicas

Dependerán del tipo de anestesia.

En caso de Bloqueo epidural:

- Punción de la duramadre
- Absorción masiva del anestésico
- Hipotensión arterial
- Bronco aspiración
- Paro respiratorio
- Insuflación gástrica
- Alergia a los anestésicos

Complicaciones quirúrgicas inmediatas

- Hematoma de la herida quirúrgica
- Hemorragia intraperitoneal
- Infección de la herida
- Infección pélvica
- Lesiones de órganos intra-abdominales en el trans operatorio

Diapositiva 8

Signos de alarma

- Sintomatología de infección urinaria
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo
- Dolor o hemorragia en la herida quirúrgica
- Fiebre
- Mareos, desmayo
- Fluidos que salen por la incisión
- Signos y síntomas de embarazo

Diapositiva 9

VENTAJAS

- Es un método permanente
- No interfiere con la lactancia
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Se realiza con anestesia local y sedación.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual
- No tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios

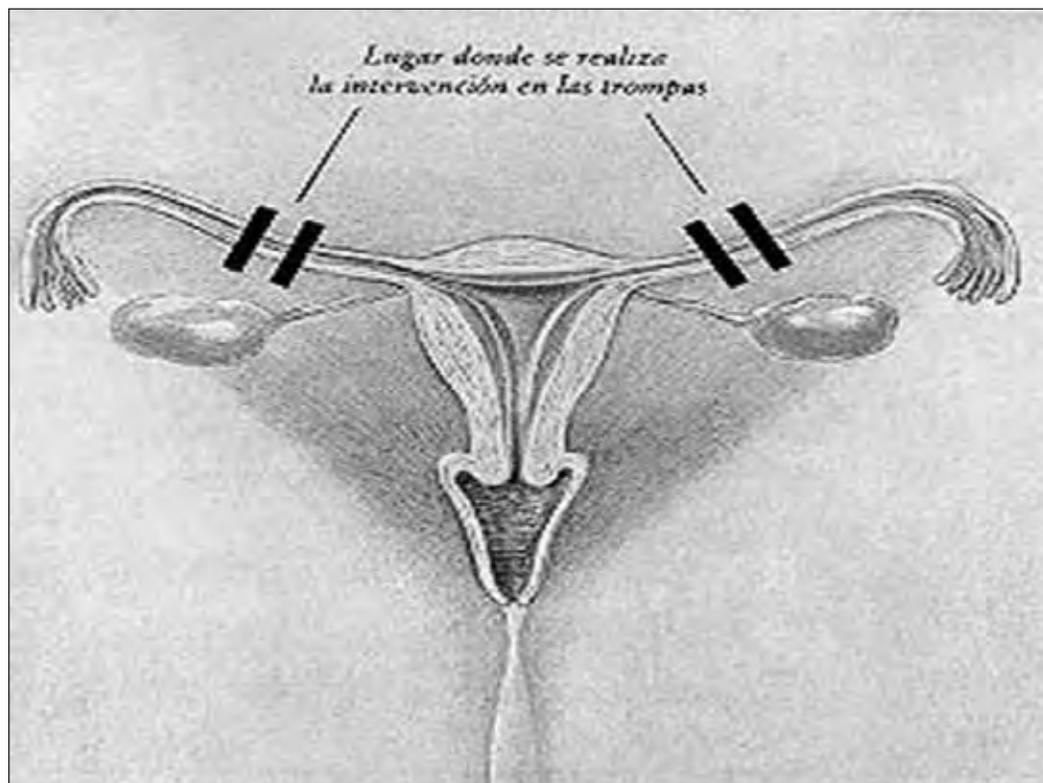
DESVENTAJAS

- Es un método permanente
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad
- La cirugía implica un pequeño riesgo
- Requiere de un equipo médico capacitado
- No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA

Diapositiva 10

**Técnica operatoria
para esterilización quirúrgica femenina voluntaria
con anestesia local**

Diapositiva 1



Diapositiva 2

TIPOS

Según vía de acceso:

- Minilaparatomía (MINILAP)
- Laparotomía
- Laparoscopia

Según técnica quirúrgica:

- Pomeroy o Pomeroy modificada, son las técnicas más recomendadas

Según técnica anestésica:

- Con anestesia local + sedación
- Con anestesia regional/ bloqueo epidural
- Con anestesia general

Según el momento de realización:

- Intervalo inter genésico
- Post parto
- Trans cesárea
- Post aborto

Diapositiva 3

Posicionamiento de la usuaria en la camilla quirúrgica

- Se utilizarán perneras para que la usuaria adopte una posición de revisión ginecológica.
- Utilizando venda de gasa, se fijarán piernas y manos, para evitar contaminación del equipo, si se da algún movimiento involuntario de la usuaria.
- La camilla se adecuará a la posición de Trendelenburg en 10 grados aproximadamente, facilitando el desplazamiento de las vísceras y epiplón hacia la parte proximal del cuerpo, dejando libre el hueco pélvico para visualizar las trompas de Falopio.
- La posición de Trendelenburg, se regulará durante el procedimiento quirúrgico, de acuerdo con los requerimientos que el cirujano solicite.

Diapositiva 4

Infiltración de la anestesia local

El cirujano efectuará movimientos suaves y estará en constante comunicación con la usuaria, ya que ella se encuentra despierta y colaborará durante el procedimiento.

- Asepsia y antisepsia en región operatoria.
- Con la infiltración anestésica, se trata de lograr una distribución regular en piel-aponurosis-músculo-región pre peritoneal en ángulos de 10°, 45° y 90° respectivamente.
- La cantidad de anestesia necesaria varía entre 10 y 20 ml. Se realiza la infiltración de manera radiada, a medida que se va retirando la jeringa se infiltra la anestesia en diferentes puntos del área donde se practicará la incisión.
- En usuarias de planificación familiar de intervalo, el sitio para la incisión se localiza a 3 cm por arriba del pubis, transversal a la línea media y sobre ésta. En las púerperas, la incisión puede realizarse a nivel infraumbilical, en dependencia de la altura uterina.

Diapositiva 5

TÉCNICA QUIRÚRGICA POMEROY MODIFICADO PARA LIGADURA DE TROMPAS

NUESTRO MÉTODO



TRACCIÓN DE LA TROMPA CON
PINZA ATRUMÁTICA BABCOCK



LIGADURA EN ASA CON HILO DE
ALGODÓN N° 10



CORTE DE SEGMENTO
DE TROMPA DE FALOPIO



LIGADURA DE CADA UNO DE LOS CABOS
PROXIMAL Y DISTAL CON HILO N° 10

11

Diapositiva 6

Puntos de interés en la realización del procedimiento quirúrgico utilizando la técnica de Pomeroy simple

- La incisión tendrá aproximadamente 2.5 a 4 cm de longitud, abarcando piel, subdermis y tejido celular subcutáneo.
- Una vez expuesta la cavidad abdominal, si es necesario obtener mayor visualización de las estructuras pélvicas, se aumentará la posición de Trendelenburg.
- En forma de chorro, se aplican 2 a 3 ml de anestésico sobre las trompas de Falopio. Se toman las trompas con pinzas de Backcok del borde de éstas, tratando de no lesionar el mesosalping, para evitar rasgamientos y sangrado posterior.
- Se practica ligadura con la técnica de Pomeroy simple, cortando un segmento de la trompa, 2 a 3 milímetros por arriba del nudo.
- En algunos casos de difícil visualización de las trompas, puede tomarse el ligamento redondo proximal al útero y empujarse hacia la vejiga, facilitando identificar y traccionar la trompa.
- Una vez concluido el procedimiento, se ubicará la camilla en posición horizontal, liberando a la usuaria de la fijación en brazos y piernas, ayudándola a trasladarse a su cama por sus propios medios.

Diapositiva 7

Valoración post operatoria

- Antes del alta, la usuaria deberá tener signos vitales dentro de límites normales.
- Se revisa el sitio de incisión quirúrgica, para verificar la presencia de sangrado o hematoma.
- Se prescribirá un analgésico tipo diclofenac o ibuprofen por vía oral, cada 6 a 8 horas, durante 48 horas.
- Se orientará a la usuaria sobre el reinicio de la vida sexual activa a los 15 días después de la cirugía; descansar durante 2 días, evitando trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana; mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días.
- Se debe instruir a la usuaria para que acuda a consulta si se presentara cualquiera de las siguientes situaciones:
 - ✓ Sintomatología de infección urinaria
 - ✓ Dolor pélvico, abdominal o torácico severo
 - ✓ Hemorragia en la herida quirúrgica
 - ✓ Fiebre
 - ✓ Dolor local en la herida quirúrgica
 - ✓ Mareo, desmayo
 - ✓ Sangre o fluidos que salen por la incisión
 - ✓ Signos y síntomas de embarazo

Diapositiva 8

4. Aplicación de Dispositivo Intra Uterino (DIU)

4.1 Diseño metodológico

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el fortalecimiento de las competencias técnicas en el personal de salud, para la aplicación del DIU:

- Verifica que la usuaria cumpla con los requisitos necesarios para la realización del procedimiento (criterios clínicos y consentimiento informado).
- Brinda a la usuaria que solicitó el método, consejería específica acerca del procedimiento (duración del método, forma de aplicación, orientación pre y post inserción).
- Verifica la existencia del equipamiento necesario para la aplicación.
- Aplica correctamente la técnica de inserción del DIU.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el entrenamiento, los participantes serán capaces de:

- Verificar que la usuaria cumpla con los requisitos necesarios para la realización del procedimiento (criterios clínicos y consentimiento informado).
- Brindar a la usuaria que solicitó el método, consejería específica acerca del procedimiento (duración del método, forma de aplicación, orientación pre y post inserción).
- Verificar la existencia del equipamiento necesario para la aplicación.
- Aplicar correctamente la técnica de inserción del DIU.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada sobre aplicación del DIU, abordando los siguientes contenidos: <ul style="list-style-type: none">- Requisitos para la realización de procedimiento: criterios clínicos y consentimiento informado- Consejería específica acerca del procedimiento (duración del método, forma de aplicación, orientación pre y post inserción)- Equipamiento necesario para la aplicación	30 min	<ul style="list-style-type: none">• Presentación en power point• Lista de verificación para ejercicio de simulación.• Nota técnica• Modelo anatómico y/o video• Materiales requeridos para la realización del procedimiento, utilizando modelo anatómico.
2. Ejercicio de simulación abarcando los siguientes pasos: consejería y verificación de equipamiento. <ul style="list-style-type: none">- El facilitador formará grupos de 3 integrantes cada uno, para desempeñar roles de: proveedor, usuaria y observador.- El rol de proveedor lo deben desempeñar todos los integrantes, por ello cada grupo debe realizar 3 simulaciones de 10 minutos cada una.- Los observadores deben utilizar una lista de verificación.	60 min	<ul style="list-style-type: none">• Rotafolio

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<ul style="list-style-type: none"> - Los integrantes deben consultar la nota técnica para prepararse sobre el rol de proveedor. - La simulación se realizará de forma simultánea. - En plenario, el facilitador promoverá la retroalimentación a los integrantes de los grupos y aclarará las dudas surgidas. 		
<p>3. Exposición dialogada sobre aplicación del DIU, abordando los siguientes contenidos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Momentos para la inserción del DIU - Técnica de inserción del DIU, según sea usuaria de intervalo o de anticoncepción post evento obstétrico (APEO) - Complicaciones - Efectos adversos - Seguimiento a la usuaria - Extracción del DIU 	60 min	
<p>4. Demostración dialogada sobre el procedimiento por parte del facilitador, en el plenario:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de las condiciones materiales requeridas. - Revisión del expediente clínico, verificando cumplimiento de requisitos. - Aplicación del DIU de intervalo y de APEO. - Orientación a la usuaria posterior a la aplicación del DIU. 	45 min	
<p>5. Demostración del procedimiento en plenario, por parte de cada participante, con ayuda del facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de las condiciones materiales requeridas. - Revisión del expediente clínico, verificando cumplimiento de requisitos. - Aplicación del DIU de intervalo. - Orientación a la usuaria posterior a la aplicación del DIU (simulación). 	15 min por participante	
<p>6. Demostración del procedimiento en el puesto de trabajo, por parte de cada participante, con ayuda del facilitador:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificación de las condiciones materiales requeridas. - Revisión del expediente clínico, verificando cumplimiento de requisitos. - Consejería específica acerca del procedimiento (duración del método, forma de aplicación, orientación pre inserción). - Aplicación del DIU de intervalo. - Consejería específica acerca del procedimiento (duración del método, orientación post inserción). 	30 min por participante	

Indicaciones organizativas

- Para realizar el control del participante, el facilitador llevará un registro por cada uno, en los diferentes momentos del entrenamiento.
 - Después de cada exposición dialogada, el facilitador recomendará la lectura individual o en grupos, de la nota técnica correspondiente al tema de estudio.
 - El entrenamiento se podría realizar en una sesión que abarque el estudio de los contenidos teóricos y a continuación varias sesiones para las demostraciones en plenario y en el puesto de trabajo, dependiendo del número de participantes.
 - Cada sesión en plenario tendrá 4 participantes como máximo.
 - Cada sesión en el puesto de trabajo es para 1 participante. Para ello debe asegurarse lo siguiente:
 - El facilitador efectuará un primer procedimiento, supervisará 2 procedimientos y controlará la realización de los siguientes 6 procedimientos. Ocho procedimientos son necesarios para cumplir los requisitos del entrenamiento.
 - El participante citará a 3 usuarias que desean usar el método, acorde a la fecha de programación elaborada en conjunto con el facilitador.
 - Aprobación de la usuaria, para la presencia de 2 personas durante el procedimiento docente.
 - El entrenamiento de cada participante se dará por concluido, una vez que haya completado los requisitos establecidos.
-

4.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Lista de chequeo para simulación de inserción de DIU

Esta lista de chequeo permite evaluar, mediante simulación con modelo anatómico, las destrezas de los participantes en la inserción de DIU.

La lista está compuesta de una tabla que consta de 4 columnas: la primera columna indica los ítems a evaluar y, en las 3 columnas siguientes a la derecha, se debe anotar la **calificación** obtenida en cada uno de los ítems, utilizando las letras según se indica a continuación:

- S** (Satisfactorio) Cuando el participante cumple, de forma correcta y completa, lo indicado en el ítem de conformidad con las pautas o el procedimiento estándar.
- I** (Insatisfactorio) Cuando el participante cumple de forma incorrecta e incompleta lo indicado en el ítem.
- N/R** (No Realizado) Cuando el participante no realizó lo indicado en el ítem.

Instrucciones generales:

- Explique a los participantes del grupo el objetivo de la aplicación de la lista de chequeo y cómo se utiliza este instrumento.
- Para iniciar el ejercicio de simulación, un participante simulará la inserción del DIU y otro aplicará la lista de chequeo del procedimiento, al completar la simulación cambiarán de roles.
- Oriente a los participantes lo siguiente:
 - A medida que vayan realizando la simulación, expliquen verbalmente y en detalle cada maniobra. Al finalizar, mencionen otros pasos adicionales o tareas que harían o le asignarían a otra persona.
 - Asumiremos que ustedes han tomado las medidas necesarias para asegurar asepsia.
 - Cuando estén listos para iniciar la simulación deben decirlo al observador.
- Intervenga a medida que se va desarrollando la simulación, según se indica en la lista de chequeo en **negrita**:

Iniciales del participante: ____/____/____/____/

Fecha: ____/____/____/

Unidad de salud: _____

Facilitador u observador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, díglele lo siguiente:

“Muy bien, prepárese usted, la usuaria y el equipo. Por favor explique qué está haciendo en cada momento y haga saber cuando esté preparado para el procedimiento”.

A. Preparación: inserción de DIU	Calificación		
	S	I	N/R
1. Se lava las manos concienzudamente con agua y jabón, y se las seca.			
2. Se aplica y frota las manos con alcohol gel al 70% aproximadamente 3 ml.			
3. Utiliza guantes descartables.			
4. Establece comunicación con la usuaria.			

Facilitador u observador: Cuando el participante diga que está listo para empezar el procedimiento, díglele lo siguiente:

“Muy bien, inicie el procedimiento. Por favor explique qué está haciendo en cada momento y haga saber cuando haya finalizado el procedimiento”.

B. Procedimiento: inserción de DIU	Calificación		
	S	I	N/R
1. Realiza exploración bimanual, para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como patología, pélvica, embarazo o infección pélvica.			
2. Coloca el espéculo de graves en la vagina para inspeccionar el cérvix.			
3. Limpia el cérvix y la vagina con algodón impregnado en solución antiséptica (Bethadine vaginal).			
4. Utiliza pinza de Pozzi o Tenáculo, para tomar el labio anterior a 1.5 a 2 cms del orificio cervical externo y tracciona suavemente para estabilizar el cérvix.			
5. Realiza lenta y suavemente la histerometría.			
6. Carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.			
7. Coloca el DIU en la cavidad uterina traccionando la camisa del aplicador, extrayendo el mandril y después la camisa del aplicador.			
8. Retira la pinza de Pozzi, verifica que no hay sangrado en la cavidad ni en el sitio de prensión de la pinza.			
9. Corta los hilos del DIU, a unos 2-3 cm del orificio cervical externo del cuello uterino.			
10. Retira el espéculo y retira tacto vaginal de comprobación.			

Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exámenes hasta que se sienta lista para vestirse.

“Muy bien. Ahora que finalizó el procedimiento, por favor diga qué hace habitualmente

Note si los participantes mencionan los pasos listados abajo. No es necesario que los participantes realicen cada paso, pero sí es necesario que los mencionen.

C. Pasos post inserción de DIU	Calificación		
	S	I	N/R
1. Recoge el equipo lo enjuaga y guarda para enviarlo a esterilización.			
2. Se quita los guantes invirtiéndolos gentilmente.			
3. Descarte los guantes en un recipiente a prueba de filtraciones o en una bolsa plástica.			
4. Se lava las manos concienzudamente con agua y jabón, y se las seca.			
5. Se aplica y frota las manos con alcohol gel al 70% aproximadamente 3 ml.			
6. Anota la fecha de la próxima visita.			
7. Entrega a la usuaria el instructivo que trae el DIU, en el que anota el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación.			
8. Refuerza las indicaciones a las usuarias cuando debe regresar.			
9. La anima a preguntar y contesta sus inquietudes.			

4.3 Nota Técnica: Aplicación de Dispositivo Intra Uterino (DIU)

El dispositivo intra uterino (DIU) como método reversible es muy útil a mujeres adolescentes o jóvenes, que desean poner más espacio entre un embarazo y otro, con las ventajas de que no hay que hacer mucho una vez que se colocan. *La T Cu 380ª es altamente efectiva por un mínimo de 10 años¹*, la mujer puede usarlo hasta por 10 años, y puede volver a quedar embarazada después de retirárselo. Sin embargo, es necesario que el personal de salud tenga habilidades técnicas para realizar la inserción y se necesita de consejería eficaz para disminuir mitos que la población tiene con respecto a su uso.

Lineamientos generales para la prescripción

Después de analizar la historia clínica para determinar riesgo reproductivo y la posibilidad de que existan contraindicaciones al método, así como de proporcionar consejería y de obtener consentimiento informado de la usuaria, debe efectuarse verificación de las condiciones materiales requeridas.

Son requisitos para la realización del procedimiento, el uso de los criterios médicos de elegibilidad clínica y la firma del consentimiento informado.

Durante la consejería específica acerca del procedimiento, se brinda información amplia y clara acerca de la duración del método, forma de aplicación, orientación pre y post inserción.

La orientación preinserción incluye indicaciones sobre:

- Tipo de DIU
- Detalles del procedimiento (ubicación en la camilla, realización de exploración, uso del espéculo)
- Molestias durante el procedimiento
- Toma del Papanicolaou, si el momento es oportuno
- Posibilidad de no realizar la inserción ante la presencia de tumoraciones, lesiones en el cuello del útero o secreciones vaginales anormales.

Equipamiento necesario para la aplicación:

- Camilla ginecológica
- Lámpara cuello de cisne
- Mesa para colocar instrumental
- Espéculo de Graves
- Tenáculo o pinza de Pozzi
- Histerómetro
- DIU
- Gasas o algodón
- Solución antiséptica (betadine)
- Pinza Forester curva o recta
- Tijera de Mayo larga

El DIU debe ser insertado por personal capacitado, cumpliendo con las técnicas de asepsia y antisepsia, en cualquiera de los siguientes momentos:

Período inter genésico: El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

- *Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.*
- *Post aborto: Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.*
- *Pre alta de la unidad de salud: Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.*
- *Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.¹*

Técnica de inserción del DIU durante el intervalo inter genésico¹

Se debe informar a la usuaria cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.

1. Se realiza exploración pélvica bimanual para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica, embarazo o infección pélvica activa. (El útero en retroflexión no diagnosticada aumenta la posibilidad de perforación).
2. Colocar el Espéculo de Graves en la vagina para visualizar el cuello y corroborar que no existan secreciones vaginales anormales. Proceder a su limpieza con algodón impregnado en solución antiséptica (betadine vaginal).
3. Con un tenáculo o Pinza de Pozzi, tomar el labio anterior del cuello a 1.5 a 2cms. del orificio cervical externo y traccionar suavemente para estabilizar el cérvix y rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.
4. Con un histerómetro de preferencia maleable, practicar histerometría lenta y suavemente (muchos dispositivos traen histerómetro de material plástico) para confirmar dirección y longitud entre el orificio externo del cuello y el fondo de la cavidad uterina. Si la longitud es de 6 cm. o más, se puede insertar el DIU.
5. Proceder a armar y colocar el DIU conforme las especificaciones del fabricante y del tipo de DIU. Armar el DIU dentro del aplicador bajo condiciones estériles, preferiblemente dentro de su sobre. Colocar el DIU en la cavidad uterina traccionando la camisa del aplicador, extrayendo el mandril y después la camisa del aplicador o empujando el mandril dentro del aplicador o traccionando los hilos del DIU para armarlo, según sea la técnica específica de aplicación de ese tipo de DIU.
6. Retirar la Pinza de Pozzi o tenáculo, verificando que no existe sangrado proveniente de la cavidad uterina ni del sitio de prensión de la pinza de Pozzi.
7. Recortar los hilos del DIU a 2-3 cms. del orificio externo del cuello uterino.
8. Retirar el espéculo y realizar tacto vaginal de comprobación.

Técnica de inserción del DIU después de un evento obstétrico²

Inserción post placenta

Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual.

Técnica con pinza

Se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster), una recta y una curva, así como con dos valvas vaginales:

1. Se toma el DIU con la pinza de Foerster curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, a fin de alejar los hilos guías. La pinza se deja a la mano, sobre la mesa de instrumentos.
2. Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior, que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
3. Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
4. Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre, se palpa la parte más alta del útero.
5. Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste se encuentra en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU, se retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm. de longitud. Si el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm. éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta, se retiran la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual

1. El DIU se coloca entre el dedo índice y el dedo medio, con los hilos guía en el dorso de la mano.
2. La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero
3. Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
4. Se retira la mano de la cavidad uterina, cuidando de no jalar los hilos guía, se cortan como se indicó en el caso de la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, debe recomendarse el uso de la técnica con pinza para aquellas mujeres a quienes no se proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas ya sea de pinza o manual.

-Técnica con pinza

Se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster) y el procedimiento es el siguiente:

1. Después del alumbramiento, se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Foerster en el borde superior de la histerotomía.
2. El DIU se toma con una pinza de anillos en la forma descrita para su inserción en el caso de posplacenta.
3. Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
4. Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
5. Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentren en el fondo de la cavidad.
6. Se libera el DIU y con cuidado se retira la pinza, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.

-Técnica manual

1. Se toma el DIU entre los dedos de la mano, en la forma ya descrita para su inserción en el caso de posplacenta.
2. La otra mano se coloca en la parte más alta del útero, para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
3. Se introduce la mano que lleva el DIU, a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta aquél.
4. Se retira la mano cuidando de no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero, a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.

En ambas técnicas se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

Posaborto

La inserción del DIU en posaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración manual endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación manual descrita en el intervalo intergenésico.

Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieran resuelto por legrado digital, la inserción debe hacerse con técnica manual o con pinza, según se describió.

Pre-alta

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza descrita para la inserción posplacenta y posaborto del segundo trimestre. Su inserción antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no lo habían aceptado antes del parto y que tras recibir consejería optan por este método, así como quienes han superado la causa de contraindicación o precaución.

Instrucciones post inserción para la usuaria¹

Se proporcionará a la usuaria, instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo:

- Informar sobre el tipo de DIU que se colocó, mostrarle el dispositivo o una foto del mismo.
- Entregar el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio.
- Explicar cuánto tiempo la protegerá.
- Explicar la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación.
- Explicar que se pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados intermenstruales.
- Informar acerca de los síntomas de las complicaciones potenciales: dolor abdominal constante, dispareunia, leucorrea, abundante exudado trans-vaginal, fiebre post inserción, amenorrea u otros síntomas de embarazo, ligeros manchados íter menstruales, sangrado post coito; orientando a dónde acudir en caso de que se produzcan estas situaciones.
- Garantizar que el DIU se puede retirar en cualquier momento, en caso que la usuaria cambie de parecer acerca del método y que no es aconsejable retirarlo personalmente.

En el caso de las inserciones posparto y trans cesárea:

- Recordar que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclarar que en pocas semanas los hilos pasarán del útero a la vagina, los cuales serán cortados posteriormente durante la visita de seguimiento.
- Informar sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas, en cuyo caso se puede colocar un nuevo DIU, si lo desea.

Complicaciones¹

- Expulsión del DIU, parcial y/o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación - Incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo

Efectos colaterales^{1 2}

En general el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- Dolor pos inserción
- Spotting o sangrado leve pos inserción
- Dolor pélvico durante el período menstrual
- Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual
- Flujo vaginal

Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales^{1 2}

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizándose las características y consecuencias del método. Los efectos colaterales deben ser atendidos con prontitud. Si las molestias persisten más allá de 60 días, se considerará la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran se retira éste, seleccionándose otro método.

Si el dolor post inserción es leve, es normal; indicar analgésicos. El dolor severo puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación).

Dismenorrea: Se trata con analgésicos tipo Indometacina; si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU.

Flujo vaginal: En forma de exudado se considera normal. Si es muy abundante o de características patológicas, tomar cultivo y dar tratamiento según resultados.

El spotting o sangrado leve ínter menstrual: es normal durante los 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre; explicar a la paciente que no es lesivo y por lo general disminuye con el tiempo. Si se desea tratamiento, puede administrarse anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) durante los días de sangrado.

En mujeres con spotting y sangrado persistente, descartar causas ginecológicas, tratar o derivar para atención, pensar en una complicación (perforación). Si no se diagnostica problema ginecológico y el sangrado es inaceptable para la mujer, extraer el DIU y aconsejar un nuevo método anticonceptivo.

Sangrado menstrual más profuso o más prolongado en relación con los períodos normales:

- Si se vuelve más profuso y más prolongado, es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, por lo general disminuye con el tiempo. Descartar patología ginecológica, tratarlo o derivar para tratamiento.
- Si el sangrado continúa siendo muy profuso o prolongado, si se presentan signos clínicos de anemia o si la mujer encuentra inaceptable el sangrado, retire el DIU y ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

De presentarse hipermenorrea, se reforzará la consejería; valoración individual de cambio de método.

Seguimiento de la usuaria¹

La primera revisión se realiza entre la 4a. y 6a. semana posterior a la inserción, con el propósito de investigar la satisfacción con el método, los cambios en el ciclo menstrual, efectos colaterales y complicaciones; y de practicar examen ginecológico, para visualizar los hilos guía y evaluar la posición correcta del DIU. Si la aplicación del método se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix.

- *La segunda revisión se debe efectuar a los tres meses, haciendo una evaluación similar a la anterior.*
- *La tercera revisión en seis meses.*
- *En la visita anual se debe efectuar toma de muestra para Papanicolaou y examen de mamas*

Extracción del DIU¹

- *Solicitud de retiro voluntario por parte de la usuaria (insatisfecha, cambio de método, deseo de embarazo, otras razones). Recomendar empezar a usar otro método preferentemente un mes antes del retiro.*
- *Cuando su vida útil ha expirado; en este caso si la usuaria deseara continuar con este método no es necesario “descansar” entre el retiro de un DIU y la inserción de uno nuevo. Se puede realizar en el mismo momento el procedimiento de retiro seguido de la inserción de un nuevo DIU.*
- *En caso de embarazo de menos de 12 semanas, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.*
- *Cuando presenta dolor exagerado y sangrado excesivo.*
- *Ante la presencia de un tumor endometrial o cervical.*
- *Cuando existe perforación o expulsión parcial del DIU.*
- *Después de un año sin menstruación en el climaterio.*

Referencias bibliográficas:

1 Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso el 11 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org/ni/publidoc/Políticas%20P%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/NORMA%20Y%20PROTOCOLO%20PF.pdf>

2 Secretaría de Salud. Anticoncepción posparto, transcesárea, postcesárea y posaborto. México: Dirección General de Salud Reproductiva 2002. [acceso el 09 de mayo 2012]. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf

Aplicación del Dispositivo Intra Uterino - DIU

Diapositiva 1

Requisitos para el procedimiento

Son requisitos para la realización del procedimiento:

- El uso de los criterios médicos de elegibilidad clínica
- La firma del consentimiento informado.

El proveedor debe:

- Analizar la historia clínica para determinar riesgo reproductivo y la posibilidad de que existan contraindicaciones al método.
- Proporcionar consejería y obtener consentimiento informado de la usuaria.
- Verificar las condiciones materiales requeridas.

Diapositiva 2

Consejería específica

Durante la consejería específica acerca del procedimiento, se brinda información amplia y clara acerca de la duración del método, forma de aplicación, orientación pre y post inserción.

La orientación **pre inserción** incluye indicaciones sobre:

- Tipo de DIU
- Detalles del procedimiento (ubicación en la camilla, realización de exploración, uso del espéculo)
- Molestias durante el procedimiento
- Toma del Papanicolaou, si el momento es oportuno
- Posibilidad de no realizar la inserción ante la presencia de tumoraciones, lesiones en el cuello del útero o secreciones vaginales anormales.

Diapositiva 3

Equipamiento

- Camilla ginecológica
- Lámpara cuello de cisne
- Mesa para colocar instrumental
- Espéculo de Graves
- Tenáculo o pinza de Pozzi
- Histerómetro

- DIU
- Gasas o algodón
- Solución antiséptica (betadine)
- Pinza Forester curva o recta
- Tijera de Mayo larga

Diapositiva 4

Técnica de aplicación del Dispositivo Intra Uterino - DIU

Diapositiva 1

Momentos para la inserción del DIU

El DIU debe ser insertado por personal capacitado, cumpliendo con las técnicas de asepsia y antisepsia, en cualquiera de los siguientes momentos:

- **Período inter genésico:** *Preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.*
- **Post placenta:** *Debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.*
- **Post aborto:** *Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.*
- **Pre alta de la unidad de salud:** *Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.*
- **Puerperio tardío:** *Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.*

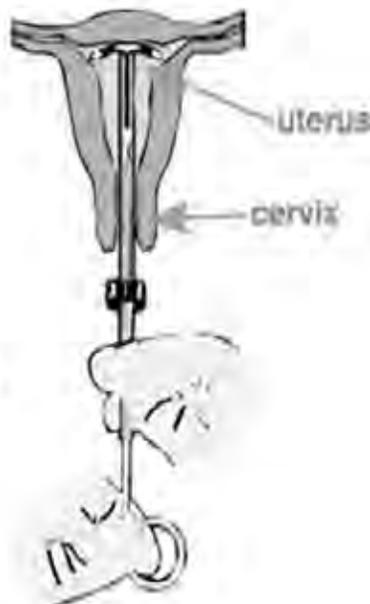
Diapositiva 2

Inserción de DIU : Procedimiento

Se debe informar a la usuaria cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.

De forma cuidadosa y delicada, se efectúan los pasos siguientes:

- Examen pélvico bimanual
- Examen visual de vagina y cuello uterino
- Desinfección de vagina y el orificio del cuello uterino
- Histerometría



Diapositiva 3

Técnica de inserción del DIU en usuaria de intervalo

- Exploración pélvica bimanual para precisar la forma, tamaño y posición del útero; y descartar alguna patología pélvica, embarazo o infección pélvica activa. (El útero en retroflexión no diagnosticada aumenta la posibilidad de perforación).
- Colocación del Espéculo de Graves en la vagina para visualizar el cuello y corroborar que no existan secreciones vaginales anormales. Proceder a su limpieza con algodón impregnado en solución antiséptica (betadine vaginal).
- Traccionar suavemente con un tenáculo o Pinza de Pozzi, el labio anterior del cuello a 1.5 a 2cm del orificio cervical externo, para estabilizar el cérvix y rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.

Diapositiva 4

Técnica de inserción del DIU en usuaria de intervalo

- Practicar histerometría lenta y suavemente, para confirmar dirección y longitud entre el orificio externo del cuello y el fondo de la cavidad uterina. Si la longitud es de 6 cm o más, se puede insertar el DIU.
- Armar el DIU dentro del aplicador bajo condiciones estériles, preferiblemente dentro de su sobre.
- Colocar el DIU en la cavidad uterina, según sea la técnica específica de aplicación de ese tipo de DIU.
- Retirar la Pinza de Pozzi o tenáculo, verificando que no existe sangrado proveniente de la cavidad uterina ni en el sitio de presión de la pinza de Pozzi.
- Recortar los hilos del DIU a 2-3 cm del orificio externo del cuello uterino.
- Retirar el espéculo y realizar tacto vaginal de comprobación.

Diapositiva 5

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Inserción post placenta

Técnicas: Con pinza y manual

Ambas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión.

Técnica con pinza

Se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster), una recta y una curva, así como con dos valvas vaginales:

1. Se toma el DIU con la pinza de Foerster curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, a fin de alejar los hilos guías. La pinza se deja a la mano, sobre la mesa de instrumentas.

2. Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior, que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.

Diapositiva 6

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

3. Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.

4. Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre, se palpa la parte más alta del útero.

5. Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste se encuentra en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU, se retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm. de longitud. Si el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm. éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta, se retiran la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Diapositiva 7

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Inserción post placenta

Técnica manual

- 1. El DIU se coloca entre el dedo índice y el dedo medio, con los hilos guía en el dorso de la mano.*
- 2. La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.*
- 3. Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.*
- 4. Se retira la mano de la cavidad uterina, cuidando de no jalar los hilos guía, se cortan como se indicó en el caso de la técnica con pinza.*

Diapositiva 8

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas ya sea de pinza o manual.

En ambas se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

La técnica con pinza se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster) y el procedimiento es el siguiente:

- *Después del alumbramiento, se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Foerster en el borde superior de la histerotomía.*
- *El DIU se toma con una pinza de anillos en la forma descrita para su inserción en el caso de post placenta.*
- *Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.*

Diapositiva 9

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

- *Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.*
- *Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentren en el fondo de la cavidad.*
- *Se libera el DIU y con cuidado se retira la pinza, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.*

Diapositiva 10

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Técnica manual para la inserción del DIU transcesárea.

- 1. Se toma el DIU entre los dedos de la mano, en la forma ya descrita para su inserción en el caso de post placenta.*
- 2. La otra mano se coloca en la parte más alta del útero, para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.*
- 3. Se introduce la mano que lleva el DIU, a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta aquel.*
- 4. Se retira la mano cuidando de no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero, a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.*

Diapositiva 11

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Postaborto

- La inserción del DIU en postaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración manual endouterina debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación manual descrita en el intervalo intergenésico.*
- * Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieran resuelto por legrado digital, la inserción se debe hacer con técnica manual o con pinza, según se describió.*

Diapositiva 12

Técnica de inserción del DIU en usuaria de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Pre-alta

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza descrita para la inserción posplacenta y posaborto del segundo trimestre.

La inserción antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no la habían aceptado antes del parto y que tras recibir consejería optan por este método, así como quienes han superado la causa de contraindicación o precaución.

Diapositiva 13

Instrucciones post inserción para la usuaria

Se proporcionará a la usuaria, instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo:

- Informar sobre el tipo de DIU que se colocó, mostrarle el dispositivo o una foto del mismo.
- Entregar el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio.
- Explicar cuánto tiempo la protegerá.
- Explicar la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación.

Diapositiva 14

Instrucciones post inserción para la usuaria

- Explicar que se pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados intermenstruales.
- Informar acerca de los síntomas de las complicaciones potenciales: dolor abdominal constante, dispareunia, leucorrea, abundante (exudado transvaginal), fiebre post inserción, amenorrea u otros síntomas de embarazo, ligeros manchados inter menstruales, sangrado post coito; orientando a dónde acudir en caso de que se produzcan estas situaciones.
- Garantizar que el DIU se puede retirar en cualquier momento, en caso que la usuaria cambie de parecer acerca del método y que no es aconsejable retirarlo personalmente.

Diapositiva 15

Instrucciones post inserción para la usuaria

En el caso de las inserciones posparto y trans cesárea:

- Recordar que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclarar que en pocas semanas los hilos pasarán del útero a la vagina, los cuales serán cortados posteriormente durante la visita de seguimiento.
- Informar sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas, en cuyo caso se puede colocar un nuevo DIU, si lo desea.

Diapositiva 16

Complicaciones

- Expulsión del DIU, parcial o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación - incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo.

Diapositiva 17

Efectos colaterales

En general el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias.

Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y se pueden manifestar como:

- *Dolor pos inserción*
- *Spotting o sangrado leve pos inserción*
- *Dolor pélvico durante el período menstrual*
- *Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual*
- *Flujo vaginal*

Diapositiva 18

Seguimiento a la usuaria

- La primera revisión se realiza entre la 4a. y 6a. semana posterior a la inserción, con el propósito de investigar la satisfacción con el método, los cambios en el ciclo menstrual, efectos colaterales y complicaciones; y de practicar examen ginecológico, para visualizar los hilos guía y evaluar la posición correcta del DIU. Si la aplicación del método se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix.
- La segunda revisión se debe efectuar a los tres meses, haciendo una evaluación similar a la anterior.
- La tercera revisión en seis meses.
- En la visita anual se debe efectuar toma de muestra para Papanicolaou y examen de mamas.

Diapositiva 19

Extracción del DIU

Debe ser retirado por personal capacitado, cumpliendo técnicas de asepsia y antisepsia en caso de:

- Solicitud de retiro voluntario por parte de la usuaria. Recomendar usar otro método preferentemente un mes antes del retiro.
- Cuando su vida útil ha expirado; no es necesario "descansar" entre el retiro de un DIU y la inserción de uno nuevo. Se puede realizar en el mismo momento el procedimiento de retiro.
- En caso de embarazo de menos de 12 semanas, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.
- Cuando presenta dolor exagerado y sangrado excesivo.
- Ante la presencia de un tumor endometrial o cervical.
- Cuando existe perforación o expulsión parcial del DIU.
- Después de un año sin menstruación en el climaterio.

Diapositiva 20

5. Generalidades sobre la gerencia en planificación familiar

5.1 Diseño metodológico

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias técnicas y gerenciales en el personal de salud.

- Asegura, de manera constante, que se aplique el enfoque de derecho en todas las actividades de PF.
- Brinda consejería sobre planificación familiar a los usuarios que acuden a la unidad de salud.
- Entrega de forma oportuna los métodos anticonceptivos acorde con los criterios médicos de elegibilidad.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Describir las modalidades de la prestación del servicio de PF.
- Enumerar los componentes de la gerencia en planificación familiar.
- Explicar la interrelación de los componentes de la gerencia en planificación familiar.

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada: Generalidades sobre la gerencia de la planificación familiar.	90 min	• Presentación en power point: Generalidades sobre la gerencia de la planificación familiar. • Guía de preguntas para el trabajo individual
2. Trabajo individual para responder tres preguntas: a. ¿Cuáles son los factores que favorecen y cuáles los que dificultan la interrelación de los componentes del sistema de PF en su unidad de salud? b. ¿Cuáles son los componentes del sistema de PF que requieren fortalecimiento en su unidad de salud? c. ¿Qué se debe hacer para fortalecer la interrelación entre los componentes del sistema de PF?	40 min	
3. Socialización de los resultados del ejercicio individual. En plenario solicitar a varios participantes que, de forma voluntaria, expongan sus respuestas y el facilitador aprovechará para reforzar aprendizaje y aclarar dudas.	20 min	

Indicaciones organizativas

- Este tema se desarrolla en una sesión de 2.5 horas como mínimo.
- Es recomendable desarrollar completo el tema sobre gerencia de PF en una sesión.

5.3 Nota técnica: Generalidades sobre la gerencia de la planificación familiar

Introducción

La formación de los profesionales de la salud en Nicaragua, aunque incluye el desarrollo de competencias en el campo administrativo, investigativo y docente, continúa con el predominio del modelo biomédico recuperativo, centrado en la enfermedad y orientado a una práctica especializada; sin embargo, cuando los egresados se incorporan al campo laboral, muchos de ellos ocupan cargos gerenciales en las unidades de salud, encontrando en ese momento, vacíos en su formación frente a las necesidades poblacionales y de los servicios. Un reto que enfrentan estos profesionales de la salud está relacionado con la implementación de estrategias que contribuyan con la reducción de la mortalidad materna que es el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio, que Nicaragua, al igual que otras 188 naciones, se comprometieron a lograr para el año 2015.

En América Latina y el Caribe, muchas muertes maternas surgen de embarazos no deseados y de las limitaciones en el acceso a los métodos anticonceptivos; esto puede observarse en el elevado porcentaje de necesidades insatisfechas en materia de métodos anticonceptivos que oscila entre 20 y 40% para la población general y es más alto en los(as) adolescentes.¹

En Nicaragua en la ENDESA 2006 se encontró que el 11% de las mujeres unidas pueden clasificarse con necesidades no satisfechas de planificación familiar, disminuyendo dicho valor en 4 puntos en relación al 2001, con proporciones similares para espaciar los nacimientos como para limitarlos.²

La Planificación Familiar es una intervención de comprobada efectividad para la reducción de la mortalidad materna, se calcula que si se previene el embarazo no planeado y el embarazo no deseado, pueden disminuirse las muertes maternas entre un 25% y 40%³, por lo cual, el proporcionar servicios de calidad es una condición para el éxito de esta estrategia de salud pública; para ello se requiere, entre otras, de una buena gerencia del servicio de planificación familiar que implica el compromiso de los gerentes, la competencia necesaria para la gestión y las herramientas e insumos básicos para su desarrollo.

Modalidades de prestación de servicios de planificación familiar

- Planificación Familiar de Intervalo
- Anticoncepción Post-evento Obstétrico(APEO)
- Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)
- Consejería en PF durante la Atención Pre-Natal y Plan de Parto

Planificación familiar de intervalo

Es la denominación utilizada en el MINSA, para describir la modalidad a través de la cual se entrega el servicio de planificación familiar a usuarias que:

- Nunca han estado embarazadas
- Habiendo tenido uno o más embarazos previos, en el momento de la atención no se encuentran en estado grávido
- Después de haber egresado de la unidad de salud por un evento obstétrico, solicitan un método anticonceptivo

En hospitales y Clínicas Médicas Previsionales (CMP) se está promoviendo la oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de emergencia, consulta externa y salas de hospitalización por especialidad; esta estrategia es parte de la modalidad de oferta de la PF de intervalo.

Anticoncepción postevento obstétrico (APEO)

Es una estrategia que el Ministerio de Salud (MINSA) impulsa en todas las unidades que atienden eventos obstétricos. Esta estrategia permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida⁴.

Entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)

Es una estrategia del MINSA diseñada para mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres y hombres que viven en comunidades alejadas de difícil acceso. Consiste en la entrega de métodos anticonceptivos por parte del personal comunitario capacitado (brigadistas de salud, parteras, promotores, colaboradores voluntarios) a usuarios subsecuentes, que previamente han recibido consejería y método anticonceptivo, por parte del personal de salud.

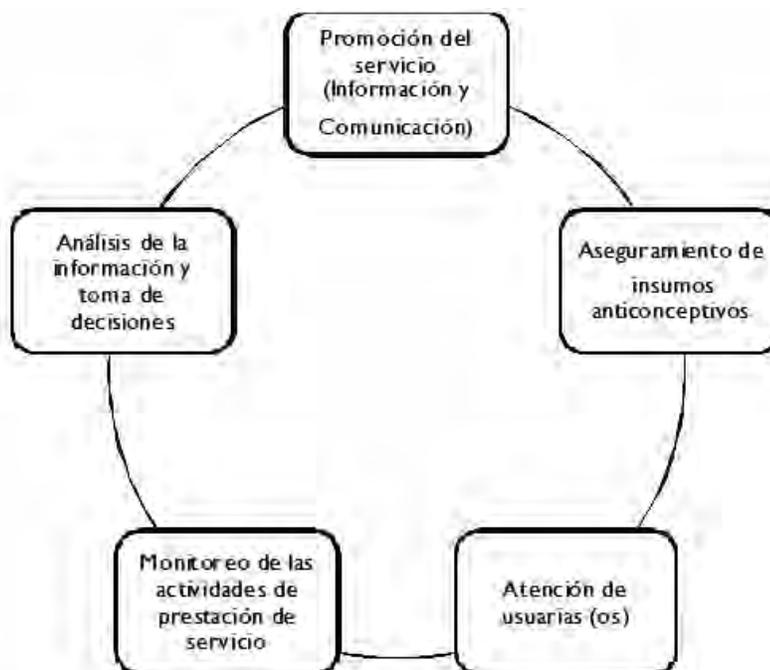
Consejería en PF durante la atención prenatal y Plan de Parto

Es la consejería en planificación familiar brindada por personal de salud durante la atención prenatal, o por personal comunitario a través de la estrategia de Plan de Parto, permitiendo a las usuarias elegir el método anticonceptivo que desean utilizar, una vez finalizado el evento obstétrico.

Componentes de la gerencia del servicio de PF

La gerencia del servicio de planificación familiar, tiene como propósito asegurar calidad en la atención, garantizar que se apliquen los principios de voluntariedad y elección informada, mejorar la accesibilidad a los métodos anticonceptivos y disminuir las brechas de calidad identificadas a través del mejoramiento continuo de la calidad.

Figura 8: Componentes de la gerencia del servicio de PF



Promoción del servicio (información y comunicación)

Un principio de la planificación familiar es la elección informada, por lo cual, es necesario acompañar el desarrollo de la estrategia de PF con acciones de información y comunicación dirigidas a todas las usuarias, con el propósito de promover y ofertar el servicio, a fin de que se logre informar a las usuarias(as) y/o parejas.

El contenido de esta información debe cumplir con requisitos básicos, para transmitir el mensaje para que éste sea captado por la población objetivo:

- Comprensible para que no conlleve a dudas; con palabras de uso común para la población.
- Científica con información real sin magnificar los beneficios ni minimizar los daños.
- Resaltar la voluntariedad de la planificación familiar.

Algunos medios disponibles para la transmisión del mensaje son:

- Escritos: banners, plegables para usuarias, afiches, rotafolios y murales.
- Medios masivos de comunicación: radio, televisión, periódico, internet.
- Comunicación interpersonal a través de la consejería.

Los equipos gerenciales deben vigilar que las acciones de información y comunicación realizadas en su unidad de salud, cumplan con los requisitos básicos.

Aseguramiento de los insumos anticonceptivos

La logística anticonceptiva* es fundamental en la prestación del servicio de planificación familiar. Garantizar el funcionamiento efectivo de la cadena de suministros⁵, requiere de una gerencia eficiente acorde a cada nivel de resolución. El registro adecuado de la información en los formatos establecidos y el monitoreo sistemático, le permite al gerente utilizar los datos para programar los insumos de acuerdo con la demanda y realizar la gestión oportuna para evitar desabastecimiento. La capacidad de realizar una buena gestión en este aspecto permite satisfacer la demanda de los usuarios.

Atención de usuarios

Para el Ministerio de Salud, la estrategia de planificación familiar tiene un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud sexual y reproductiva, con un enfoque de prevención del riesgo para la salud de las mujeres, los hombres y los hijos.

La atención a los usuarios consta de 2 elementos:

- Consejería
- Entrega del método anticonceptivo

Consejería

Tiene el propósito de brindar información y orientación clara, conforme a normas y protocolos técnicos actualizados, para ayudar a los usuarios en la elección del método de planificación familiar que más convenga a su salud.

La consejería se debe brindar en cada contacto de los usuarios con el personal de salud, tanto de la parte institucional como de la parte comunitaria, en las diferentes modalidades de atención.

* Es el conjunto de actividades que contribuyen a garantizar la disponibilidad oportuna de insumos para la prestación de servicios de salud a los usuarios - Sistema de información para la gestión logística de insumos médicos (SIGLIM).

En el período prenatal, el MINSA tiene normado brindar consejería en planificación familiar desde la primera consulta, de forma que la usuaria pueda elegir el método anticonceptivo que más convenga a ella y su pareja. En la estrategia de plan de parto se incluye la consejería como una actividad a realizar por el personal comunitario. La consejería se brinda mediante la técnica ACCEDA.

Entrega del método anticonceptivo

La entrega del método anticonceptivo se puede realizar en las unidades de salud o en la comunidad. En las unidades de salud, se hace mediante las modalidades de PF de intervalo y/o de anticoncepción post-evento obstétrico. En la comunidad es a través de la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos. Cualquiera que fuese la modalidad empleada, la entrega del método se debe realizar utilizando los criterios médicos de elegibilidad y cumpliendo con los criterios establecidos en la norma y protocolo de PF.

Existen diferentes herramientas que favorecen el cumplimiento de esta actividad por parte del personal de salud: nota clínica de PF, guías rápidas, norma y protocolo de PF, rotafolio y hoja de registro de APEO.

Monitoreo de las actividades de prestación de servicios

Cada una de las modalidades por medio de la cual se brinda el servicio de PF, debe ser monitoreada, de manera mensual por parte de los equipos de dirección, para ello cuentan con instrumentos de monitoreo y bases de datos. El director de la unidad de salud debe designar en su equipo a un responsable del monitoreo, quien se encarga de vigilar mensualmente la calidad en la prestación del servicio de PF utilizando para ello las herramientas gerenciales destinadas para este fin.

Análisis de información y toma de decisiones

La información recolectada por el responsable del monitoreo se debe presentar a los demás miembros del equipo de dirección, durante los consejos técnicos que se realizan en la unidad de salud.

La información obtenida, debe ser sujeta de análisis y consecuente aplicación del mejoramiento continuo de la calidad utilizando ciclos rápidos, a fin de reducir o eliminar las brechas de calidad encontradas; así mismo, se debe identificar las buenas prácticas que conllevaron a un desempeño exitoso del personal de salud, en la prestación del servicio de PF.

Esta información una vez analizada a nivel local se debe remitir al nivel jerárquico superior, en el período establecido, adjuntando la documentación de los ciclos rápidos de mejoría propuestos y/o los resultados de uno ya realizado.

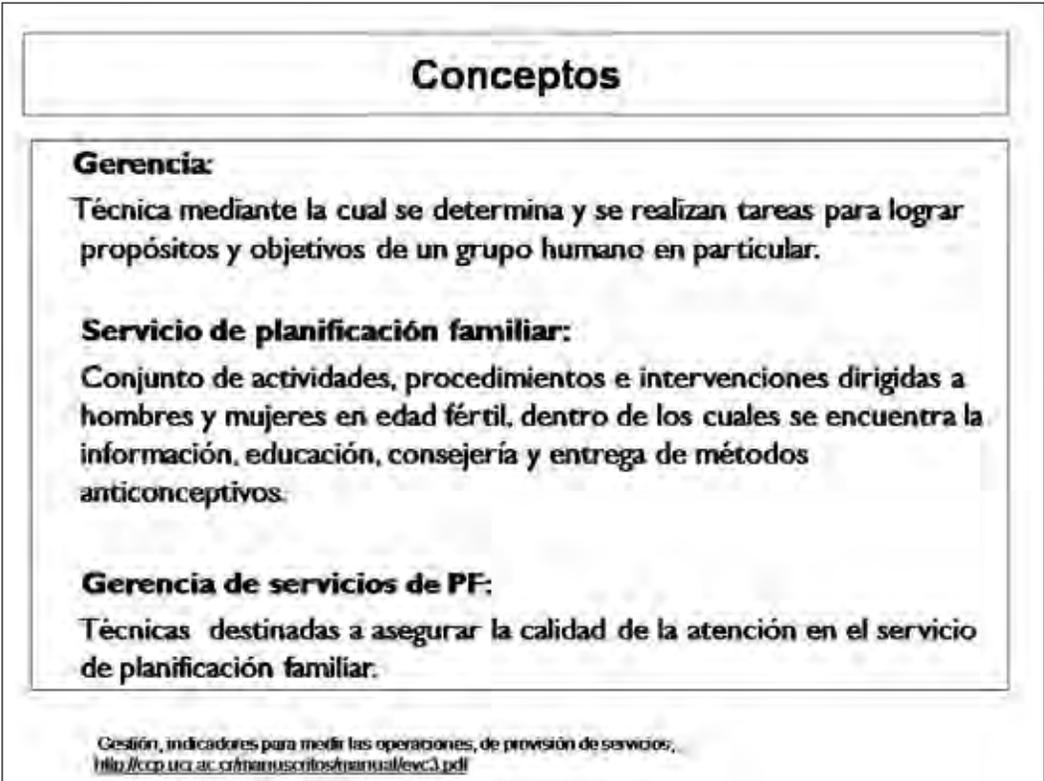
Referencias bibliográficas:

- 1 Organización Mundial de la Salud. 51° Consejo Directivo; 63ª Sesión del Comité Regional. Plan de acción para acelerar la reducción de la mortalidad materna y la morbilidad materna grave. Washington, D.C., EUA: 26 al 30 de septiembre del 2011. [acceso 12 de febrero de 2012] Disponible en: <http://207.58.191.15:8180/xmlui/handle/123456789/333> Seleccionar en la página web el enlace CD5 -12-s.pdf
- 2 Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSA). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Informe final. Nicaragua: INIDE; junio 2008. [acceso el 20 de noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
- 3 Oona M R Campbell, Wendy J Graham, Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works on behalf of The Lancet Maternal Survival Series steering group [acceso el 12 de diciembre de 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17027735>. Published Online September 28, 2006 DOI:10.1016/S0140-6736(06)69381-1
- 4 Ministerio de Salud. Manual de Anticoncepción Post-evento Obstétrico. Nicaragua: MINSA; 2001
- 5 Proyecto USAID/Deliver. Nicaragua: integración de las funciones logísticas en el Ministerio de Salud. Pág. 15. [acceso el 06 de octubre 2011] Disponible en: http://deliver.jsi.com/dlvr_content/resources/allpubs/countryreports/NG_InteLogiFunc_ES.pdf



**Gerencia en el servicio
de
planificación familiar**

Diapositiva 1



Conceptos

Gerencia:

Técnica mediante la cual se determina y se realizan tareas para lograr propósitos y objetivos de un grupo humano en particular.

Servicio de planificación familiar:

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería y entrega de métodos anticonceptivos.

Gerencia de servicios de PF:

Técnicas destinadas a asegurar la calidad de la atención en el servicio de planificación familiar.

Gestión, indicadores para medir las operaciones, de provisión de servicios,
<http://ccp.uca.ac.cr/manuscritos/manuallevc3.pdf>

Diapositiva 2

Razones para fortalecer la gerencia del servicio de planificación familiar

1. **Compromiso de Nicaragua para cumplir con el Objetivo No. 5 de Desarrollo del Milenio (ODM).**
2. **Muchas muertes maternas, están relacionadas con las limitaciones en el acceso a servicios de PF.**
3. **La PF es una estrategia de comprobada efectividad para reducir muertes maternas.**
4. **Garantizar servicios de calidad aseguran el éxito de la PF.**

Diapositiva 3

Modalidades de prestación del servicio de PF

- **Planificación familiar de intervalo**
- **Anticoncepción Postevento Obstétrico(APEO)**
- **Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)**
- **Consejería en PF durante la atención prenatal y plan de parto**

Diapositiva 4

Planificación familiar de intervalo

Es la modalidad mediante la cual se entrega el servicio de PF a:

a. Mujeres que:

- Nunca han estado embarazadas.
- Las que habiendo tenido uno o más embarazos previos, en el momento de la atención no se encuentran en estado grávido.
- Después de haber egresado de la unidad de salud por un evento obstétrico, solicitan un método anticonceptivo.

b. Hombres que soliciten un método anticonceptivo (condón y/o vasectomía)

Diapositiva 5

Anticoncepción postevento obstétrico (APEO)

Estrategia que permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método anticonceptivo, inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida.

Ministerio de Salud. Manual de Anticoncepción Post-evento Obstétrico. Nicaragua: MINSA, 2001

Diapositiva 6

Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC)

Estrategia del Ministerio de Salud diseñada para mejorar el acceso al servicio de planificación familiar de mujeres y hombres que viven en comunidades alejadas de difícil acceso.

Consiste en la entrega de métodos anticonceptivos por parte del personal comunitario capacitado (brigadistas de salud, parteras, promotores, colaboradores voluntarios) a usuarios subsecuentes, que previamente han recibido consejería y método anticonceptivo, por parte del personal de salud.

Diapositiva 7

Consejería en PF durante la atención prenatal y plan de parto

Brindada por:

- Personal de salud en las atenciones prenatales desde el primer control.
- Personal comunitario desde la captación a la estrategia de plan de parto.

Permite a las usuarias elegir con suficiente tiempo, el método que utilizarán una vez finalizado el embarazo.

Diapositiva 8



Diapositiva 9

Promoción del servicio de PF (Información y comunicación)

Información	Comunicación
<p>Requisitos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comprensible, con palabras de uso común para la población. • Científica, información real sin magnificar los beneficios ni minimizar los daños. • Resaltar la voluntariedad de la planificación familiar. 	<p>Medios para comunicar los mensajes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escritos: banners, plegables para usuarias, afiches y murales. • Masivos: radio, televisión, periódico, internet. • Interpersonal: por medio de la consejería en las unidades de salud o en las comunidades.

Diapositiva 10

Aseguramiento de los insumos anticonceptivos

La logística anticonceptiva es fundamental para la prestación del servicio de planificación familiar.

Un eficiente sistema de información y una vigilancia continua de la calidad, le permite al gerente:

- a. Programar los insumos de acuerdo con la demanda
- b. Realizar gestiones oportunas para evitar el desabastecimiento
- c. Satisfacer la demanda de los usuarios

Diapositiva 11

Atención de usuarios

Consejería

El propósito de la consejería es brindar información y orientación clara, que ayude a los usuarios en la elección del método anticonceptivo que más convenga a su salud.

Puede brindarla el personal de salud o el personal comunitario capacitado.

Utiliza la técnica ACCEDA.

Entrega del método anticonceptivo

Para la entrega del método se debe cumplir lo siguiente:

- Voluntariedad y elección informada
- Criterios de elegibilidad

Herramientas utilizadas para apoyar la entrega de MAC:

- Nota clínica de PF
- Guías rápidas
- Norma y protocolo de PF
- Rotafolio de PF
- Hoja de registro de APEO

Diapositiva 12

Monitoreo de las actividades de prestación de servicios

Las actividades de PF se deben monitorear:

- **Por un responsable de la vigilancia de la calidad designado por el gerente de la unidad de salud.**
- **Mensualmente.**
- **Utilizando las herramientas establecidas para este propósito.**

Diapositiva 13

Análisis de información y toma de decisiones

La información recolectada debe ser:

- **Presentada por el responsable de la vigilancia de la calidad a los demás miembros del equipo de dirección.**
- **Analizada en los consejos técnicos de dirección de la unidad de salud.**
- **Utilizada para la realización de ciclos rápidos cuando se identifican brechas en la atención.**
- **Utilizada para divulgación de buenas prácticas que resultaron en desempeño exitoso del personal.**
- **Remitida al nivel superior con el análisis de los resultados y las decisiones tomadas.**

Diapositiva 14

6. Herramientas gerenciales de la PF

6.1 Diseño metodológico

Subtemas

- Herramientas para la vigilancia del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención en planificación familiar
 - Instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de PF
 - Base de datos de indicadores de calidad de PF
- Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico
 - Hoja de registro de anticoncepción post evento obstétrico
 - Base de datos de anticoncepción post evento obstétrico
- Herramientas para la gerencia de la planificación familiar de intervalo
 - Hoja de registro ambulatorio
 - Base de datos de PF de intervalo
- Herramientas para la gerencia de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades
 - Hoja de registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades
 - Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades
- Herramientas para la medición de satisfacción de usuarias de PF
 - Formato de recolección de encuesta de satisfacción de usuarias de PF
 - Base de datos para procesar la encuesta de satisfacción de usuarias de PF

Competencias en el personal de salud

Este diseño metodológico está enfocado hacia el desarrollo o fortalecimiento de las siguientes competencias técnicas y gerenciales en el personal de salud:

- Registra, en forma correcta y sistemática, los datos de los servicios de PF.
- Monitorea, en forma sistemática, los indicadores de calidad de planificación familiar del MINSA.
- Utiliza, adecuada y oportunamente, los datos de las actividades de PF para el análisis del servicio y su consecuente toma de decisiones.
- Implementa, en forma precisa, ciclos de mejora de la calidad en la atención en PF.
- Elabora, en tiempo y forma, reportes correspondientes a los servicios de PF.
- Divulga sistemáticamente, a lo interno y externo de la unidad de salud, los resultados de la gerencia de la PF.

Objetivos de aprendizaje

Al finalizar el estudio del tema, los participantes serán capaces de:

- Definir estándar e indicador de calidad
- Explicar cada uno de los estándares de calidad definidos por el MINSA para la prestación del servicio de PF.
- Explicar cómo se realiza la selección de la muestra de expedientes para el monitoreo de los estándares de calidad.
- Registrar correctamente la información en el instrumento de monitoreo para los indicadores de calidad de los procesos de atención de PF.
- Utilizar correctamente el instrumento de monitoreo para los indicadores de calidad de los procesos de atención de PF para alimentar la base de datos de indicadores de calidad de PF.
- Analizar adecuadamente la información generada por la base de datos de indicadores de calidad de PF.
- Argumentar la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) como una estrategia de planificación familiar.
- Utilizar correctamente las fuentes de información de la base de datos de APEO.
- Registrar correctamente la información en la base de datos de APEO.
- Analizar adecuadamente la información generada por la base de datos de APEO.
- Utilizar correctamente las fuentes de información de la base de datos de intervalo.
- Registrar correctamente la información en la base de datos de PF de intervalo.
- Analizar adecuadamente la información generada por la base de datos de PF de intervalo.
- Argumentar la oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades como una estrategia de planificación familiar.
- Utilizar correctamente las fuentes de información de la base de datos de estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades.
- Registrar correctamente la información en la base de datos de estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades.
- Analizar adecuadamente la información generada por la base de datos de estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades.
- Procesar correctamente las encuestas de medición de satisfacción de usuarias de PF.
- Analizar adecuadamente la información generada por la base de datos sobre satisfacción de usuarias de PF.

Observación general:

Cuando el facilitador seleccione para capacitar solamente uno o dos subtemas de los que se le presentan a continuación, debe localizar, en los listados respectivos, la(s) competencia(s) y los objetivos de aprendizaje que les correspondan, a fin de guiarse por ellos en la planificación de la sesión, así como para presentarlos a los participantes al inicio de la misma.

Subtema: Herramientas para la vigilancia del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención en planificación familiar

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. El facilitador hará una introducción al tema, enfatizando en los conceptos de estándar e indicador, para ello utilizará el libro de estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención.	10 min	
2. Lectura comentada en grupo. Se formarán grupos de 4 personas, cada grupo va a leer e interpretar los estándares de calidad de PF (definición, fuente, periodicidad, técnica de recolección, aclaración).	45 min	<ul style="list-style-type: none"> • Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. MINSA, Nicaragua. Octubre 2009.
3. En plenario se solicitará que un grupo lea y explique el primer estándar con todas sus variables y así sucesivamente se asignará un estándar por grupo.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Fotocopia de hoja con los estándares e indicadores de PF
4. Presentación mediante proyección, de la matriz del censo gerencial de PF, enfatizando en el llenado correcto y la importancia de la calidad del dato.	15 min	<ul style="list-style-type: none"> • Archivos electrónicos del Instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de PF y de la base de datos respectiva
5. Exposición dialogada para presentar el instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de planificación familiar, explicando la metodología para la selección de la muestra de expedientes a monitorear, el facilitador lo ejemplificará utilizando datos de la unidad de salud.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Expedientes clínicos de usuarias del servicio de PF incluyendo algunos de púerperas
6. Demostración mediante proyección, por el facilitador, del llenado del instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de planificación familiar, utilizando datos hipotéticos. Insistir en la calificación correcta para cada indicador.	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Censo de PF con el registro de las usuarias por comunidad • Disco para determinar criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos – 2008 OMS
7. Ejercicio en grupos de 3 integrantes, como máximo, para el monitoreo de indicadores de PF, utilizando los expedientes que con anterioridad se solicitaron a los participantes (cada grupo debe tener al menos 1 de PF de intervalo y 1 de APEO). Se utilizará el instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de planificación familiar en formato impreso que se entregó al inicio de la sesión. El facilitador se movilizará entre los grupos de trabajo para aclarar dudas. En plenario discutir sobre los resultados.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Guías rápidas para la atención a usuarias de PF • Matriz impresa del instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de PF
8. Presentación de base de datos de indicadores de calidad de PF. Para la presentación el facilitador hará la proyección desde el archivo en Excel, demostrando cómo se encuentra organizada (hoja de instructivo, hojas para ingreso de la información, hoja de consolidado y hojas de gráficos, los cuales se generan de forma automática), así como, la forma de ingresar los datos y su utilidad para la toma de decisiones.	40 min	<ul style="list-style-type: none"> • Matriz impresa de la base de datos de estándares de calidad de PF
9. Ejercicio en grupos, de 4 integrantes cada uno, para llenado de la base de datos de indicadores de calidad y análisis de datos, utilizando los datos del monitoreo de los últimos tres meses. Para el análisis de esta información se entregará por grupo una guía con las siguientes preguntas:	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Guía elaborada de preguntas

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>a. ¿Cómo ha sido el comportamiento del indicador durante los meses monitoreados?</p> <p>b. Si hubo mejoría en el cumplimiento de los indicadores, ¿a qué cambio se debe ésta?</p> <p>c. Si disminuyó el nivel de cumplimiento del indicador, ¿cuáles son las causas probables y qué tipo de decisión tomará para reducir la brecha encontrada (ciclo rápido o acción inmediata)?</p> <p>10. Sondeo, en plenario, sobre dificultades encontradas en el llenado y análisis, a fin de aclarar dudas. El facilitador promoverá la elaboración de un ciclo rápido de mejora para buscar solución a las inconsistencias o brechas encontradas.</p>	20 min	

Indicaciones organizativas

Este subtema se desarrolla en una sesión de 1 día como mínimo.

Solicitar a los(as) participantes con anticipación, llevar a la sesión los siguientes materiales:

- Censo de PF con registro de las usuarias por comunidad
- Disco de criterios de elegibilidad (si cuentan con ellos)
- Guías rápidas para la atención a usuarias de PF
- Expedientes clínicos de usuarias del servicio de PF incluyendo algunos de puérperas
- Resultados del monitoreo de los últimos tres meses

A cada participante se le entregará el siguiente material impreso al inicio de la actividad:

- Fotocopia de hoja con los estándares e indicadores de PF
- Matriz impresa del instrumento para el monitoreo de indicadores de calidad de procesos de atención de PF
- Matriz impresa de la base de datos de estándares de calidad de PF

Subtema: Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción postevento obstétrico

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada acerca de la estrategia de APEO, la hoja de registro de APEO y la calidad del dato.	30 min	• Presentaciones en power point de la estrategia de APEO
2. Presentación mediante proyección, de la base de datos de APEO, enfatizando en su utilidad y la importancia del registro correcto de datos, como condición para el análisis objetivo.	30 min	• Hoja de registro de APEO
3. Demostración mediante proyección, del llenado y análisis de datos de la base de datos de APEO. Solicitar a los participantes, con la debida anticipación, los datos de anticoncepción post evento obstétrico, registrados en cualquier periodo, en su unidad de salud.	60 min	• Formato impreso de la base de datos de APEO
4. Ejercicio en grupos para llenado de la matriz de la base de datos de APEO, utilizando formato impreso. En plenario, hacer sondeo sobre dificultades encontradas en el llenado y aclarar dudas.	60 min	• Archivo en Excel de Base de dato de APEO

Indicaciones organizativas

- El subtema se debe desarrollar en una sola sesión con duración de 3 horas, como mínimo.
- Solicitar a los participantes con anticipación, llevar a la sesión los datos de APEO registrados en el periodo de un mes.

Subtema: Herramientas para la gerencia de la planificación familiar de intervalo

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada acerca de la utilidad del registro y del análisis de producción de servicios de PF, y consumo de métodos anticonceptivos.	30 min	<ul style="list-style-type: none">• Presentación en power point de PF de intervalo• Hoja de registro ambulatorio
2. Presentación del segmento “control de fertilidad” de la hoja de registro ambulatorio, haciendo énfasis en la calidad del dato.	10 min	<ul style="list-style-type: none">• Archivo en Excel de Base de dato de PF de intervalo
3. Presentación de base de datos de PF de intervalo. Para la presentación el facilitador hará la proyección desde el archivo en Excel, demostrando cómo se encuentra organizada (hoja de instructivo, hojas para ingreso de la información y hoja de consolidado), así como, la forma de ingresar los datos y su utilidad para la toma de decisiones. Puede utilizar datos hipotéticos o datos reales de la misma unidad correspondientes a un mes.	60 min	<ul style="list-style-type: none">• Datos estadísticos de control de fertilidad de un mes• Datos de consumo del SIGLIM del mismo mes de los datos de control de fertilidad• Formatos impresos de la matriz de la base de datos de PF de intervalo
4. Ejercicio en grupos para llenado de la matriz impresa de la base de datos de PF de intervalo, y para análisis de los datos registrados. Solicitar a los participantes, con la debida anticipación, los datos de producción del servicio de PF y consumo de métodos (SIGLIM) registrados en su unidad de salud. Para el análisis de la información de PF de intervalo deben tomar como guía las siguientes preguntas: a. ¿Son coincidentes los datos del total de usuarias en el período, con los del total de usuarias con método? b. Los datos de usuarias por métodos, ¿coinciden con los datos de consumo? c. Los datos sobre gestágenos orales y condones, ¿se encuentran en la cantidad máxima o mínima establecida para su entrega, incluyendo el dato de usuarias que, además de método primario, llevaron condones? d. ¿Cuál es la efectividad de la información sobre doble protección expresada en el número de usuarias que, además del método primario, llevan condones? e. Si se halla inconsistencia entre los datos, ¿cuáles son los riesgos para la salud pública? f. Si no se encuentra inconsistencia, ¿qué repercusiones positivas conlleva?	60 min	<ul style="list-style-type: none">• Papelógrafo con las preguntas escritas para el análisis

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>5. Sondeo, en plenario, sobre dificultades encontradas en el llenado de la herramienta y análisis de la información de PF de intervalo, a fin de aclarar dudas.</p> <p>El facilitador promoverá la elaboración de un ciclo de mejora, para buscar solución a las inconsistencias o brechas identificadas.</p>	30 min	

Indicaciones organizativas

- El subtema se debe desarrollar en una sesión con duración de 3 horas como mínimo.
- Solicitar a los participantes con anticipación, llevar a la sesión los datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos de un mes.

Subtema: Herramientas para la gerencia de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
1. Exposición dialogada acerca de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades.	30 min	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades • Archivo en Excel de la hoja de registro de entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades y de la base de datos respectiva • Formatos impresos de la matriz de la base de datos de entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades
2. Presentación mediante proyección, de la hoja de registro de entrega de métodos anticonceptivos, explicando el llenado y enfatizando en la importancia de la calidad del dato. El facilitador lo ejemplificará utilizando datos hipotéticos, o reales de la unidad de salud.	10 min	
3. Presentación mediante proyección, de la base de datos de entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades. Para la presentación el facilitador hará la proyección desde el archivo en Excel, demostrando cómo se encuentra organizada (hoja de instructivo, hojas para ingreso de la información y hoja de consolidado), así como, la forma de ingresar los datos y su utilidad para la toma de decisiones. Puede utilizar datos hipotéticos o datos reales de la misma unidad correspondientes a un mes.	60 min	
<p>4. Ejercicio en grupos para llenado de la matriz impresa de la base de datos de entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades, y para análisis de los datos registrados.</p> <p>Para el análisis de la información deben tomar como guía las siguientes preguntas:</p> <p>a. ¿Cuál o cuáles son las salas que entregaron métodos anticonceptivos y qué indica este dato?</p> <p>b. ¿Cuáles son los métodos de mayor frecuencia de uso por sala y cuáles son las posibles razones?</p> <p>c. A partir de los datos obtenidos, ¿qué acciones considera deben implementarse para fortalecer la estrategia?</p>	30 min	

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>5. Sondeo, en plenario, sobre dificultades encontradas en el llenado de la herramienta y análisis de la información de entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades, a fin de aclarar dudas.</p> <p>El facilitador promoverá la elaboración de un ciclo de mejora, para buscar solución a las inconsistencias o brechas identificadas.</p>	30 min	

Indicaciones organizativas

- El subtema se debe desarrollar en una sesión con duración de 3 horas como máximo.

Subtema: Herramientas para la medición de satisfacción de usuarias de PF

Indicaciones metodológicas	Tiempo	Materiales de apoyo
<p>1. Exposición dialogada acerca de la medición de satisfacción de usuarias de PF, de la encuesta y de la base de datos, demostrando cómo se encuentra organizada (hoja de instructivo, formato de la encuesta, matriz para vaciamiento y hojas para gráficos de cada una de las dimensiones de la calidad), así como, la forma de ingresar los datos y su utilidad para la toma de decisiones.</p>	60 min	<ul style="list-style-type: none"> • Presentación en power point de medición de satisfacción de usuarias de PF • Archivo en Excel de la encuesta y base de datos de medición de satisfacción de usuarias de PF • Gráficos impresos de cada una de las dimensiones de la calidad evaluadas
<p>2. Presentación mediante proyección, de la encuesta de medición de satisfacción de usuarias de PF y de la base de datos de la medición de satisfacción de usuarias de PF con datos hipotéticos.</p> <p>El facilitador contará con la base de datos completamente llena, donde se reflejará las diferentes situaciones que se pueden presentar durante el levantamiento de la encuesta.</p>	30 min	
<p>3. Ejercicio en grupos para análisis de resultados hipotéticos reflejados en gráficos tomados de la base presentada.</p> <p>A cada grupo se asignará 1 ó 2 gráficos para el análisis, según el número de participantes.</p>	30 min	
<p>4. Sondeo, en plenario, sobre dificultades encontradas en el análisis, a fin de aclarar dudas.</p> <p>El facilitador promoverá la elaboración de un ciclo de mejora para buscar solución a las inconsistencias o brechas encontradas.</p>	30 min	

Indicaciones organizativas

- Este tema se podría desarrollar de forma independiente, en una sesión de 2.5 horas.

6.2 Material de apoyo para el diseño metodológico

Ejercicio grupal

Guía de preguntas para el análisis de la información sobre el cumplimiento de los indicadores de calidad en el último trimestre

1. ¿Cómo ha sido el comportamiento del indicador durante los meses monitoreados?

2. Si hubo mejoría en el cumplimiento de los indicadores, ¿a qué cambio se debe ésta?

3. Si disminuyó el nivel de cumplimiento del indicador, ¿cuáles son las causas probables y qué tipo de decisión tomará para reducir la brecha encontrada (ciclo rápido o acción inmediata)?

6.3 Nota técnica: Herramientas para la vigilancia del cumplimiento de los estándares e indicadores de calidad de la atención en planificación familiar

Introducción

En Nicaragua la Ley General de Salud¹ establece, explícitamente, la instauración de un sistema de garantía de calidad, a fin de lograr el máximo beneficio y satisfacción de los usuarios al mejor costo y menor riesgo.

Le corresponde al Ministerio de Salud (MINSa), como órgano rector del sector salud, cumplir y hacer cumplir el sistema de garantía de calidad, el cual tiene como objeto mejorar los procesos de gestión y atención en los establecimientos proveedores de servicios de salud, públicos y privados. En este sentido, establece la utilización de estándares e indicadores de: estructura, proceso y resultado, en la provisión de los servicios de salud.

En el año 2003, el MINSa oficializó la primera serie de estándares, destinados a vigilar la calidad de los procesos de atención a la embarazada y al recién nacido en el primero y segundo nivel de atención². La razón de vigilar la calidad en este grupo de usuarios, es porque la muerte materna y perinatal constituye un problema de salud pública. Con la experiencia adquirida en el monitoreo de estos indicadores, el MINSa extendió la vigilancia de la calidad a otros procesos de atención, siendo oficializado, en el año 2009, el documento que actualiza los estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención de Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos.

La vigilancia de la calidad de atención en planificación familiar es un proceso de autoevaluación por parte de los equipos de las unidades de salud; para ello disponen de 5 estándares y 7 indicadores, cuya medición se realiza utilizando el instrumento de monitoreo de indicadores de calidad de PF (lista de chequeo), siendo ésta la fuente primaria para alimentar la base de datos destinada para este fin. Esta autoevaluación de los procesos de atención en PF se realiza en las unidades de salud de ambos niveles atención, en clínicas médicas previsionales e instituciones proveedoras de servicios de salud, donde, producto del análisis de los resultados, se realizan actividades de mejoramiento continuo de la calidad.

Estándar de calidad

Estándar: *Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado³.*

Criterios que deben cumplir los estándares⁴

Sencillez: *La sencillez debe guiar la definición de los estándares y los procedimientos de medición y verificación, de forma que sean entendibles y aplicables por todo el personal de salud.*

Validez: *Los estándares y sus indicadores de medición deben ser realmente esenciales; por ello, su definición debe estar soportada en evidencia de una relación directa entre su presencia y la prevención de un riesgo prioritario para la vida y la salud en la prestación del servicio.*

Confiable: *La forma de aplicación y verificación del estándar debe estar explícita y ser tan clara que permita una aplicación homogénea por los verificadores [por los responsables de monitoreo].*

Los estándares, una vez establecidos, deben ser conocidos por todo el personal de salud.

Indicador de calidad

Indicadores: Constituyen las variables o conjunto de variables susceptibles de ser medidas, que permiten identificar el estado actual y compararlo con el estado deseado. Estas mediciones pueden ser expresadas en números absolutos, porcentaje, tasa, razón, proporción, etc. Representan la base objetiva para realizar la evaluación de las actividades de prestación de servicios de salud, detectar desviaciones

de lo esperado y tomar decisiones dirigidas al mejoramiento continuo de la calidad de la atención. Permiten conocer el desempeño y detectar situaciones extremas o problemas que puedan ser resueltos oportunamente.

Consideraciones para el monitoreo de los indicadores

En la construcción del indicador se debe considerar la definición clara del numerador y denominador, la identificación de fuente de datos, la técnica de recolección de información, la selección de la muestra, la periodicidad en que se medirá y el o la responsable de la medición.

Estándares e indicadores de calidad del proceso de atención en planificación familiar³

El Ministerio de Salud definió cinco estándares de calidad para la prestación del servicio de planificación familiar, los cuales son medidos a través de 7 indicadores. En la tabla siguiente se presentan, textualmente, los estándares con su indicador y fuente de datos, tomados del documento oficial del MINSA.

Cuadro 2: Estándares e indicadores de calidad de PF

Estándar	Indicador	Fuente de datos
1. El método anticonceptivo entregado a la usuaria está acorde a la norma nacional de planificación familiar.	1. Porcentaje de usuarias que recibieron el método anticonceptivo acorde con los criterios establecidos en la norma.	Expedientes clínicos (Nota clínica de PF, Notas médicas y de enfermería)
2. El establecimiento de salud garantiza información sobre protección dual a usuarias/os que reciben atención en planificación familiar.	2. Porcentaje de usuarias/os que recibieron información sobre protección dual.	Expedientes clínicos (Nota clínica de PF, Notas médicas y de enfermería)
3. La usuaria/o de planificación familiar acude regularmente para seguimiento y abastecimiento del método anticonceptivo que ha elegido.	3. Porcentaje de usuarias/os que asisten regularmente de acuerdo a cita según método, para el seguimiento a las usuarias)	Censo gerencial de PF o tarjetero de PF (el que utilice la unidad de salud)
4. A toda mujer que egresa por un evento obstétrico (pos aborto, parto, cesárea, mola, pos embarazo ectópico) se le garantizará consejería y método de planificación familiar de su elección.	4.1 Porcentaje de púerperas que recibieron consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.	Historia clínica perinatal base. Hoja de registro de anticoncepción post-evento obstétrico.
	4.2 Porcentaje de púerperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar.	Historia clínica perinatal base. Hoja de registro de anticoncepción postevento obstétrico. Datos de consumo de insumos anticonceptivos.
	4.3 Porcentaje de usuarias que recibieron consejería en Planificación Familiar y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del método anticonceptivo seleccionado.	Encuestas a usuarias de PF.

Estándar	Indicador	Fuente de datos
5. El personal de salud debe asegurar que en toda usuaria a quien se le realice esterilización quirúrgica voluntaria (OTB- Minilap) se cumplan las indicaciones de la norma de planificación familiar.	5. Porcentaje de usuarias con (OTB – minilap) en quienes se cumplieron las indicaciones establecidas en la norma.	Expedientes clínicos (Nota clínica de PF; Notas médicas y de enfermería) Hoja de consentimiento informado.

Nota: Adaptada de la matriz que aparece en el documento Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud...³

Monitoreo de los indicadores de calidad de PF

La vigilancia de la calidad en la atención en PF es realizada mensualmente por los equipos de cada unidad de salud, a través de la medición de los indicadores. A continuación se describe la metodología de monitoreo para cada indicador.

Indicador No. 1: Porcentaje de usuarias que recibieron el método anticonceptivo acorde con los criterios establecidos en la norma.³

Indicador No. 2: Porcentaje de usuarias/los que recibieron información sobre protección dual.³

Para los indicadores número 1 y 2, se recomienda realizar el monitoreo mensual de 30 expedientes clínicos, los cuales se deben seleccionar utilizando la metodología aleatoria sistemática.

Para aplicar la forma aleatoria, primero debe solicitar al responsable de estadísticas de la unidad de salud, la información sobre el total de usuarias que acudieron al servicio de PF en el mes a monitorear; esta cantidad se divide entre el número de la muestra establecido, en este caso es 30; el valor resultante es el intervalo para la selección de los expedientes.

Por ejemplo, si en la unidad de salud X, en el mes Y, se atendieron 150 usuarias en el servicio de planificación familiar, este número se divide entre 30, que es el número de la muestra; esto da como resultado 5, significa que luego de tomar un expediente los restantes serán seleccionados con un intervalo de 5, hasta completar la muestra. Una vez seleccionados los expedientes, proceder a la aplicación de la lista de chequeo.

Procedimiento para monitorear

En el monitoreo del indicador número 1, **criterios de elegibilidad**, verifique en la sección de avalúo de la nota clínica de PF, las consideraciones del prestador de servicio relacionadas con el uso de los criterios en la prescripción del método, y corrobore utilizando la guía rápida o el disco de criterios médicos de elegibilidad.

En el monitoreo del indicador número 2, **protección dual**, verifique que en el expediente se encuentre registrada la información que se brindó a la usuaria sobre protección dual, ésta puede ser encontrada en la tabla de seguimiento de la nota clínica o en las notas médicas o de enfermería.

Indicador No. 3: Porcentaje de usuarias/los que asisten regularmente de acuerdo a cita según método.³

El indicador número 3 se monitorea de forma mensual, considerando el método utilizado y la comunidad de donde proviene la usuaria. Este indicador se mide únicamente en las unidades de salud de primer nivel y en las CMP.

Procedimiento para monitorear

Localice en el censo gerencial de PF a las usuarias citadas en el periodo a monitorear y verifique cuántas de ellas acudieron a su cita; esto representa la adherencia al uso de un método anticonceptivo.

Por ejemplo, en el censo gerencial de PF de la comunidad X, tenían citadas para el mes de marzo a un total de 30 usuarias y acudieron 25 a su cita; el porcentaje de cumplimiento de este indicador es de 83%. $(25/30 \times 100 = 83\%)$

Indicador No. 4.1: Porcentaje de puérperas que recibieron consejería en Planificación Familiar antes de su egreso.³

Indicador No.4.2: Porcentaje de puérperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar.³

Los indicadores número 4.1 y 4.2 corresponden a la anticoncepción postevento obstétrico, estos datos se encuentran disponibles en la base de datos de APEO. Se monitorean de forma mensual en las unidades que atienden eventos obstétricos.

Por ejemplo en el hospital X se atendieron 50 usuarias por un evento obstétrico, de ellas a 40 se les brindó consejería en PF; el porcentaje de cumplimiento de este indicador es de 80% $(40/50 \times 100 = 80\%)$ y 40 egresaron con un MAC artificial para un 100% de cumplimiento $(40/40 \times 100 = 100\%)$

Procedimiento para monitorear

Transcriba de la base de datos de APEO la información que corresponde a la consejería y al uso de métodos anticonceptivos artificiales.

Indicador No.4.3: Porcentaje de usuarias que recibieron consejería en Planificación Familiar y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del método anticonceptivo seleccionado.³

El indicador número 4.3 se toma de la dimensión de la calidad relacionada con el conocimiento en la encuesta de satisfacción de usuarias, la que el MINSA orienta realizar cada tres meses en todas las unidades de salud.

Procedimiento para monitorear

Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagado en la encuesta de satisfacción de usuarias.

Indicador No.5: Porcentaje de usuarias con (OTB-minilap) en quienes se cumplieron las indicaciones establecidas en la norma.³

El indicador número 5 se monitorea de forma mensual en las unidades de salud que realizan esterilizaciones quirúrgicas voluntarias femeninas.

Procedimiento para monitorear

- Revise el total de expedientes de usuarias a quienes se les realizó la OTB.
- Verifique la existencia de la hoja de consentimiento informado firmada por la usuaria.
- Compruebe que cumple con 1 de los siguientes 4 criterios establecidos en la Norma de PF:
 - Paridad satisfecha
 - Mujer mayor de 30 años con cualquier paridad
 - Mujer con 3 hijos vivos o más, a cualquier edad
 - Razones médicas

- Documentación y estandarización de lo positivo
- Reflexión sobre lo aprendido

En el paquete pedagógico se encuentra un acápite específico que aborda la metodología de mejoramiento continuo de la calidad.

En la siguiente figura se muestra la matriz de la base de datos de estándares e indicadores de calidad.

Figura 10: Base de datos de indicadores de calidad de PF

República de Nicaragua Ministerio de Salud												
Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar												
Unidad de Salud:		ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12	jul-12	ago-12	sep-12	oct-12	nov-12
1 Num	No. de usuarias que recibieron el MAC acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF											
1 Den	Total de expedientes clínicos revisados											
1 Ind	% de expedientes de usuarias que recibieron el método anticonceptivo acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF	#N/A										
2 Num	No. de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual											
2 Den	Total de expedientes clínicos revisados											
2 Ind	% de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual	#N/A										
3 Num	No. de usuarias que accedieron regularmente a su cita de PF según método anticonceptivo en uso											

Los gerentes de las unidades de salud y los equipos de calidad son los encargados de analizar los resultados del monitoreo, del registro de los datos en la base electrónica y de enviar un informe del análisis realizado, al o la responsable de Atención Integral de la Mujer, Niñez y Adolescencia (AIMNA) del SILAIS, en los primeros cinco días de cada mes.

Los responsable de AIMNA del SILAIS tiene la responsabilidad de dar seguimiento a los resultados del monitoreo con su respectivo análisis así como a las intervenciones planificadas.

Referencias bibliográficas:

- 1 Reglamento de la Ley General de Salud. Título IX, Sistema de Garantía de Calidad. Capítulo I. Normas Jurídicas de Nicaragua. Decreto No. 001-2003. La Gaceta No. 7 y 8 del 10 y 13 de enero del 2003. [acceso julio 2011]. Disponible en: <http://vlex.com/vid/reglamento-ley-general-salud-36216757?i>
- 2 Ministerio de Salud. Estándares e indicadores de calidad de procesos de atención de la embarazada y del recién nacido. Managua, Nicaragua: MINSA; agosto 2003.
- 3 Ministerio de Salud. Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH/Sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos. 3ª ed. Managua, Nicaragua: MINSA; octubre 2009. http://www.maternoinfantil.org/archivos/smi_D237.pdf
- 4 Ministerio de Salud. Estándares de Calidad para el Primer Nivel de Atención en Salud. Lima, Perú: Ministerio de Salud; julio del 2002. [acceso febrero 2012] Disponible en: <http://www.diresacusco.gob.pe/administracion/serums/Plan%20Mejora%20Web/Estandar1erNivel2003.pdf>

6.4 Nota técnica: Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico (APEO)

Estrategia de anticoncepción post evento obstétrico

La Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) es una estrategia que el Ministerio de Salud (MINSA) impulsa en todas las unidades que atienden eventos obstétricos. Esta estrategia permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, aborto o cesárea y antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida.

Las opciones anticonceptivas ofertadas por el MINSA, al finalizar un embarazo, son las siguientes:

Primera opción: *Lactancia Materna (MELA), Preservativo, Dispositivo Intrauterino (DIU) y Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)*

Segunda opción: *Oral: Levonorgestrel; Inyectable: Acetato de Medroxiprogesterona*

Tercera opción: *Hormonales combinados: Estrógeno/ Progesterona (posterior a los 6 meses)¹*

Dicha estrategia inició en el año 1994, como una de las principales acciones para contribuir con el mejoramiento en el cumplimiento de los indicadores de morbi mortalidad materna e infantil. Los primeros hospitales en implementarla fueron: el hospital “Bertha Calderón” de Managua y el Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Arguello” (HEODRA) de León, ambos funcionaron también como centros docentes de referencia nacional, para la capacitación del personal médico y de enfermería de otros hospitales y centros de salud del país¹.

Al inicio, la información del monitoreo de las actividades de APEO se registraba como parte de los indicadores de cuidados obstétricos esenciales (COE), tomando en cuenta solamente el dato sobre egreso de la púérpera con consejería y egreso de la púérpera con método anticonceptivo.

A partir del año 2008, se reorganizó el servicio de anticoncepción post evento obstétrico, para el monitoreo sistemático de las actividades, así como para la redefinición de la fuente de información y el diseño de una base de datos.

Parte de este proceso de reorganización del servicio de APEO, fueron las siguientes acciones:

- Creación de clínicas de planificación familiar y designación de un responsable de las mismas.
- Capacitación acerca de la Norma, Consejería y uso del Rotafolio de Planificación Familiar.
- Entrenamiento para la colocación de métodos de larga duración (DIU).
- Entrega a las clínicas de PF, de material de información, educación y comunicación.
- Abastecimiento a las clínicas de PF, con métodos anticonceptivos.
- Diseño de herramientas para el registro y monitoreo de datos de producción de servicios de planificación familiar en ambos niveles de resolución.
- Fortalecimiento del uso de la referencia y contrarreferencia.

Beneficios que ofrece la estrategia de APEO a las usuarias y a las unidades de salud

Para las usuarias: Ejercer su derecho reproductivo al alcanzar la fecundidad deseada; optar de manera libre a información y consejería sobre los métodos de planificación familiar; seleccionar el método que más responda a sus preferencias, características individuales y de pareja; ampliar sus intervalos intergenésicos y gozar de una vida sexual sana.

Para las unidades: fortalecer el vínculo entre los servicios de salud sexual y reproductiva (atención prenatal, atención del parto o aborto) y los diferentes niveles de atención, mediante el uso de la referencia y contrarreferencia, para garantizar la continuidad en la atención¹.

La estrategia de APEO se implementa a nivel nacional, tanto en unidades de salud del MINSA como en las Clínicas Médicas Previsionales (CMP). Producto de la fortaleza de esta estrategia, se ha logrado incorporar en el monitoreo de la APEO, el registro de servicios a las adolescentes y de la satisfacción de la usuaria por el método elegido desde la atención prenatal.

Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción post evento obstétrico

En la organización de la estrategia de anticoncepción post-evento obstétrico se requiere impulsar acciones para promoción, información y educación en planificación familiar; así como disponer adecuada y oportunamente de los insumos anticonceptivos; controlar y registrar la producción de servicios; consolidar mensualmente los datos; analizar la información y remitir mensualmente los datos a las unidades de procedencia y SILAIS.

Para lograr el cumplimiento de estas actividades, es necesario que el prestador cuente con herramientas que le permitan el registro y control de la prestación del servicio, y que el equipo de dirección realice la actividad de monitorear el avance de la misma; por lo tanto, estas herramientas son de utilidad para los equipos locales y niveles superiores.

Hoja de registro de anticoncepción post evento obstétrico*

Es un formato que se utiliza para el registro de la información de la atención en planificación familiar que se brinda a toda mujer, posterior a un evento obstétrico. Constituye una de las fuentes primarias de información de la base de datos de APEO, por lo que es necesario que los datos sean registrados adecuadamente para lograr una información confiable, completa, oportuna y útil, que sirva al equipo gerencial para la toma de decisiones.

El registro de la información en la hoja debe estar a cargo de quien prescribe el método anticonceptivo (personal médico o enfermería); el responsable de la clínica de APEO o el responsable de la planificación familiar en la unidad de salud, debe vigilar que esta actividad se cumpla. La fuente de información para el llenado de la hoja es el expediente clínico de la usuaria, una vez que se ha completado la atención de su evento obstétrico. La hoja cuenta con un instructivo de llenado y está disponible en archivo electrónico Excel, con formato para impresión, que permite a los equipos usarla, tanto en el formato digital como en físico. A continuación se muestra la matriz de la hoja en mención.

* La hoja de registro de anticoncepción post-evento obstétrico que se usa es una versión adaptada de la hoja de informe diario de prestación de servicio de anticoncepción post evento obstétrico indicada en el Manual de Anticoncepción Post-evento Obstétrico del MINSA (2001).

Esta base cuenta con un instructivo y está disponible en archivo electrónico Excel, con formato para impresión, lo que permite a los equipos usarla tanto en el formato digital como en físico.

A continuación la descripción de cada una de las tablas:

Registro de eventos obstétricos

En esta tabla se anota el número total de eventos obstétricos ocurrido en un mes. Este dato sirve de denominador en cada método utilizado por evento obstétrico, como a continuación se ejemplifica:

Si en una unidad se atendieron en un mes 10 partos vaginales y se aplicaron 2 DIU post parto vaginal, para calcular el porcentaje de egreso de puérperas con DIU, se toma como denominador los 10 partos vaginales, resultando la siguiente fórmula: $2 \text{ DIU} / 10 \text{ partos} \times 100$; en la base de datos este porcentaje se genera de forma automática. Este procedimiento se aplica para cada uno de los métodos por evento obstétrico.

Los datos para su llenado provienen del libro de registro de partos y del libro de procedimientos quirúrgicos de la unidad de salud (cesáreas y abortos).

Registro de consejería y métodos anticonceptivos por evento obstétrico

En esta tabla se anota la consejería brindada y los métodos anticonceptivos prescritos a la usuaria por cada evento obstétrico atendido. Esta información permite conocer el número de puérperas que reciben consejería y el tipo de método anticonceptivo que eligen, así mismo, se puede inferir la eficacia de la consejería en la decisión de usar un método anticonceptivo. Los datos para el llenado de esta tabla provienen de la hoja de registro de APEO.

Registro de las adolescentes

En la tabla **Registro de las adolescentes** se anotan los datos de las puérperas adolescentes en relación con la anticoncepción, registrándolas por grupos de edades, uso de método anticonceptivo y tipo de método con el cual egresan. Con esta información disponible, se pueden establecer mecanismos de seguimiento en el uso de métodos anticonceptivos a las puérperas adolescentes en el nivel local, que les permita prolongar el intervalo intergenésico en este grupo poblacional.

Se deben establecer mecanismos efectivos de comunicación con los equipos de salud familiar responsables de sectores, a fin de realizar la localización de adolescentes, que egresaron con algún método anticonceptivo, para dar continuidad a las actividades de planificación familiar, así como para atender a las que deseen el cambio del método y para reforzar la consejería en las que egresan sin método anticonceptivo.

Los datos registrados por las unidades de salud evidencian que: *“El 24% de las adolescentes se encuentra en unión conyugal; esta condición las expone al riesgo de un embarazo precoz. El 55% de estas adolescentes tiene el antecedente de tener, al menos, un hijo nacido vivo. El comportamiento de las adolescentes en relación con el número de uniones maritales, expresa que existe un 6% de este grupo que ha tenido más de una pareja”*²

Registro de la satisfacción por el método anticonceptivo elegido desde la APN

El Ministerio de Salud en la Normativa - 011, Normas y Protocolos para la Atención Prenatal, Parto, Puerperio y Recién Nacido de Bajo Riesgo, manda a que en todas las atenciones prenatales se brinde consejería en planificación familiar³. Para evidenciar el cumplimiento de este mandato y facilitar la atención en el postevento obstétrico, se orienta al personal de salud que brinda la atención prenatal, registre en el borde lateral izquierdo del carné perinatal, en la nota de referencia y/o en la hoja de Plan de Parto, en caso de usuarias atendidas en esta estrategia, el método elegido por la usuaria.

Existen beneficios al brindar la consejería durante la atención prenatal, tanto para las usuarias como para los proveedores de salud. A continuación se enlistan algunos:

En las usuarias:

- Tiene al menos 4 oportunidades de contacto con el personal de salud para recibir consejería y elegir el método que utilizará al finalizar su embarazo.
- Permite que en cada consulta se le aclararen dudas en relación con el método deseado.
- Facilita que la decisión de utilizar un método o finalizar su vida reproductiva, sea compartida con la pareja.
- Mejora la satisfacción de la usuaria con relación a su elección previa.

En el prestador de servicio:

- Favorece el cumplimiento de los principios de la planificación familiar: voluntariedad y elección informada.
- Disminuye la carga laboral en el personal que atiende el evento obstétrico, al recibir a la usuaria con consejería previa y un método elegido.
- Permite programar los insumos anticonceptivos en el postevento obstétrico.

El momento más oportuno para brindar consejería en planificación familiar es durante la atención prenatal, sin embargo, en aquellas usuarias que no logran tener contacto previo con una unidad de salud durante su gestación, es necesario tener presente el máximo aprovechamiento para ésta, en el momento que ingrese para la atención de su evento obstétrico.¹

La tabla de registro de la satisfacción del método anticonceptivo elegido desde la atención prenatal, refleja el porcentaje de púerperas a quienes se les satisfizo su demanda por método elegido. El numerador es el total de usuarias a quienes se les entrega el método elegido durante su atención prenatal. El denominador es el total de usuarias que tenían registro del método elegido en su carné perinatal, en la nota de referencia y/o en la hoja de Plan de Parto.

Al igual que en todas las estrategias, el monitoreo de la anticoncepción postevento obstétrico es de especial relevancia para dar seguimiento continuo a las actividades de la estrategia de APEO, la identificación de oportunidades de mejora, la toma de decisiones de forma oportuna y el seguimiento a las recomendaciones.

Referencias bibliográficas:

- 1 Ministerio de Salud. Manual de Anticoncepción Post-evento Obstétrico. Nicaragua: MINSa; 2001
- 2 Instituto Nacional de Información de Desarrollo (INIDE) y Ministerio de Salud (MINSa). Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2006/07. Informe final. Nicaragua: INIDE; junio 2008. [acceso el 20 de noviembre 2011]. Disponible en: <http://www.inide.gob.ni/endesa/InformeFinal07.pdf>
- 3 Ministerio de Salud. Normas y protocolos para la atención prenatal, parto, puerperio y recién nacido/a de bajo riesgo. Normativa – 011. Nicaragua: MINSa; 2008. [acceso el 2 de marzo de 2011]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Politic%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/1%20Normas%20y%20protocolos%20atenci%C3%B3n%20prenatal,%20parto,%20puerperio.pdf>

6.5 Nota técnica: Herramienta para la gerencia de la planificación familiar de intervalo

En las diferentes modalidades de prestación de servicio de planificación familiar que brinda el Ministerio de Salud (MINSA), las decisiones gerenciales oportunas y eficaces aseguran el acceso equitativo a los métodos anticonceptivos disponibles.

La “planificación familiar de intervalo”, es una modalidad de prestación de servicio que se brinda en las unidades de salud, públicas y privadas del país, en la cual se garantiza la consejería y entrega de métodos anticonceptivos naturales y/o artificiales. En el MINSA, se brinda, desde el nivel comunitario a través del ECMAC, hasta en el nivel institucional; en este último, en hospitales y Clínicas Médicas Previsionales, se incluye la oferta y entrega de métodos anticonceptivos a usuarios de las salas de especialidades.

En qué consiste la modalidad de “planificación familiar de intervalo”

Es un término utilizado, en el MINSA, para describir la modalidad a través de la cual se entrega el servicio de planificación familiar a usuarias que:

- Han iniciado vida sexual activa y desean evitar un embarazo.
- Tienen hijos y desean espaciar el próximo embarazo (al momento de la atención, la usuaria no se encuentra en estado grávido).
- Desean concluir su etapa reproductiva, utilizando un método anticonceptivo permanente.

Propósitos de la atención en planificación familiar de intervalo:

- Facilitar a las personas alcanzar la fecundidad deseada, ejerciendo su derecho reproductivo y gozando de una vida sexual saludable, cuando deciden posponer el primer embarazo o ampliar el intervalo intergenésico.
- Contribuir con la disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar.
- Vincular, de forma efectiva, las actividades institucionales con las comunitarias, utilizando como vía la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC).
- Aprovechar al máximo las oportunidades de contacto de los usuarios con las unidades de salud, para brindarles consejería y proporcionarles un método anticonceptivo.

Para su desarrollo se requiere:

- Disponibilidad de personal competente en el servicio de PF.
- Organización adecuada del servicio de planificación familiar.
- Funcionamiento del sistema gerencial para la logística de insumos anticonceptivos (SIGLIM).
- Dotación de los insumos, materiales y equipos necesarios.
- Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación (IEC) en la unidad de salud.

Fuentes de información para la herramienta gerencial de PF de intervalo

Las fuentes que alimentan la base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos son:

- Consolidado de la hoja de registro diario de consultas y atención integral
- Hojas de registro del sistema de información para la gestión logística de insumos médicos (SIGLIM)

A continuación se describe cada una de ellas:

Consolidado de la hoja de registro diario de consultas y atención integral

Este consolidado de registro, tiene como fuente la hoja de registro diario de consultas y atención integral, la que contiene una sección denominada “control de fertilidad”, en la cual, el personal médico o de enfermería, registra diariamente la información de la producción de servicios de PF de intervalo. Para el registro correcto en esta hoja, el prestador de servicio debe leer el instructivo de llenado, que se encuentra en el reverso de la misma.

Los responsables de estadísticas de la unidad de salud, debe consolidar, cada mes, la información registrada diariamente, luego ese dato se utiliza para alimentar la tabla de **“control de fertilidad”** localizada en la base de datos.

Hojas de registro del sistema de información para la gestión logística de los insumos médicos¹

La información del SIGLIM utilizada para el llenado de la tabla de **“consumo de métodos anticonceptivos”** en la base de datos, está disponible en los siguientes formatos:

- Informe de movimiento y solicitud de insumos médicos para puestos de salud
- Control de movimiento de insumos médicos para farmacia de centro de salud

Esta información proveniente de puestos y centro de salud, es recibida y consolidada mensualmente por el responsable de insumos médicos municipal, utilizando el formato “requisa municipal”.

El registro correcto en estos formatos, permite al gerente contar con información fiable, para realizar el análisis objetivo que contribuya con la toma de decisiones adecuadas y oportunas.

Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos*

La herramienta para la gerencia de la “planificación familiar de intervalo” es la *Base de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos*, se encuentra disponible en archivo electrónico. Esta herramienta permite articular la producción del servicio de PF con la entrega de métodos anticonceptivos a las usuarias. Para orientar el llenado adecuado de la misma, se dispone de un instructivo incorporado en la primera pestaña de la base.

Su utilidad radica en facilitar a los equipos gerenciales, el análisis mensual de la información, relacionando dos aspectos de la atención en PF, uno es el referido a usuarias a quienes se les prescribió un método anticonceptivo y el otro es el número de métodos anticonceptivos despachados por farmacia; ambas informaciones deben corresponder con el mismo periodo, para ello, los equipos de cada unidad deben unificar las fechas de entrega de información.

Con estos datos disponibles la persona designada para el monitoreo de esta modalidad, debe solicitar al responsable de insumos médicos y responsable de estadísticas, los datos que alimentan la base.

La base de datos está estructurada en tres tablas:

- Tabla de control de fertilidad
- Tabla de doble protección

* Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó, en el año 2008, la base de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos.

- Tabla de consumo de métodos anticonceptivos

En la siguiente figura se muestra la matriz de la base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos.

Figura 13: Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos

República de Nicaragua
Ministerio de Salud
Base de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos
Tablas de registro de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos

Unidad de Salud:	ene -12		feb -12		mar -12		abr -12		may -12		jun -12		jul -12		ago -12		sep -12		oct -12		nov -12		dic -12		Total			
	No.	%	No.	%																								
Ingreso Real	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Ingreso al Programa	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Captación	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####
Subsecuentes	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Total de Usuaris del periodo	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
DIU	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Gestágenos orales	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Inyectable mensual	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Inyectable trimestral	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Condomes	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
MELA	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
OTB	####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####
Total de Usuaris por Método	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	

	ene -12		feb -12		mar -12		abr -12		may -12		jun -12		jul -12		ago -12		sep -12		oct -12		nov -12		dic -12		Total		
	No.	%	No.	%																							
Usuaris que además del método primario llevaron condones		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		####		0	####

	ene -12		feb -12		mar -12		abr -12		may -12		jun -12		jul -12		ago -12		sep -12		oct -12		nov -12		dic -12		Total		
	No.	%	No.	%																							
Métodos Anticonceptivos																											
DIU																											0
Gestágenos orales																											0
Inyectable mensual																											0
Inyectable trimestral																											0
Condomes																											0

Cada tabla posee 12 columnas, correspondientes a los meses del año

A continuación se describe cada una de las tablas:

Tabla de control de fertilidad

Dicha tabla está destinada al registro de las usuarias de métodos anticonceptivos, que reporta mensualmente el sistema de información estadística, a través de la serie cronológica de “atención a la mujer”, en la sección de control de fertilidad.

De ésta obtenemos información sobre la clasificación de las usuarias, en captación y subsecuente, así como, el tipo de método anticonceptivo prescrito. Es necesario que en esta base, la información de los métodos anticonceptivos inyectables se ingrese de forma separada, los de aplicación mensual y los de aplicación trimestral; además, que se registren las esterilizaciones quirúrgicas voluntarias en aquellas unidades donde efectúan el procedimiento.

Tabla de doble protección

Esta tabla tiene dos propósitos:

- Mostrar la tendencia de uso de la “doble protección” (uso de un método anticonceptivo más el preservativo), permitiendo inferir si se está brindando información sobre protección dual.
- Justificar el egreso de condones junto a otro método anticonceptivo para una misma usuaria.

Tabla sobre consumo de métodos

Para el llenado de esta tabla se utilizan los datos mensuales de consumo de métodos anticonceptivos, clasificados por tipo y cantidad despachada, que se encuentran en el informe de movimiento y solicitud de insumos médicos para puestos de salud y control de movimiento de insumos médicos para farmacia de centro de salud.

Una característica de esta tabla es que hace una relación automática entre la prescripción de los métodos y el egreso del insumo de la farmacia, señalando con colores la coincidencia entre estos dos datos; el color verde indica que el valor de consumo se encuentra dentro del rango esperado; el rojo indica que el valor de consumo se encuentra fuera del rango esperado según las usuarias atendidas, esto facilita el análisis por parte del equipo.

Para establecer la relación entre los datos, se consideró el consumo de métodos anticonceptivos establecidos por el Ministerio de Salud, el cual se detalla a continuación:

- Gestágenos orales: un ciclo en usuarias de captación y tres ciclos a usuarias subsecuentes.
- Inyectables mensuales y trimestrales: una ampolla por usuaria.
- DIU: un dispositivo por usuaria.
- Condones: 15 unidades para usuarias en captación y 45 unidades para las subsecuentes. Aquí se incluye la cantidad de condones entregados a las usuarias que llevan doble protección.

Referencias bibliográficas:

- 1 Ministerio de Salud. Sistema de Información para la Gestión Logística de Insumos Médicos (SIGLIM). Manual de Procedimientos. 2ª ed. Nicaragua: MINSa; octubre 2007. Páginas 20, 21, 26 y 27. [acceso el 18 de noviembre de 2011]. Disponible en <http://72.249.20.135/wordpress-mu/mexico/files/2011/07/Nicaragua-Sistema-de-informaci%C3%B3n-para-la-gesti%C3%B3n-log%C3%ADstica-de-insumos-m%C3%A9dicos.pdf>
- 2 Ministerio de Salud. Capítulo 7: Métodos femeninos de Planificación Familiar. Manual de Salud Reproductiva. Nicaragua: MINSa; 1996.

6.6 Nota técnica: Herramientas para la gerencia de la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades

Introducción

Diariamente ingresan en hospitales y Clínicas Médicas Previsionales (CMP), mujeres en edad fértil aptas para el uso de métodos anticonceptivos; sin embargo, en los ambientes de atención, el personal de salud se limita a tratar la patología por la cual acuden a la consulta. Una atención integral e integradora en los servicios de salud, permite la identificación del riesgo reproductivo, y brinda la oportunidad de prevenir un embarazo de alto riesgo que pone en peligro la vida de la mujer y encarece los costos de la atención.

El Ministerio de Salud (MINSA), en su normativa de planificación familiar, incorpora en la sección relacionada con los factores de riesgo reproductivo, la indicación referida al aprovechamiento de todas las oportunidades de contacto de las mujeres con los servicios de salud, para ofrecer información sobre planificación familiar, tal como se muestra a continuación.

El personal de salud o los recursos comunitarios que atienden a la usuaria, deben dar prioridad en la atención de mujeres que presentan algún factor de riesgo reproductivo, con la seguridad de que la Planificación Familiar evitará la aparición de embarazos de riesgo y embarazos no deseados.

En todas las atenciones a la mujer, se deben buscar antecedentes de embarazos de riesgo o mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo, a fin de orientarlas a la utilización de métodos anticonceptivos y prevenir la aparición de embarazos no deseados, de riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.¹

En toda prestación de servicio existen oportunidades de mejora, por lo que ofrecer métodos anticonceptivos en todos los puntos de atención del establecimiento de salud, es clave para hacer de la planificación familiar una estrategia accesible a todas las personas. Por ejemplo, cuando una madre lleva a sus hijos para vacunar debería ofrecerse métodos de planificación familiar al mismo tiempo y no pedirle que regrese otro día. Deben respetarse sus derechos humanos cuidando mucho la privacidad y haciendo la planificación familiar accesibles a todos incluyendo las jóvenes y las solteras².

Tomando en cuenta todo lo anterior, el MINSA orientó a partir del año 2011 la estrategia de oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades, la cual se describe a continuación.

Descripción de la estrategia

La estrategia consiste en la organización de la oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades, consulta externa y emergencia, de tal manera que se pueda aprovechar, al máximo, cada oportunidad de contacto con los usuarios, para ofertarle el servicio de planificación familiar y garantizarle la obtención de los métodos anticonceptivos elegidos.

Dónde se implementa la estrategia

En hospitales y CMP del MINSA, en las salas de especialidades de: Medicina Interna, Cirugía, Ortopedia, Pediatría, Ginecología, así como en los Servicios de Consulta Externa y de Emergencia.

A quiénes está dirigida la estrategia

- A mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, aptas para el uso de métodos anticonceptivos y que poseen o no un factor de riesgo reproductivo, ya sea que estén en condición de paciente o de acompañante.
- A hombres que se encuentren en condición de paciente o de acompañante.
- Igualmente a personal de la unidad de salud que sea usuaria/o de un método anticonceptivo.

Requisitos para la implementación de la estrategia

- Compromiso de los gerentes de la unidad de salud.
- Personal de salud capacitado en la Norma y Protocolo de PF.
- Disponibilidad de material informativo sobre PF accesible a los usuarios:
 - Afiches
 - Murales
 - Banner
 - Plegables
 - Videos
 - Cuñas radiales
- Disponibilidad de material de apoyo para el prestador de servicio:
 - Norma de Planificación Familiar
 - Rotafolio sobre PF
 - Guías rápidas para la atención en PF
- Disponibilidad de los métodos anticonceptivos.
- Existencia de una fuente de información:
 - Hoja de registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades
- Designación de una persona responsable del monitoreo de la estrategia.
- Diseño del flujo de la atención
 - Consejería en PF
 - Retiro del método
 - Aplicación del método
 - Registro de la información
 - Remisión de la información

Herramientas para la gerencia de la estrategia

Hoja de Registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades*

Es la fuente primaria de información de esta estrategia; debe estar disponible en cada sala de especialidad, en la de consulta externa y en la de emergencia. Tiene la particularidad de contar con un acápite referido a los/as trabajadores de la unidad de salud que son usuarias/os de métodos anticonceptivos, con el propósito de satisfacer su necesidad de planificación familiar.

Esta hoja cuenta con un instructivo de llenado y está disponible en archivo electrónico Excel, con formato para impresión, lo cual permite a los equipos usarla tanto en el formato digital como en físico.

* Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó en el año 2011 la hoja de registro de la entrega y oferta de métodos en las salas de especialidades.

Figura 15: Base de datos de oferta de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

República de Nicaragua																
Ministerio de Salud																
Oferta y Entrega de Métodos Anticonceptivos a Usuarías(os) en las Salas de Especialidades																
Unidad de Salud:		SILAIS:										Mes: Enero		Año: 2012		
Salas de especialidades	Usuarías(os) por método anticonceptivo														Total de usuarias(os) de métodos por sala de especialidad	
	Natural		Condón		DIU		Hormonales						OTB			
							Inyectables			Orales						
	No.	%	No.	%	No.	%	1 mes		3 meses		Orales		No.	%		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicina Interna		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Cirugía		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Pediatría		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Ortopedia		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Ginecología		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Consulta externa		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Emergencia		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Trabajadores/as del hospital o CMP		#####		####		####		####		####		####		####	0	# DIV/0
Total	0		0		0		0		0		0		0		0	
% usuarias(os) por tipo de MAC	# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0		# DIV/0	

Referencias bibliográficas:

1 Ministerio de Salud. Norma y Protocolo de Planificación Familiar. Nicaragua: MINSA; agosto 2008. [acceso el 26 de enero 2012]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.ni/publidoc/Politicasy%20P%C3%BAblicas%20y%20Legislaci%C3%B3n/NORMA%20Y%20PROTOCOLO%20PF.pdf>

2 JUDITH A. FORTNEY, PhD* and MADELINE LEONG, BScw. Saving Mother's Lives: Programs That Work. Clinical Obstetrics and Gynecology. Volume 52. . Number 2, 224–236. [acceso el 20 de noviembre de 2011]. Disponible en: www.clinicalobgyn.com

6.7 Nota técnica: Herramienta para la medición de satisfacción de usuarias de PF

Para los usuarios, la calidad depende principalmente de su interacción con el personal de salud, de atributos tales como el tiempo de espera, el buen trato, la privacidad, la accesibilidad de la atención y, sobretodo, de que obtenga el servicio que procura.

En la mejoría continua de la calidad de atención es necesario conocer la satisfacción de los usuarios, la cual tiene carácter subjetivo, ya que depende no sólo de la calidad de los servicios, sino también de sus expectativas con relación al servicio recibido. Los usuarios están satisfechos cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas. Si las expectativas de los usuarios son bajas, aunque los usuarios tengan acceso limitado a cualquiera de los servicios, podría suceder estén satisfechos con recibir servicios relativamente deficientes.

En la mejoría continua de la calidad los usuarios pueden participar de dos formas: por medio de **quejas y sugerencias**, y a través de **encuestas**. Las encuestas más utilizadas en los servicios de salud son las de satisfacción de usuarios, aplicadas después de recibida la atención, tal como la que se aplica en planificación para la medición de la satisfacción de usuarias.

Encuesta de satisfacción de usuarias de planificación familiar*

El Ministerio de Salud tiene establecido, para el proceso de mejoramiento continuo de la calidad, la aplicación de encuestas de satisfacción de usuarias de PF cada tres meses, con el objetivo de conocer la percepción que tienen las usuarias sobre la prestación del servicio mencionado que se brinda en las unidades de salud, para luego, con base en esos resultados, realizar intervenciones que mejoren la situación encontrada.

La importancia de conocer la percepción de las usuarias de PF, acerca del servicio recibido, radica en que de ello depende que acuda o no en búsqueda de atención, elija un método, continúe usando el método anticonceptivo, siga las instrucciones del prestador de servicios sobre el uso correcto del método, regrese a la unidad de salud y recomiende el servicio a otra usuaria.

La encuesta está disponible en un archivo electrónico en Excel, y se encuentra organizada en las siguientes hojas: instructivo, formato para recolección de la información, matriz para vaciamiento de los datos, hojas que generan gráficos de forma automática para cada dimensión de la calidad evaluada, y una hoja con un gráfico que consolida el resultado de la encuesta con usuarias satisfechas, como se muestra en la figura a continuación.

* Con apoyo de USAID/HCI en el año 2008, se diseñó la encuesta de satisfacción de usuarias de PF en las unidades de salud.

El “**tiempo de espera**” se refiere a la cantidad de tiempo transcurrido desde que la usuaria ingresa a la unidad de salud hasta que recibe su método anticonceptivo. La espera que experimenta la usuaria tiene efecto sobre la satisfacción, a menor tiempo de espera aumenta la percepción de satisfacción; al contrario, un excesivo tiempo de espera, disminuye esta percepción. La tabla muestra los criterios establecidos para el tiempo de espera y los valores asignados a cada uno.

Tiempo de espera		
<15 min	15/30 min	>30 min
2	1	0

La dimensión “**información recibida**” indaga si la usuaria recibió información por parte de los prestadores de servicio, en dos puntos de la atención: en admisión y en el ambiente de atención de PF, en el segundo, hace referencia a la información sobre los métodos anticonceptivos, la cual pudo brindarla el médico, la enfermera o ambos prestadores.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD														
Admisionista					Médico					Enfermería				
Brinda Información		Trato			Brinda Información sobre MAC		Trato			Brinda Información sobre MAC		Trato		
Si	No	Bueno	Regular	Malo	Si	No	Bueno	Regular	Malo	Si	No	Bueno	Regular	Malo
1	0	2	1	0	1	0	2	1	0	1	0	2	1	0

La respuesta obtenida en esta dimensión es Si o No y el valor asignado es 1 y 0 respectivamente.

La dimensión “**trato**” se refiere al proceder, ya sea de obra o de palabra, del prestador de servicio para con la usuaria del servicio de PF. Se han definido tres categorías: bueno, regular y malo.

En salud, **buen trato** se define como el trato digno y respetuoso; lenguaje adecuado y comprensible; aplicando las normas de cortesía y amabilidad generalmente aceptada; que las personas atendidas sean tratadas y llamadas por su nombre; protegiendo la privacidad de las personas durante la atención.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD														
Admisionista					Médico					Enfermería				
Brinda Información		Trato			Brinda Información sobre MAC		Trato			Brinda Información sobre MAC		Trato		
Si	No	Bueno	Regular	Malo	Si	No	Bueno	Regular	Malo	Si	No	Bueno	Regular	Malo
1	0	2	1	0	1	0	2	1	0	1	0	2	1	0

“Muchos de los éxitos en la vida dependen de cómo uno sepa tratar a los demás”

La dimensión “**privacidad**” se refiere al derecho de la usuaria, a recibir atención en un ambiente que le proteja de cualquier intromisión visual o auditiva, por personas ajenas a la atención, de forma que se sienta en libertad para expresarse, cómoda para recibir información y para que se le realicen los procedimientos requeridos en su consulta.

Privacidad	
Sí	No
1	0

La respuesta obtenida en esta dimensión es Sí o No y el valor asignado es 1 y 0 respectivamente.

La dimensión “**limpieza**” se refiere a las instalaciones del consultorio y servicio higiénico; en este último, además de las categorías definidas de bueno, regular y malo, se incluye No aplica, cuando la usuaria no utilizó este servicio, en este caso no se le asigna valor.

Limpieza						
Consultorio			Servicio higiénico			
B	Re	M	B	Re	M	N/A
2	1	0	2	1	0	

Resultado de la encuesta

Se considera que una usuaria está satisfecha con el servicio recibido, cuando se han cumplido al menos el 90% de sus expectativas con respecto a la calidad de la atención.

Identificar los elementos de la atención que determinaron satisfacción o insatisfacción en las usuarias es de utilidad a los gerentes, para reforzar y mantener los aspectos positivos en los primeros, así como para hacer las correcciones necesarias en los segundos. En el caso de ser varios los aspectos que causan insatisfacción, se debe priorizar los de más bajo puntaje y realizar ciclos de mejora continua de la calidad.

6.8 Ayudas visuales para el diseño metodológico

Herramientas para la gerencia de la estrategia de Anticoncepción Postevento Obstétrico (APEO)

Fortaleciendo la atención en planificación familiar,
en las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención

Diapositiva 1

Anticoncepción Postevento Obstétrico es...

Una estrategia que permite a la mujer, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva.

Se basa en el uso de métodos anticonceptivos temporales o permanentes.

Se brinda inmediatamente después de un parto, cesárea, aborto, embarazo molar, embarazo ectópico y **antes de ser egresada de la unidad de salud en la que ha sido atendida.**

Contribuye a **fortalecer el servicio de planificación familiar**, en las unidades de salud del primero y segundo nivel de atención.

Ministerio de Salud, Manual de Anticoncepción Post-evento Obstétrico, Nicaragua, MINSAL, 2001

Diapositiva 2

Acciones realizadas en las unidades de salud durante la implementación de la estrategia

- Creación de clínicas de planificación familiar y designación de un responsable.
- Capacitación en la norma, consejería y uso del rotafolio de planificación familiar.
- Entrenamiento en el uso de los métodos de larga duración.
- Abastecimiento a las clínicas de PF con material de información, educación y comunicación.
- Abastecimiento a las clínicas de PF con métodos anticonceptivos.
- Diseño de herramientas para recolección y monitoreo de datos de producción de servicios de planificación familiar en ambos niveles de resolución.
- Fortalecimiento del uso de la referencia y contrarreferencia.

Diapositiva 5

Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción postevento obstétrico

**Hoja de registro
de
anticoncepción post evento obstétrico**



Base de datos de anticoncepción post evento obstétrico

Diapositiva 6

Considere que:

En caso que la usuaria eligió OTB o DIU debe verificar que en el expediente clínico se encuentre la hoja de consentimiento informado, con la firma de la usuaria y su número de cédula si la tiene; si la hoja se encuentra en el expediente escriba "Sí " caso contrario escriba "No".

En el caso que amerite una observación: anote lo que considere relevante y que no está contemplado dentro de las variables, que es de utilidad en el seguimiento a la usuaria.

Por ejemplo, cuando el método elegido desde la atención prenatal no se corresponde con el método aplicado o cuando la usuaria con alto riesgo reproductivo egresa sin método, etc.

Diapositiva 9

Herramientas para la gerencia de la estrategia de anticoncepción postevento obstétrico

Hoja de registro
de
anticoncepción post evento obstétrico



Base de datos de anticoncepción post evento obstétrico

Diapositiva 10

Registro de eventos obstétricos

Anotar el número de eventos obstétricos ocurridos en un mes, en la unidad de salud

Evento obstétrico	Número
Partos	
Cesareas	
Abortos	
Óbitos	
Embarazo ectópico	
Embarazo molar	
TOTAL	0

Estos datos son los que deben ser ingresados primeramente, ya que permiten la activación de las fórmulas en las tablas de "Registro de Consejería y Métodos Anticonceptivos por Evento Obstétrico" y "Registro de las adolescentes".

Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó en el año 2008 la base de datos para el seguimiento de las actividades de APEO en las unidades de salud que atienden eventos obstétricos.

Diapositiva 13

Registro de consejería y métodos anticonceptivos por evento obstétrico

A continuación registrar la consejería y los métodos anticonceptivos entregados a las puérperas por cada tipo de evento obstétrico atendido.

1 Tipo de evento obstétrico	2 Unidad de salud	3 Método	4 Atención por evento												5 Total de eventos obstétricos	6 % de mujeres registradas con métodos de las que recibieron consejería	7 Total de métodos por evento obstétrico	
			5 Consejería				6 Métodos				7 Métodos							
			1 mes	3 meses	6 meses	1 año	1 mes	3 meses	6 meses	1 año	1 mes	3 meses	6 meses	1 año				
Parto (vaginal)																		
Parto (cesárea)																		
Aborto espontáneo																		
Aborto inducido																		
Óbito																		
Embarazo ectópico																		
Embarazo molar																		
TOTAL																		
8. Sumatoria por tipo de MAC			9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000	9.0000

Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó en el año 2008 la base de datos para el seguimiento de las actividades de APEO en las unidades de salud que atienden eventos obstétricos

Diapositiva 14

Registro de las adolescentes

Registro de las adolescentes		
Púerperas Adolescentes	No.	%
Grupo de 10 a 14 años		#####
Grupo de 10 a 14 años que egresa con un MAC		#####
Grupo de 15 a 19 años		#####
Grupo de 15 a 19 años que egresa con un MAC		#####
% de púerperas adolescentes que egresa con un MAC		#####
Ningún Método		
Natural		
Condón		
DIU		
Inyectable Mensual		
Inyectable Trimestral		
Gestágenos Orales		
OTB		
Total:	0	

Anotar los datos de las púerperas adolescentes en relación con la anticoncepción, registrándolas por grupos de edades, uso de método anticonceptivo y tipo de método con el que egresan.

Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó en el año 2008 la base de datos para el seguimiento de las actividades de APEO en las unidades de salud que atienden eventos obstétricos

Diapositiva 15

Registro de la satisfacción por el método anticonceptivo elegido desde la APN

Refleja el porcentaje de púerperas a quienes se les satisfizo su demanda por método elegido desde la atención prenatal.

El numerador es el total de usuarias a quienes se les entrega el método elegido durante su atención prenatal.

El denominador es el total de usuarias que tenían registro del método elegido en su carné perinatal, en la nota de referencia o en la hoja de Plan de Parto.

Registro de la Satisfacción del Método Anticonceptivo Elegido desde la APN

No. de púerperas a quienes se les entrega, realiza y/o aplica antes de su egreso el método elegido durante su atención prenatal.	
Total de púerperas que en su ingreso tenían registro en la HCPB o en la hoja de referencia el método elegido durante su atención prenatal.	
% de púerperas a quienes se les satisface su demanda por método elegido.	#####

Con apoyo técnico de USAID/HCI se diseñó en el año 2008 la base de datos para el seguimiento de las actividades de APEO en las unidades de salud que atienden eventos obstétricos.

Diapositiva 16

Al igual que en todas las estrategias, el monitoreo de la anticoncepción post evento obstétrico es de especial relevancia para el seguimiento continuo de las actividades de la estrategia, la identificación de oportunidades de mejora, la toma de decisiones de forma oportuna y el seguimiento a las recomendaciones.

Diapositiva 17

Planificación Familiar de Intervalo

Diapositiva 1

Planificación familiar de intervalo

Es un término utilizado, en el Ministerio de Salud, para describir la modalidad a través de la cual se entrega el servicio de planificación familiar a usuarias que:

- Han iniciado vida sexual activa y desean evitar un embarazo.
- Tienen hijos y desean espaciar el próximo embarazo.
- Desean concluir su etapa reproductiva, utilizando un método anticonceptivo permanente.

Diapositiva 2

Propósitos de la PF de intervalo

- Facilitar a las personas alcanzar la fecundidad deseada, cuando deciden posponer el primer embarazo o ampliar el intervalo intergenésico.
- Contribuir con la disminución de la demanda insatisfecha de planificación familiar.
- Vincular de forma efectiva las actividades institucionales con las comunitarias.
- Aprovechar al máximo las oportunidades de contacto de los usuarios con las unidades de salud para brindarles consejería y proporcionarles un método anticonceptivo.

Diapositiva 3

Requisitos para su implementación

- Disponibilidad de personal competente en el tema.
- Organización adecuada del servicio de planificación familiar.
- Funcionamiento del sistema gerencial para la logística de insumos anticonceptivos (SIGLIM).
- Dotación de los insumos, materiales y equipos necesarios.
- Desarrollo de acciones de información, educación y comunicación (IEC) en la unidad de salud.

Diapositiva 4

Herramienta gerencial para la PF de intervalo

Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos

Se encuentra disponible en archivo electrónico en Excel.

Cuenta con un instructivo incorporado en la primera pestaña de la base, que orienta el llenado adecuado.

Su utilidad consiste en facilitar a los equipos el análisis mensual de la siguiente información:

- Relación entre la producción del servicio de PF con el consumo de métodos anticonceptivos.
- Cantidad de usuarias que llevan dos métodos anticonceptivos (condón más otro método).

Diapositiva 5

Base de datos de control de fertilidad y consumo de métodos anticonceptivos

Está estructurada en tres tablas:

- Tabla de control de fertilidad
- Tabla de doble protección
- Tabla de consumo de métodos anticonceptivos

Diapositiva 6

República de Nicaragua
Ministerio de Salud

Base de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos
Tablas de registro de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos

Tabla de Control de Fertilidad

Unidad de Salud:	ene-12		feb-12		mar-12		abr-12		may-12		jun-12		jul-12		ago-12		sep-12		oct-12		nov-12		dic-12		Total		
	Nu.	%	Nu.	%																							
Ingreso total	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Ingreso al Programa	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Captación	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0	0000	0
Subscritores	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Total de Usarios del programa	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0
ETI	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Condominios orales	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Inyectable mensual	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Inyectable trimestral	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Condomes	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
MIFA	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
ETI	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000
Total de Usarios por método	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0

Tabla de Doble Protección

Usuarios que además del método primario usan condones:	ene-12		feb-12		mar-12		abr-12		may-12		jun-12		jul-12		ago-12		sep-12		oct-12		nov-12		dic-12		Total		
	Nu.	%	Nu.	%																							
	000		000		000		000		000		000		000		000		000		000		000		000		000		000

Tabla de Consumo de Métodos Anticonceptivos

Métodos Anticonceptivos:	ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12	jul-12	ago-12	sep-12	oct-12	nov-12	dic-12	Total
	Nu.	Nu.											
ETI													1
Condominarios													1
Inyectable mensual													1
Inyectable trimestral													1
Condomes													1

Diapositiva 7

Fuentes de información para la base de datos

1. Consolidado de la hoja de registro diario de consultas y atención integral, que alimenta la **tabla de control de fertilidad** y la **tabla de doble protección**.
2. Hojas de registro del sistema de información para la gestión logística de insumos médicos (SIGLIM), que alimenta la **tabla de consumo de métodos anticonceptivos**.

Diapositiva 8

Hoja de registro diario de consultas y atención integral

CAPTACIÓN		SUBSECUENTE
Ingreso Real	Ingreso al Programa	
Mujeres que por primera vez en su vida inician la planificación familiar, con cualquier método.	Mujeres que por primera vez en su vida acuden al MINSA buscando servicios de planificación familiar, con cualquier método.	Mujeres que acuden para un 2º control o más, por cualquier método. Incluye: a) Si cambia de un método a otro. b) Mujer que deja de planificar y meses después reinicia. c) Mujer que planifica, se embaraza y luego acude a su puerperio a planificar. d) Cambio de domicilio, si antes planificaba en el MINSA.
Se marca con una "I" en la casilla Captación.	Se marca con una "X" en la casilla Captación.	Se marcan con una "X" en la casilla Subsecuente.

Diapositiva 9

Tabla de control de fertilidad

Unidad de Salud	Tabla de Control de Fertilidad																													
	ene-12		feb-12		mar-12		abr-12		may-12		jun-12		jul-12		ago-12		sep-12		oct-12		nov-12		dic-12		Total					
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Ingreso Real	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Ingreso al Programa	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Captación	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####
Subsecuentes	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Total de Usuaris del periodo	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
DIL	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Condomes orales	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
inyectable mensual	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
inyectable trimestral	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Condomes	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
MEIA	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
OTB	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####		
Total de Usuaris por Método	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		

Obtenemos información sobre:
Clasificación de las usuarias en captación y subsecuente
Tipo de método anticonceptivo prescrito
Métodos anticonceptivos inyectables desagregados
Esterilizaciones quirúrgicas voluntarias / OTB

Diapositiva 12

Tabla doble protección

	Tabla de Doble Protección																											
	ene-12		feb-12		mar-12		abr-12		may-12		jun-12		jul-12		ago-12		sep-12		oct-12		nov-12		dic-12		Total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Usuaris que además del método primario utilizan condones:	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####

Esta tabla tiene dos propósitos:

1. **Mostrar la tendencia de uso de la doble protección (uso de un método anticonceptivo más el preservativo), permitiendo inferir acerca de la información brindada por el personal de salud sobre protección dual.**
2. **Justificar el egreso de condones junto a otro método anticonceptivo para una misma usuaria.**

Diapositiva 13

Tabla consumo de métodos anticonceptivos

Tabla de Consumo de Métodos Anticonceptivos													
	ene-12	feb-12	mar-12	abr-12	may-12	jun-12	jul-12	ago-12	sep-12	oct-12	nov-12	dic-12	Total
Métodos Anticonceptivos	No.	No.											
Dil													
Gestagenos orales													
inyectable mensual													
inyectable trimestral													
Cuadernos													

Relaciona automáticamente la prescripción de los métodos y el egreso del insumo de la farmacia, señalando con colores la coincidencia entre estos dos datos.

El color verde indica que el valor de consumo se encuentra dentro del rango esperado.

El color rojo indica que el valor de consumo se encuentra fuera del rango esperado según las usuarias atendidas.

Diapositiva 14

La utilización correcta de los formatos diseñados para el registro de la información facilita el análisis adecuado y conlleva a la toma de decisiones oportunas.

Diapositiva 15

Estrategia de Oferta y Entrega de Métodos Anticonceptivos en las Salas de Especialidades

Diapositiva 1

Descripción de la estrategia

Consiste en la organización de la oferta y entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades, consulta externa y emergencia, de tal manera que se pueda aprovechar, al máximo, cada oportunidad de contacto con los usuarios, para ofertarle el servicio de planificación familiar y garantizarle la obtención de los métodos anticonceptivos elegidos.

Diapositiva 2

Dónde se implementa la estrategia

En hospitales y Clínicas Médicas Previsionales (CMP) del MINSA, en las salas de especialidades de:

- Medicina Interna
- Cirugía
- Ortopedia
- Pediatría
- Ginecología

Así como en:

- Servicios de consulta externa
- Emergencia

Diapositiva 3

A quiénes está dirigida

- A mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, aptas para el uso de métodos anticonceptivos y que poseen o no un factor de riesgo reproductivo, ya sea que estén en condición de paciente o de acompañante.
- Hombres que se encuentren en condición de paciente o de acompañante.
- Personal de la unidad de salud que sean usuarios de un método anticonceptivo.

Diapositiva 4

Requisitos para la implementación de la estrategia

1. Compromiso de los gerentes de la unidad de salud.
2. Personal de salud capacitado en la Norma y Protocolo de PF.
3. Disponibilidad de material informativo sobre PF accesible a los usuarios:
 - Afiches
 - Murales
 - Banner
 - Plegables
 - Videos
 - Cuñas radiales

Diapositiva 5

Requisitos para la implementación de la estrategia

4. Disponibilidad de material de apoyo para el prestador de servicio:
 - Norma de Planificación Familiar
 - Rotafolio sobre PF
 - Guías rápidas para la atención en PF
5. Disponibilidad de los métodos anticonceptivos
6. Existencia de una fuente de información:
 - Hoja de registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades

Diapositiva 6

Requisitos para la implementación de la estrategia

7. Designación de una persona responsable del monitoreo de la estrategia

8. Diseño del flujo de la atención

- Consejería en PF
- Retiro del método
- Aplicación del método
- Registro de la información
- Remisión de la información

Diapositiva 7

Herramientas para la gerencia de la estrategia

- Hoja de Registro de la entrega de métodos anticonceptivos en las salas de especialidades.



- Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

Diapositiva 8

Base de datos entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

Salas de especialidades	Usancias por método anticonceptivo													Total de usancias de métodos por sala de especialidad				
	Naturales		Condón		DIU		Métodos de barrera				Otra(s)		OTD		Total	%		
	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes						
Medicina interna	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Drogas	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Pediatría	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ortopedia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ginecología	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Consulta externa	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Emergencia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Trabajadores/as del Hospital o DMF	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
N. especialistas por tipo de MAZ	[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]	

El ingreso de los datos es responsabilidad de la persona designada para el monitoreo.

Importancia de uso:

- Registro cronológico de la información.
- Interpretación de los diferentes aspectos relacionados con la implementación y desarrollo de esta estrategia.

Con apoyo técnico de USAID/MICI se diseñó en el año 2011 la base de datos para el seguimiento de las actividades de la estrategia de entrega y oferta de métodos en las salas de especialidades.

Diapositiva 11

Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

Salas de especialidades	Usancias por método anticonceptivo													Total de usancias de métodos por sala de especialidad				
	Naturales		Condón		DIU		Métodos de barrera				Otra(s)		OTD		Total	%		
	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes	3 meses	1 mes						
Medicina interna	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Drogas	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Pediatría	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ortopedia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ginecología	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Consulta externa	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Emergencia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Trabajadores/as del Hospital o DMF	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
N. especialistas por tipo de MAZ	[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]		[dropdown]	

El registro de la información *por fila* permite identificar los métodos de mayor o menor frecuencia de uso y contrastar por sala, el desarrollo o grado de avance de la estrategia.

Con apoyo técnico de USAID/MICI se diseñó en el año 2011 la base de datos para el seguimiento de las actividades de la estrategia de entrega y oferta de métodos en las salas de especialidades.

Diapositiva 12

Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

Salas de especialidades	Usarios por método anticonceptivo														Total de usuarios de métodos por sala de especialidad			
	Natural		Condón		DIU		Métodos temporales						DTB					
							Inyectables			Orales								
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Medicina interna	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Orugía	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Pediatría	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ortodontía	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ginecología	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Clínica externa	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Emergencia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Trabajadores/as del hospital - OEF	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
N. referidos por tipo de MAF	a. DIV/0		b. DIV/0		c. DIV/0		d. DIV/0			e. DIV/0			f. DIV/0		g. DIV/0		h. DIV/0	

El registro de la información **por columna** refleja la frecuencia de uso de un método en particular, independientemente de la sala en que se entregue.

Con apoyo técnico de USAID/MICI se diseñó en el año 2011 la base de datos para el seguimiento de las actividades de la estrategia de entrega y oferta de métodos en las salas de especialidades.

Diapositiva 13

Base de datos de la entrega de métodos anticonceptivos a usuarios en las salas de especialidades

Salas de especialidades	Usarios por método anticonceptivo														Total de usuarios de métodos por sala de especialidad			
	Natural		Condón		DIU		Métodos temporales						DTB					
							Inyectables			Orales								
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%				
Medicina interna	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Orugía	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Pediatría	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ortodontía	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Ginecología	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Clínica externa	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Emergencia	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Trabajadores/as del hospital - OEF	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	0	0	0	0	
Total	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
N. referidos por tipo de MAF	a. DIV/0		b. DIV/0		c. DIV/0		d. DIV/0			e. DIV/0			f. DIV/0		g. DIV/0		h. DIV/0	

La última columna de la base totaliza los métodos utilizados por sala, indicando el aporte de cada sala a la entrega de métodos anticonceptivos.

Con apoyo técnico de USAID/MICI se diseñó en el año 2011 la base de datos para el seguimiento de las actividades de la estrategia de entrega y oferta de métodos en las salas de especialidades.

Diapositiva 14

El seguimiento al funcionamiento de la estrategia es fundamental para el éxito de la misma, se requiere:

Que el equipo de dirección analice la información generada y divulgue los resultados al personal de salud involucrado.

Diapositiva 15

Herramienta para la medición de satisfacción de usuarias de PF

Encuesta de satisfacción de usuarias de planificación familiar

Diapositiva 1

Calidad desde la perspectiva de los usuarios

Para los usuarios la calidad depende principalmente de:

- Su interacción con el personal de salud
- Tiempo de espera
- Buen trato
- Privacidad en la atención
- Accesibilidad de la atención
- Obtención del servicio que demanda

Diapositiva 2

Participación de los usuarios en la mejoría de la calidad

Los usuarios pueden participar de 2 formas:

1. A través quejas y sugerencias.
2. Mediante encuesta de satisfacción de usuarios.

Diapositiva 3

Satisfacción de usuarios

La satisfacción de los usuarios tiene carácter subjetivo y depende de :

Expectativas que los usuarios tienen al acudir en demanda de atención.

Los usuarios están satisfechos cuando los servicios cubren o exceden sus expectativas.

Diapositiva 4

¿Por qué medir la satisfacción de los usuarios?

De la percepción que tengan los usuarios dependerá que:

- Acuda o no en búsqueda de atención.
- Elija un método anticonceptivo.
- Continúe usando el método anticonceptivo.
- Siga las instrucciones del prestador de servicios sobre el uso correcto del método anticonceptivo.
- Regrese a la unidad de salud.
- Recomiende el servicio a otros usuarios.

Diapositiva 5

Encuesta de satisfacción de usuarias de planificación familiar

Objetivos de la encuesta:

- Conocer la percepción de las usuarias sobre la prestación del servicio de PF.
- Realizar intervenciones que mejoren la situación encontrada.

Diapositiva 6

Organización de la encuesta de satisfacción

The image shows a complex survey form with the following structure:

- Header:** "ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIAS" and "Matriz de Vaciamiento de datos".
- Form Fields:**
 - GRUPO: Municipio
 - Fecha: Día, Mes, Año
 - Periodo evaluado: I Trimestre, II Trimestre, III Trimestre, IV Trimestre
 - División de Salud
- Dimensions of the Survey (DIMENSIONES DE LA ENCUESTA):**
 - Admisión:** Atenciones, Médicos, Exámenes
 - Atención:** Días de atención, Días de espera, Días de espera por MAC, Días de espera por MAC, Otros servicios, Otros servicios por MAC, Total
 - Logros:** 1, 2, 3, 4, 5
 - Calificación:** Excelente, Buena, Regular, Mala, Pésimo
- Matrix:** A large grid for data entry with columns for each dimension and rows for different categories.
- Legend:**
 - 00: No se aplicó
 - 01: No se aplicó
 - 02: No se aplicó
 - 03: No se aplicó
 - 04: No se aplicó
 - 05: No se aplicó
 - 06: No se aplicó
 - 07: No se aplicó
 - 08: No se aplicó
 - 09: No se aplicó
 - 10: No se aplicó
 - 11: No se aplicó
 - 12: No se aplicó
 - 13: No se aplicó
 - 14: No se aplicó
 - 15: No se aplicó
 - 16: No se aplicó
 - 17: No se aplicó
 - 18: No se aplicó
 - 19: No se aplicó
 - 20: No se aplicó
 - 21: No se aplicó
 - 22: No se aplicó
 - 23: No se aplicó
 - 24: No se aplicó
 - 25: No se aplicó
 - 26: No se aplicó
 - 27: No se aplicó
 - 28: No se aplicó
 - 29: No se aplicó
 - 30: No se aplicó
 - 31: No se aplicó
 - 32: No se aplicó
 - 33: No se aplicó
 - 34: No se aplicó
 - 35: No se aplicó
 - 36: No se aplicó
 - 37: No se aplicó
 - 38: No se aplicó
 - 39: No se aplicó
 - 40: No se aplicó
 - 41: No se aplicó
 - 42: No se aplicó
 - 43: No se aplicó
 - 44: No se aplicó
 - 45: No se aplicó
 - 46: No se aplicó
 - 47: No se aplicó
 - 48: No se aplicó
 - 49: No se aplicó
 - 50: No se aplicó
 - 51: No se aplicó
 - 52: No se aplicó
 - 53: No se aplicó
 - 54: No se aplicó
 - 55: No se aplicó
 - 56: No se aplicó
 - 57: No se aplicó
 - 58: No se aplicó
 - 59: No se aplicó
 - 60: No se aplicó
 - 61: No se aplicó
 - 62: No se aplicó
 - 63: No se aplicó
 - 64: No se aplicó
 - 65: No se aplicó
 - 66: No se aplicó
 - 67: No se aplicó
 - 68: No se aplicó
 - 69: No se aplicó
 - 70: No se aplicó
 - 71: No se aplicó
 - 72: No se aplicó
 - 73: No se aplicó
 - 74: No se aplicó
 - 75: No se aplicó
 - 76: No se aplicó
 - 77: No se aplicó
 - 78: No se aplicó
 - 79: No se aplicó
 - 80: No se aplicó
 - 81: No se aplicó
 - 82: No se aplicó
 - 83: No se aplicó
 - 84: No se aplicó
 - 85: No se aplicó
 - 86: No se aplicó
 - 87: No se aplicó
 - 88: No se aplicó
 - 89: No se aplicó
 - 90: No se aplicó
 - 91: No se aplicó
 - 92: No se aplicó
 - 93: No se aplicó
 - 94: No se aplicó
 - 95: No se aplicó
 - 96: No se aplicó
 - 97: No se aplicó
 - 98: No se aplicó
 - 99: No se aplicó
 - 00: No se aplicó

Hoja con instructivo para la recolección de la información, llenado de la matriz de vaciamiento e interpretación de los datos.

Hoja usada para recolección de la información

Hoja usada para ingresar los datos de la encuesta

Hojas de gráficos generados automáticamente

Diapositiva 7

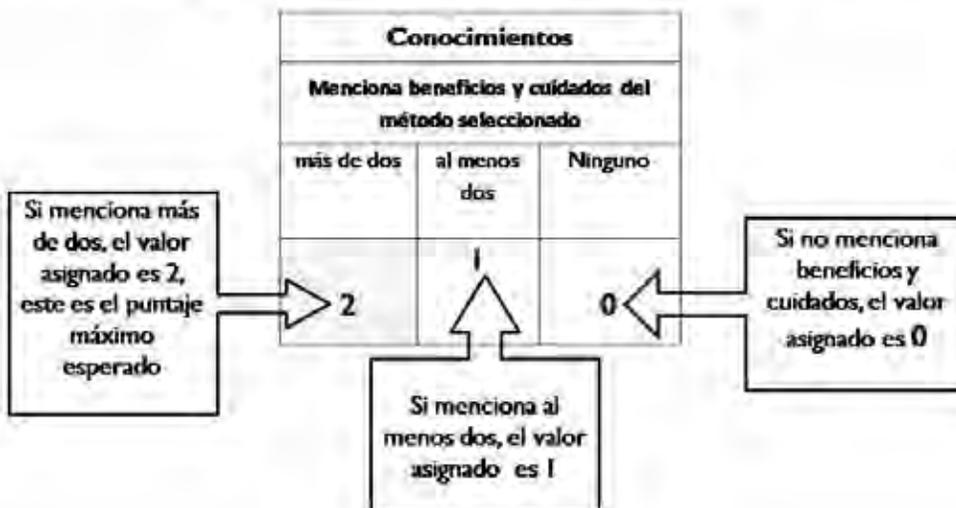
Dimensiones de la calidad que se miden en la encuesta

- Conocimiento
- Tiempo de espera
- Trato
- Información recibida
- Privacidad
- Limpieza de las instalaciones

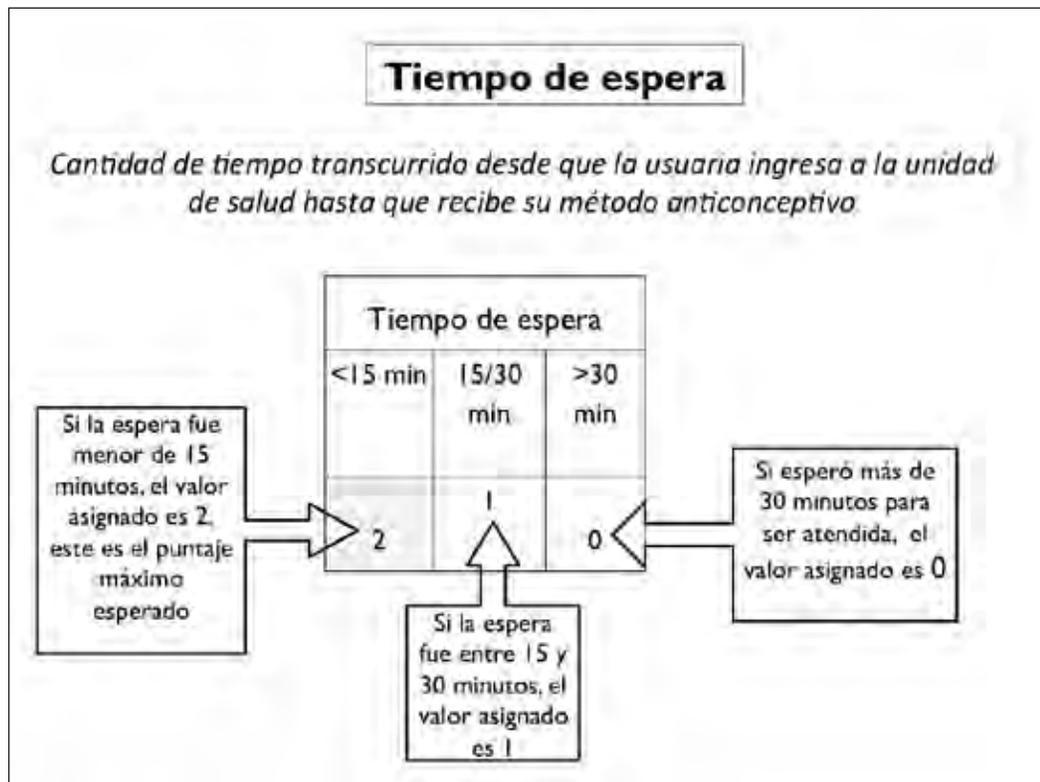
Diapositiva 8

Conocimiento

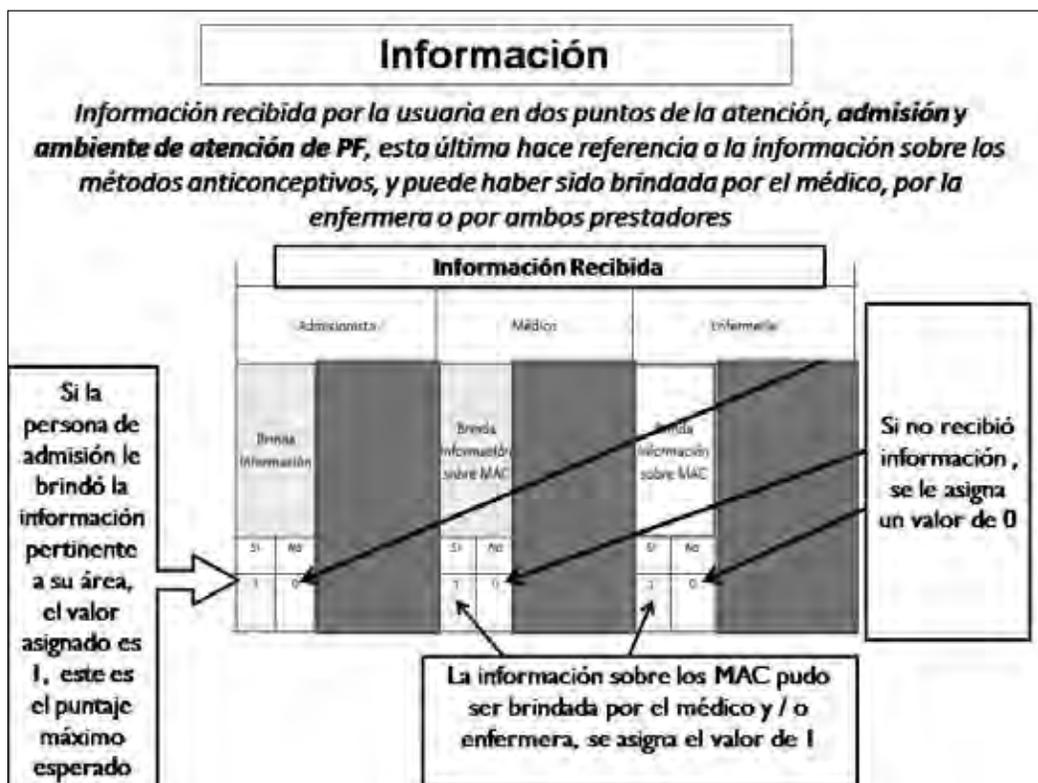
Lo que la usuaria recuerda sobre los beneficios y los cuidados que debe tener con el método anticonceptivo que eligió



Diapositiva 9



Diapositiva 10



Diapositiva 11

Trato

Proceder, ya sea de obra o de palabra, del prestador de servicio para con la usuaria del servicio de PF.

Se han definido tres categorías: Bueno, Regular y Mala

Trato Recibido								
Admissionista			Médico			Enfermera		
Trato			Trato			Trato		
Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala	Buena	Regular	Mala
2	1	0	2	1	0	2	1	0

Según la usuaria haya percibido el trato como bueno, regular o malo, se le asigna un valor de 2, 1 o 0 respectivamente.

Diapositiva 12

Privacidad

Derecho de la usuaria a recibir atención en un ambiente que le proteja de cualquier intromisión visual o auditiva por personas ajenas a la atención, de forma que se sienta en libertad para expresarse, cómoda para recibir información y para que se le realicen los procedimientos requeridos en su consulta.

Privacidad	
Sí	No
1	0

Si la usuaria refiere que hubo privacidad durante su atención, se asigna el valor de 1

Si la usuaria refiere que no hubo privacidad durante su atención, se asigna el valor de 0

Diapositiva 13

Limpeza

*Se refiere a las instalaciones del consultorio y servicio higiénico, en este último, además de las categorías definidas de **B: Bueno**, **Re: Regular** y **M: Malo**, se considera **N/A: No aplica**, cuando la usuaria no utilizó este servicio, en este caso no se le asigna valor.*

Limpeza						
Consultorio			Servicio higiénico			
B	Re	M	B	Re	M	N/A
2	1	0	2	1	0	

Diapositiva 14

Resultado de la encuesta

Se considera que una usuaria está satisfecha con el servicio recibido, cuando se han cumplido al menos el 90% de sus expectativas con respecto a la calidad de la atención.

Identificar los elementos de la atención que determinaron satisfacción o insatisfacción en las usuarias es de utilidad a los gerentes para:

- 1- Reforzar y mantener los aspectos positivos de la satisfacción.
- 2- Hacer las correcciones necesarias en el caso de insatisfacción.

En el caso de ser varios los aspectos que causan insatisfacción, se debe priorizar los de más bajo puntaje y realizar ciclos de mejora continua de la calidad.

Diapositiva 15

Si el desempeño se queda corto ante las expectativas, el usuario queda insatisfecho. Si el desempeño coincide con las expectativas, el usuario queda satisfecho. Si el desempeño excede a las expectativas, el usuario queda muy satisfecho y encantado.

Philip Kotler

Diapositiva 16

Participantes en la validación (MINSA Central, SILAIS: Managua, Chinandega, Nueva Segovia y RAAS)

1. Adilia Castrillo G.
2. Alba Nubia Montenegro
3. Alma Iris Briones
4. Alma Iris Ortiz Meléndez
5. Alma Rosa Castro
6. Álvaro García Gómez
7. Ana Lorena Telica
8. Ana Luisa Alvarado Pacheco
9. Ana Moya Baltodano
10. Angela María Durán
11. Claudia Jeannette López
12. Dalila López Pérez
13. Dilenia Romero
14. Dochyta Falcón
15. Domingo Eduardo Aguilar Leiva
16. Evert Vanegas
17. Félix Narvárez
18. Fermín Valdivia Picado
19. Gretel Sequeira Castillo
20. Inti López Salvatierra
21. Janette Joiner
22. Lidia O. Dávila
23. Liliana Polanco
24. Luis Alberto Huete
25. Ma. Ester Peralta
26. María Auxiliadora González
27. María de Jesús Pastrana
28. María del Rosario Joya
29. María del Socorro Gómez
30. María del Socorro López
31. María Esperanza Ruiz
32. María Luisa Blanco López
33. Mariángeles Pérez
34. Martha Pavón Alvarado
35. Marvin Vanegas
36. Maura Martínez López
37. Miriam Clarence
38. Ricardo Antonio Quintana
39. Rosa Margarita Silva M.
40. Santiago Aguilar
41. Silvia E. Morales V.
42. Susy Mayorga
43. Vilma Leiva Navarro
44. Wilmer Beteta López
45. Yadira Morales Espinoza
46. Yael Bryant
47. Yelba María Elizabeth



USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMÉRICA

PROYECTO DE
MEJORAMIENTO DE
LA ATENCIÓN EN SALUD