

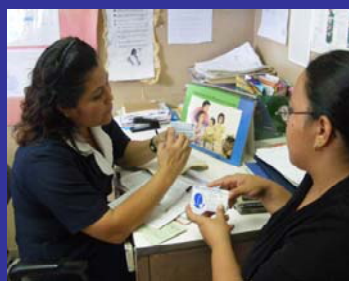
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION DE REGULACION

DIRECCION GENERAL DE SALUD

UNIDAD DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE LA MUJER

GUIA TECNICA DE ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR



EL SALVADOR, DICIEMBRE 2008

CREDITOS

MSPAS

- Dr. Jorge Cruz González, Jefe de la Unidad de Atención Integral en Salud de la Mujer
- Dra. Esmeralda Miranda de Ramírez, Colaboradora Técnica de la Unidad Integral de Salud de la Mujer
- Dra. Patricia de Muñoz, Colaboradora Técnica, Dirección de Regulación

Asistencia Técnica URC/USAID

- Dra. Emilia Gudelia Hernández Lazo, Asesor Técnico de Planificación Familiar

Asistencia Técnica UNFPA

- Dr. Mario Morales Velado, Gerente de Salud Reproductiva

Asistencia Técnica DELIVER

- Lic. Luz Elda de Aguirre
- Lic. Beatriz de Alonzo

Consultora

- Dra. Marina Padilla de Gil

Comité Técnico

- Dr. José Ángel Portillo, Director Medico Hospital Pro-Familia, ADS
- Dra. Deborah Linqui, Asociación de Ginecología y Obstetricia de El Salvador
- Dr. Mario Ernesto Soriano, Colaborador técnico, Unidad de Atención al Adolescente
- Dra. Cristina Vega de Arévalo, Supervisor técnico, Fondo Solidario para la Salud
- Dra. Susana Campos de Portillo, Jefe Departamento Prevención en Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Dra. Georgina Santamaría de Borja, Colaborador medico, Departamento de Prevención en Salud, Instituto Salvadoreño del Seguro Social
- Dra. Rosa Felisa Alvarado, Medico de apoyo al servicio, Bienestar Magisterial
- Tte. Cnel. Dr. Raúl Alfredo Aguilar Pleitez, Jefe de Ginecología, Hospital Militar Central

Comité de Validación

- Lic. Ana Silvia Landos, colaborador técnico Región Central MSPAS
- Dr. Arnoldo Pompilio Cisneros, ginecólogo Hospital Militar Central
- Dra. Blanca Leticia Cuyuch Marroquín, epidemióloga, Coordinadora Programa de Prevención de Mortalidad Materna, Región Occidente
- Lic. Celia Margarita Palacios de Rosas, enfermera Hospital Nacional de Maternidad
- Lic. Claudia Lara Tejada, enfermera Instituto Salvadoreño del Seguro Social Ilopango
- Dra. Concepción Alvarado de Infantozzi, medico consultante gineco-obstetra, Asociación Demográfica Salvadoreña
- Lic. Delmy Jeannette Avilés Figueroa, enfermera Unidad de Salud Chintuc
- Lic. Edith Cecilia de Paniagua, enfermera unidad de Salud Atiquizaya
- Dr. Efraín Mauricio Lima, ginecólogo Unidad de Salud Puerto de la Libertad
- Lic. Elizabeth de Guadrón, enfermera Sibasi Oriente, Región Metropolitana
- Dra. Eva Carolina García M., ginecóloga FOSALUD
- Dr. Juan Pio Aparicio Fuentes, supervisor Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial
- Lic. Melvin Sonia de Morales, enfermera Asociación Demográfica Salvadoreña
- Dr. Raúl Alfredo Aguilar Pleitez, ginecólogo Hospital Militar Central
- Dra. Roció Lissette Montenegro de Sánchez, ginecóloga Unidad de Salud Lourdes
- Lic. Silvia Alas de Domínguez, colaborador técnico Región Occidental
- Lic. Sonia Marleni Pozas de Martínez, enfermera Unidad de Salud Luis Poma

AUTORIDADES DEL MINISTERIO

Dr. José Guillermo Maza Brizuela

Ministro de Salud

Dr. José Ernesto Navarro Marín

Viceministro de Salud

Dr. José Roberto Rivas Amaya

Director de Regulación

Dr. Humberto Alcides Urbina

Director General de Salud

Dr. Mario Vicente Serpas

Director de Vigilancia de la Salud

Dra. Ena García

Directora de Planificación

Lic. Judith Zarate de López

Directora de Administración y Finanzas

PRESENTACION

La presente Guía de Atención en Planificación Familiar define y estandariza los procedimientos, técnicas y bases conceptuales para la provisión de estos servicios, en el marco de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud actualizadas.

La estandarización en la atención asegura la calidad en la prestación de los servicios de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, facilitando el acceso a la utilización de los diferentes métodos de Planificación Familiar, que permita lograr una mayor cobertura en beneficio de la población y su calidad de vida.

La presente es el producto de un proceso de participación y concertación de un equipo de personas expertas, representantes de diferentes instituciones del Sistema Nacional de Salud, apoyados con asistencia técnica de diferentes agencias de cooperación internacional y el soporte técnico y financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

La implementación de la presente guía en las instituciones de salud del país, proporcionará a los prestadores de servicios de Planificación Familiar en los diferentes niveles de atención, los elementos técnicos y científicos actualizados para contribuir al ejercicio de los derechos reproductivos y equidad de género, con enfoque de salud familiar, que faciliten las acciones para prevenir riesgos de salud, especialmente de la mujer, así como brindar estos servicios de acuerdo al entorno y necesidades individuales.

Por tanto se exhorta al personal responsable en cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud a unirse en el esfuerzo de aplicación de esta Guía.



Dr. José Guillermo Maza Brizuela

MINISTRO

INDICE

	Pagina
Presentación	
Índice	
Introducción	1
Objetivos	2
CAPITULO I	3
I.1 Marco Contextual	
I.2 Marco Conceptual	
DEFINICIONES	
1. Enfoque de derechos	
2. Enfoque de género	
3. Salud reproductiva	
4. Atención con enfoque de riesgo reproductivo	
5. Promoción de la Salud Sexual y Reproductiva	
6. Elección Libre e Informada	
7. Consejería: Fases de la consejería	
8. Derechos de las personas usuarias	
CAPITULO II	14
Métodos anticonceptivos temporales	
II.1 Definición	
II.2 Métodos anticonceptivos hormonales	
II.2.1 Anticonceptivos orales combinados	
II.2.2 Anticonceptivos inyectables combinados	
II.2.3 Parche combinado	
II.2.4 Anillo vaginal combinado	
II.2.5 Anticonceptivos orales solo de Progestina	
II.2.6 Anticonceptivos inyectables solo de Progestina	
II.2.7 Anticonceptivos su dérmico solo de Progestina	
II.3 Dispositivos intrauterinos (DIU)	
II.3.1 DIU de Cobre	
II.3.2 DIU hormonales	
II.4 Métodos de barrera	
II.5 Planificación Familiar Natural	

CAPITULO III **96**

Métodos anticonceptivos permanentes

- III.1 Definición
- III.2 Esterilización quirúrgica femenina
- III.3 Esterilización quirúrgica masculina

CAPITULO IV **112**

Atención a grupos especiales

- IV.1 Anticoncepción en la adolescencia
- IV.2 Anticoncepción en la perimenopausia
- IV.3 Anticoncepción post evento obstétrico
- IV.4 Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)
- IV.5 Anticoncepción en personas con VIH/SIDA
- IV.6 Atención a hombres

CAPITULO V **138**

- V.1 Apoyo técnico a la guía de atención en Planificación Familiar:
Criterios médicos de elegibilidad para uso de los anticonceptivos

CAPITULO VI **150**

- VI.1 Glosario
- VI.2 Abreviaturas

Anexos: **155**

- ♦ Anexo 1 Formulario a ser utilizado para realizar una esterilización
- ♦ Anexo 2 Hoja de consulta de Inscripción
- ♦ Anexo 3 Hoja de consulta subsecuente
- ♦ Anexo 4 Listado de productos anticonceptivos (Nombre genérico y comercial)
- ♦ Anexo 5 Cuadro resumen Criterios médicos de elegibilidad
- ♦ Anexo 6 Pasos de la consejería
- ♦ Anexo 7 Como estar razonablemente seguros que la mujer no esta embarazada
- ♦ Anexo 8 Lista de verificación para DIU
- ♦ Anexo 9 Eficacia de métodos anticonceptivos
- ♦ Anexo 10 Técnica de inserción de DIU

Bibliografía **165**

INTRODUCCION

La familia es la unidad básica de la sociedad, el enfoque del Modelo basado en su atención incluye la planificación familiar, ya que permite a hombres y mujeres la posibilidad de elegir libremente y con responsabilidad, el número y el espaciamiento de sus hijos/as y a optar por una menos numerosa, logrando beneficios en los aspectos económicos, emocionales y físicos de las familias.

Un componente esencial de la atención integral a la familia es el acceso a los servicios de Salud Reproductiva de calidad, cuya definición se enmarca en “el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos; y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuándo y con qué frecuencia”, y no sólo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

En el marco de los avances científicos y tecnológicos de los últimos años, se elabora la presente guía de atención en planificación familiar, en la cual se incorpora un marco conceptual, así como las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), revisadas en el año 2007; con el fin de que sean incorporadas a las prácticas regulares de los proveedores gubernamentales y no gubernamentales que permitan brindar una atención de calidad y calidez, facilitando el acceso a utilización de los diferentes métodos de planificación familiar.

El contenido de la presente guía incluye la descripción de cada uno de los métodos disponibles y más utilizados en el país, los naturales, la anticoncepción de emergencia, aquellos que signifiquen los avances en la materia y el uso de anticonceptivos en personas con necesidades especiales.

La correcta aplicación de ésta guía, implica la responsabilidad de los proveedores de servicios de salud de brindar la atención, en búsqueda de lograr resultados de impacto en la Salud Reproductiva de la población.

OBJETIVOS DE LA GUÍA

GENERAL

Proporcionar a los proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva los lineamientos técnicos que les permita brindar atención integral a la población, basados en avances tecnológicos y científicos disponibles, con enfoque de derechos y equidad de género.

ESPECIFICOS

1. Facilitar elementos técnicos para que los proveedores de servicios de planificación familiar brinden atención a la población en general con calidad y calidez en el uso de los diferentes métodos anticonceptivos, incluyendo las personas con necesidades especiales.
2. Proporcionar la atención integral y de calidad, considerando un amplio marco de referencia que incluya el enfoque de género, derechos, riesgo reproductivo y la elección libre e informada de los diferentes métodos de planificación familiar.
3. Aplicar los Criterios de Elegibilidad Médica actualizados como una herramienta clave en los servicios brindados que permitan la utilización segura de un método de planificación acorde al usuario/a.
4. Implementar en los servicios de salud los principios básicos para la atención, considerando la participación social, la medicina basada en la evidencia, consejería, información, seguimiento y evaluación.

CAPITULO I

I.1 MARCO CONTEXTUAL

La planificación familiar constituye alrededor del mundo una medida fundamental que ha permitido disminuir las tasas de mortalidad materna-neonatal y también mejorar las condiciones de vida de las personas, al decidir libremente el número de hijos que desean tener, como parte del ejercicio de sus derechos reproductivos.

A nivel mundial, aproximadamente la mitad de las mujeres casadas o unidas, utilizan algún método de planificación familiar, lo cual ha permitido reducir la tasa global de fecundidad y mejorar las condiciones de vida en muchos países. Aunque la situación mundial en cuanto a planificación familiar ha mejorado en las últimas décadas; se calcula que más de 120 millones de mujeres en los países en vías de desarrollo no reciben métodos de planificación familiar a pesar de necesitarlos.¹

La Encuesta de Salud Familiar de El Salvador (FESAL 2002/03²) reporta una tasa Global de Fecundidad de 2.97 hijos por cada mujer; con amplias variaciones según residencia. Las mujeres que viven en el área rural, tienen en promedio 4 hijos.

Igualmente, reporta una tasa global de uso de métodos de planificación familiar del 67.3% en mujeres casada o unidas; siendo menor en el área rural (60.1%); el método más utilizado es la esterilización femenina con un 32.7%, seguido por los inyectables con un 18.3% y los orales con un 5.8% y el porcentaje de uso de los otros métodos menor al 3%.

La edad, las condiciones especiales y la vulnerabilidad de ciertos grupos determinan el mayor o menor uso de anticonceptivos. El rango de edad de mayor uso en el país es entre los 35 y los 39 años.

¹ 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU. Correo electrónico: popref@prb.org

Internet: www.prb.org

² República de El Salvador, C.A. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/03) Informe final
PÁG. xvi

I.2 MARCO CONCEPTUAL

DEFINICIONES

1. ENFOQUE DE DERECHOS

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

En el Salvador, la salud es un derecho humano inalienable, elevado a la categoría de bien público, según el artículo 65, de la Constitución de la República. En el marco de estos derechos están incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que ya están reconocidos en las leyes nacionales, documentos internacionales y otros aprobados por consenso.

Los derechos reproductivos incluyen:

1. A la vida
2. Al más alto nivel posible de salud
3. A la libertad, seguridad e integridad personal
4. A recibir e impartir información y a la libertad de pensamiento
5. A la planificación familiar
6. A la intimidad
7. A la igualdad y a la no discriminación
8. A contraer matrimonio y fundar una familia
9. Al empleo y a la seguridad social
10. A la educación
11. A la no discriminación por razones de edad, sexo, raza o etnia, etc
12. A la vida privada y a la vida en familia
13. A disfrutar del progreso científico y a dar su consentimiento para ser objeto de experimento científico.

El enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas de las familias y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de calidad

En planificación familiar, las parejas e individuos tienen derecho a: decidir libre y responsablemente el número de hijos e hijas que desean tener, cuando y con que frecuencia y tener la educación, información y medios para lograrlo; alcanzar el estándar más alto de salud sexual y reproductiva y tomar decisiones sobre la sexualidad y reproducción, libre de discriminación, coacción y violencia.

En el marco del modelo de Salud Familiar la participación activa de la población usuaria es primordial en el ejercicio de los derechos y en la prestación de los servicios de salud y especialmente en la planificación de la familia.

2. ENFOQUE DE GÉNERO

La aplicación de la Guía de Atención en Planificación Familiar requiere de proveedores que brinden los servicios tomando en cuenta el enfoque de género; el cual plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

El concepto de género se fundamenta en los roles de los hombres y las mujeres, de los niños y las niñas, contruidos socialmente, en torno a las diferencias sexuales. Significa, igual tratamiento de las mujeres y los hombres ante la ley y las políticas y el acceso a recursos y servicios, tomando en cuenta las necesidades específicas de cada persona de acuerdo a su edad, dentro de las familias, las comunidades y la sociedad en general. La Equidad de Género significa imparcialidad y justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres y mujeres y requiere de proyectos y programas para poner fin a las desigualdades existentes.

El impulsar la igualdad, la equidad de género, el empoderamiento de la mujer y el asegurar que las mujeres cuenten con la capacidad de controlar su propia fecundidad

son los pilares de los programas relacionados con la población y el desarrollo. Es necesario que mujeres y hombres participen e intervengan equitativamente en la vida productiva y reproductiva, siendo responsables de su vida sexual, y cuando formen parejas o familia puedan compartir la responsabilidad en la planificación del número y espaciamiento de los hijos e hijas, la crianza de estos y su mantenimiento

3. SALUD REPRODUCTIVA

La definición de la Salud Reproductiva se enmarca en “el estado completo de bienestar físico, mental y social de la población salvadoreña incluyendo la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear con la libertad de hacerlo o no, cuando y con qué frecuencia”, y no solo la ausencia de enfermedades relacionadas con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Implícito en estas condiciones se encuentra el derecho de la mujer y del hombre a ser informados y tener acceso a métodos de planificación familiar seguros, efectivos, accesibles, aceptables y que sean de su elección.

4. ATENCIÓN CON ENFOQUE DE RIESGO REPRODUCTIVO

Es un abordaje de atención en salud basado en considerar factores potenciales de daños a la salud, identificando factores de riesgo como características, hechos o circunstancias que determinan la probabilidad de enfermar o morir.

Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su

riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes y en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera.

En este marco es trascendental que las personas proveedoras de servicios de planificación familiar consideren este enfoque de riesgo, como una estrategia de salud que conlleva un cambio individual, familiar, social y cultural, acordes con los derechos reproductivos de las personas.

Estas premisas deben utilizarse para la aplicación de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar, para lo cual se han incorporado un conjunto de criterios e instrumentos a fin de discriminar el nivel de riesgo y el grado de complejidad para su atención.

5. RIESGO REPRODUCTIVO

Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil como su futuro hijo, de sufrir enfermedad, lesión o muerte en caso de presentar un embarazo³. Puede estar presente por:

- Situaciones familiares y sociales.
- Factores biológicos
- Comportamientos sexuales de riesgo.

³ República de El Salvador. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica Para La Consejería en Planificación Familiar. Pág. 8

CONDICIONES DE RIESGO		
BIOLÓGICOS		SOCIALES
Riesgo si hay uno de estos factores.	Riesgo con dos o más de estos factores.	Riesgo si existe un factor asociado a factores biológicos.
• Hipertensión arterial • Diabetes • Cardiopatía • Otras Enfermedades crónicas • 2 ó más abortos • 2 ó más cesáreas • 5 ó más embarazos • Edad mayor de 35 años • Menos de 2 años del último embarazo	• 1 aborto • Muerte perinatal • 1 cesárea • Prematurez • Defectos al nacimiento • Bajo peso al nacer • Toxemia, hemorragia o infección puerperal • IVU Crónica • Adolescencia • Anomalía pélvica • Gemelaridad • Estado nutricional deficiente y anemia antes del embarazo • ITS/VIH/SIDA • VDRL positivo ó Sífilis • Endocrinopatías • Malformación uterina o cirugía uterina previa	• Unión inestable • Adicciones, delincuencia • Pobreza extrema • Analfabetismo y baja escolaridad • Prácticas sexuales de riesgo • Violencia intrafamiliar • Inaccesibilidad a los servicios de salud

Aplicado en la salud reproductiva de la mujer, considera la probabilidad de sufrir algún daño en su salud, ante la presencia de condiciones como: embarazo en edades extremas de la vida reproductiva, la concurrencia de enfermedades crónicas degenerativas, alteraciones físicas, así como de factores sociales y psicológicos que contribuyen a incrementar la morbi-mortalidad materna y perinatal.

La atención en salud con enfoque de riesgo, implica una necesidad de mayor o menor cuidado de la mujer en su salud reproductiva y planificación familiar, de acuerdo a su riesgo, lo cual se hará tomando en cuenta los recursos y tecnologías existentes y en los niveles y grados de complejidad que la atención requiera.

6. PROMOCIÓN DE LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Es el proceso que permite fortalecer los conocimientos, prácticas y actitudes de las personas para facilitar co-responsablemente el cuidado de la salud, optar por estilos de vida saludables, el logro y conservación de un adecuado estado de salud individual, familiar y colectivo; mediante actividades de participación social, comunicación y educación para la salud con un enfoque de derechos humanos y de equidad de género.

Se define la promoción de la salud como una acción motivacional, informativa, persuasiva y educativa orientada a fomentar el conocimiento de salud sexual y reproductiva y la preferencia por comportamientos humanos saludables.

La promoción de la salud aplicada a la Planificación Familiar considera:

- La implementación de políticas y leyes que favorezcan el ejercicio del libre derecho de las personas, parejas y familias a planificar el momento oportuno para tener los hijos e hijas que deseen, previa información.
- La creación de entornos saludables, el reforzamiento de acciones comunitarias, educativas y de salud, que propicien el desarrollo de habilidades personales, para la toma de decisiones informadas en relación al uso de los métodos de planificación familiar en consideración de sus necesidades. El desarrollo de estrategias de información, educación, comunicación y abogacía, dirigidas a personas claves dentro de la sociedad, a fin de sensibilizarlas para que favorezcan los programas de planificación familiar.
- La reorientación de los servicios y de los recursos de salud, referidos a la planificación familiar considerando la atención integral de las personas, parejas y grupos familiares con base en sus necesidades de uso de métodos anticonceptivos oportunamente que les permitan esperar tener hijos e hijas, espaciar los embarazos o ya no tenerlos de acuerdo a sus necesidades.
- El desarrollo de estrategias de información, educación, comunicación y abogacía, dirigidas a personas claves dentro de la sociedad, a fin de sensibilizarlas para que favorezcan los programas de planificación familiar.

7. ELECCION LIBRE E INFORMADA

Es el derecho de cada persona a decidir cuando y cuantos hijos tener, en planificación familiar es la decisión hecha por la usuaria/o con la información sobre la gama de métodos y de acuerdo a sus necesidades. Lo anterior implica que la usuaria tenga información completa sobre el método elegido: su mecanismo de acción, uso correcto, beneficios, efectos secundarios, complicaciones posibles, signos de alarma, contraindicaciones y efectividad.

La elección libre e informada estimula el uso continuado de anticonceptivos, Las personas tienden a usar por más tiempo un método de planificación familiar si lo han elegido ellas mismas.

La elección libre e informada es un aspecto clave de la planificación familiar de buena calidad

- **La elección libre e informada brinda beneficios a la usuaria y su pareja:**

- Que conozcan mejor el método que van a utilizar.
- Contribuye a que las personas tengan más control sobre su propia vida,
- Las incentiva a asumir más responsabilidad por su salud.
- Estimula el uso continuo de anticonceptivos.
- Disminuye el abandono del método.

- **Consecuencias de no asegurar una elección libre e informada.**

- Uso inadecuado de un método
- Temor e insatisfacción a causa de los efectos secundarios.
- Discontinuidad del uso del método
- Posibles riesgos de salud, al no reconocerse signos de alarma.
- Abandono de métodos
- Usuarías/os insatisfechas/os
- Baja utilización de los servicios

8. CONSEJERÍA

Es el proceso de comunicación interpersonal, entre el prestador del servicio de salud y las/os usuarios, mediante el cual se proporcionan elementos para apoyar su decisión voluntaria, consciente e informada acerca de las actividades de detección, diagnóstico y tratamiento según sea el caso⁴.

Fases de la Consejería

Se identificaron tres fases, o metas, para dar una consejería adecuada:

- 1) Pre-elección
- 2) Elección
- 3) Post-elección

En la fase pre-elección, la/el usuaria/o es recibida cálidamente y se le 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 la/el usuaria/o consideran que a ella no le son útiles de acuerdo a sus circunstancias.

En la fase de elección, el proveedor responde a las necesidades de la/el usuaria/o, ofreciéndole información adecuada y comprensible para ayudarla a escoger un método. Esto implica que sólo abordará métodos relevantes para ella. El proveedor no deberá proporcionarle toda la información conocida sobre estos métodos, pues la saturaría y confundiría. Sólo debe ser comunicada la información esencial que le permita hacer una elección preliminar de método.

En la fase de post-elección.

El proveedor debe esperar a que la/el usuaria/o elija un método para examinar contraindicaciones de uso. Si el método está contraindicado para ella, o la/el usuaria/o

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Guía Técnica de Consejería en Planificación Familiar. en anexos.

rechaza el método al conocer mayores detalles, puede regresar a un paso anterior y escoger un método alternativo. El proveedor debe asegurarse que la/el usuaria/o ha comprendido las instrucciones. Finalmente, habrá que dar seguimiento a que la/el usuaria/o sepa que hacer para asegurar la continuidad de sus metas reproductivas y resolver eventuales situaciones de emergencias.

Estas fases de la consejería permiten realizar una elección acorde con las necesidades de la usuaria y su pareja. Para poder brindar un buen servicio de consejería existen diferentes técnicas para la misma, de las más aceptadas está la técnica de ACCEDA.

Pasos de la Consejería: ACCEDA

El objetivo principal de la consejería es ayudar al la/el usuaria/o 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. Se impartirá una buena orientación, siempre y cuando el proveedor de los servicios de Planificación Familiar:

- Demuestre que los comprende y se ocupa de ellos. Gánese la confianza de la/el usuaria/o.
- Suministre a la/el usuaria/o información útil y correcta. Ayúdeles a comprender qué significa esa información para ellos.
- Ayude a la/el usuaria/o a decidir por sí mismos, basándose en una información clara y en sus propios sentimientos, situación y necesidades.
- Ayude a recordar qué hacer si se presentara algún problema con el método.

La orientación generalmente consta de elementos o pasos que en conjunto constituyen la consejería. Estos se han abreviado a través de 6 letras ACCEDA, donde cada una representa uno de los elementos o pasos, que no requieren de mucho tiempo para una buena orientación y que han demostrado ser una herramienta útil para ello.

9. DERECHOS DE LAS PERSONAS USUARIAS EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR.

- 1) **Derecho a la Información.** Todas las personas tienen derecho a recibir información completa sobre la planificación familiar para ellos y sus familias.
- 2) **Derecho al acceso a servicios.** Todas las personas tienen derecho a recibir servicios de planificación familiar de calidad, sin importar estatus social, situación económica, religión, creencia política, origen étnico, estado familiar, ubicación geográfica o cualquier otra característica que pueda colocar a las personas en determinados grupos. Incluye el derecho a obtener el método seleccionado.
- 3) **Derecho a Escoger el método anticonceptivo.** Todas las personas tienen derecho a decidir de manera libre e informada si quieren planificar su familia o no, escoger el método anticonceptivo y cuando usarlo. Incluye las decisiones de las personas usuarias de discontinuar un método o cambiarlo, y a optar por el proveedor de servicios con el que se sientan más cómodos.
- 4) **Derecho a la Seguridad en la utilización de anticoncepción eficaz.** Las personas usuarias tienen derecho a la seguridad en la utilización de la planificación familiar. Esto implica que tienen derecho a una anticoncepción eficaz y a ser protegidos de posibles efectos secundarios del método seleccionado, así como a otros riesgos que se deriven de la idoneidad del lugar en donde se presta el servicio y la competencia técnica de los proveedores. Además incluye el tratamiento oportuno y adecuado de cualquier complicación o efecto secundario posible del método.
- 5) **Derecho a la Privacidad.** Toda persona tiene derecho a discutir sus necesidades o preocupaciones y a que se le realicen exámenes físico, de laboratorio y otros, en un ambiente en que se sienta cómodo, sin ser escuchado y/u observado por otras personas.

- 6) **Derecho a la Confidencialidad.** Debe asegurarse a la persona usuaria que cualquier información que proporcione o los detalles de los servicios que recibe, no serán comunicados a terceros sin su consentimiento.
- 7) **Derecho a la Dignidad.** Las personas usuarias tienen derecho a ser tratados con cortesía, consideración, atención y respeto a su dignidad, sin importar su nivel educativo, estatus social, género o cualquier otra característica que los distinga o que los pueda hacer sujetos de abusos.
- 8) **Derecho a la comodidad.** Las personas usuarias tienen derecho a sentirse cómodos mientras reciben los servicios, acordes a sus valores culturales y a permanecer el tiempo que sea razonablemente requerido.
- 9) **Derecho a la continuidad.** Las personas usuarias tienen derechos a recibir servicios e insumos anticonceptivos durante el tiempo que lo necesiten, es decir no deben ser discontinuados a menos que sea decidido la persona usuaria y la que provee.
- 10) **Derecho a opinar.** Las personas usuarias tienen derecho a expresar sus opiniones sobre los servicios que reciban y a opinar e involucrarse en los programas de planificación familiar.

Considerando los conceptos y principios de la calidad de atención en salud y desde la perspectiva de proveedores de servicios de planificación familiar, deben reconocerse sus necesidades, como: información, capacitación, orientación, respaldo, recibir estímulo, educación continuada, necesidad de expresarse, así como disponer de infraestructura y suministros apropiados, a fin de brindar servicios con calidad.

CAPITULO II

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

II.1 DEFINICION.-

Para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar se entenderá por Métodos Anticonceptivos Temporales aquellos métodos que brindan protección anticonceptiva únicamente mientras la pareja los utiliza; entre ellos se encuentran los métodos hormonales, los métodos de barrera y los métodos naturales, estos métodos son convenientes para las personas que quieren esperar, espaciar o limitar los embarazos. El objetivo de los métodos temporales es servir durante un periodo específico de tiempo; una vez suspendido el uso, existe la posibilidad de embarazo.

II.2 MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS HORMONALES

Son los métodos temporales de planificación familiar que contienen estrógenos y progestinas o sólo progestina, se usan por vía oral, intramuscular o subdérmica, con el objetivo de prevenir el embarazo. Estos métodos no protegen de las infecciones de transmisión sexual (ITS)

CLASIFICACION.

Para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar los métodos Anticonceptivos Hormonales se clasifican en:

- a) **Los métodos anticonceptivos hormonales combinados** contienen estrógenos y progestina y su vía de administración puede ser oral, inyectable, transdermico (parche) y transvaginal (anillo).
- b) **Los métodos anticonceptivos hormonales sólo de progestina** no contienen estrógeno y su vía de administración puede ser oral, inyectable, o subdérmica.

II.2.1 ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ACO)

DEFINICION

Son pastillas que contienen estrógeno y progestina en diferentes dosis, que previenen temporalmente el embarazo. Se recomienda utilizar aquellos denominados de baja dosis, es decir, los que contienen 35 microgramos de Etinil Estradiol o menos.

DESCRIPCIÓN O TIPO

1. Sobre o paquete con 21 pastillas que contienen hormonas.
2. Sobre o paquete con 28 pastillas: 21 pastillas que contienen hormonas y 7 pastillas sin contenido hormonal.
3. Sobre o paquete con 28 pastillas: 24 que contienen hormonas y cuatro sin contenido hormonal

MECANISMO DE ACCIÓN

Principalmente inhiben la ovulación y en forma secundaria espesan el moco cervical dificultando el paso de los espermatozoides. No actúan interrumpiendo la gestación.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva está limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se ingieren las pastillas o píldoras en forma correcta y sistemática.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

EFFECTIVIDAD

Es un método muy efectivo cuando se usa correcta y sistemáticamente teniendo una tasa de embarazo accidental al primer año de uso de menos del 1%. (tasa teórica). Cuando no se usa en forma correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental al primer año es del 6 al 8%. (Tasa típica)

Los diferentes proveedores de planificación familiar deben conocer y destacar en la consejería a las usuarias los siguientes aspectos:

BENEFICIOS

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer endometrial
- Cáncer de ovario
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

Puede ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

- Dismenorrea
- Sangrado menstrual irregular
- Acné
- Hirsutismo

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos:

- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar
- Visión borrosa
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o el abdomen

En estos casos la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Náusea y vómitos
- Mareo
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Cambios del estado de ánimo

En caso de que se presenten ver el apartado correspondiente.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso del método anticonceptivo

NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Desde la menarquia hasta los 40 años
- ◆ Nulíparas, multíparas
- ◆ A partir de los 21 días postparto, en mujeres no lactantes.

- ◆ Postaborto inmediato ya sea por aborto del primer trimestre, segundo trimestre o posterior a un aborto séptico.
- ◆ Embarazo ectópico anterior
- ◆ Cirugía pélvica anterior
- ◆ Cirugía menor sin inmovilización
- ◆ Trombosis venosa superficial: várices
- ◆ Cefalea no migrañosa leve o moderada
- ◆ Epilepsia (algunas drogas antiepilépticas disminuyen la acción de AOC, tales como: carbamacepina, fenitoina, primidona, topiramato y barbitúricos como clobazam y diazepam)
- ◆ Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante
- ◆ Endometriosis
- ◆ Tumores benignos de ovario (incluye los quistes)
- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma)
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Enfermedad benigna de la mama
- ◆ Historia familiar de cáncer de mama
- ◆ Cáncer de ovario y endometrio mientras se inicia el tratamiento respectivo
- ◆ Fibromas uterinos
- ◆ Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria o EPI actual
- ◆ Infección de Transmisión Sexual (ITS)
- ◆ Alto riesgo o infección por el VIH/SIDA
- ◆ Tuberculosis no pélvica y pélvica
- ◆ Paludismo
- ◆ Historia de diabetes gestacional
- ◆ Enfermedades de la tiroides: Bocio Simple, Hipertiroidismo e Hipotiroidismo
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro y talasemia
- ◆ Portadora del virus de la hepatitis
- ◆ Historia de hepatitis viral de más de 3 meses de haber ocurrido

- ◆ Fibrosis del hígado
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Esquistosomiasis
- ◆ Uso de antibióticos, excepto Rifampicina y Griseofulvina

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Las mayores de 40 años hasta un año después de la menopausia, si no hay otras condiciones clínicas
- ◆ Lactancia materna después de 6 meses postparto debido a que acorta la duración de la lactancia
- ◆ Tabaquismo en mujeres menores de 35 años
- ◆ Historia de Hipertensión Inducida por el Embarazo (Pre-eclampsia) ya que puede haber un aumento en el riesgo de infarto del miocardio y trombo embolismo venoso
- ◆ Historia familiar (parientes en primer grado) de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar.
- ◆ Cirugía mayor sin inmovilización prolongada
- ◆ Tromboflebitis superficial
- ◆ Cardiopatía valvular no complicada.
- ◆ Cefalea no migrañosa severa
- ◆ Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres menores de 35 años. Si la migraña persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 3. Hay un riesgo de 2 a 4 veces mayor de apoplejía comparado con mujeres que no los usan.
- ◆ Sangrado vaginal sin explicación hasta que se tenga un diagnóstico definitivo
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Existe cierta preocupación teórica que intensifica la progresión a enfermedad invasiva, particularmente con el uso prolongado
- ◆ Cáncer de cuello uterino (en lapso de espera de tratamiento)

- ◆ Patología mamaria: masa sin diagnóstico anatomopatológico
- ◆ Diabetes con enfermedad no vascular: no insulino dependiente e insulino dependiente
- ◆ Historia de colestasis relacionada con el embarazo
- ◆ Patología de las vías biliares asintomática o tratada con colecistectomía
- ◆ Hiperlipidemia conocida
- ◆ Obesidad (IMC mayor o igual a 30), ya que es un factor de riesgo de trombo embolismo venoso
- ◆ SIDA con tratamiento antirretroviral
- ◆ Anemia drepanocítica

Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de usar el método

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto)
- ◆ En los primeros 21 días postparto en mujeres no lactantes
- ◆ Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios, con edad mayor o igual a 35 años
- ◆ Hipertensión Arterial:
 - a) Historia de hipertensión cuando esta no se puede evaluar
 - b) Hipertensión arterial controlada
 - c) Niveles elevados de presión arterial: Sistólica: 140-159 o diastólica: 90-99 mm de Hg.
- ◆ Hiperlipidemias conocida con otros factores de riesgo para enfermedad vascular.
- ◆ Migraña sin síntomas neurológicos focales en mujeres mayores de 35 años. Si persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 4.
- ◆ Cáncer de mama en remisión y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- ◆ Diabetes con mas de veinte años de evolución, o que se acompañe de nefropatía, neuropatía retinopatía, u otra enfermedad vascular. Si es muy severa, pasa a categoría 4

- ◆ Enfermedad del tracto biliar actual, sintomática y en tratamiento médico
- ◆ Historia de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados
- ◆ Cirrosis leve compensada
- ◆ Interacciones farmacológicas,: Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas tales como antibióticos (Rifampicina); anticonvulsivantes (Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos y Primidona), topiramato, oxcarbamacepina
- ◆ Asociación de Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad mayor de 40 años, tabaquismo mayor de 15 cigarrillos al día, diabetes o hipertensión arterial no controlada).

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo

ESTE MÉTODO NO DEBE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo. No se conoce ningún daño para la mujer o el feto, si se usa accidentalmente este método durante la gestación.
- ◆ Antes de 6 semanas post parto en mujeres lactantes
- ◆ Mayores de 35 años y que fuman más de 15 cigarros diarios
- ◆ Cardiopatía isquémica actual o antecedente
- ◆ Hipertensión arterial con niveles de presión sanguínea de: sistólica de 160 mm de Hg o mas., o diastólica de 100 mm Hg o más, o con enfermedad vascular subyacente por el riesgo aumentado de una trombosis arterial
- ◆ Historia o padecimiento actual de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar o cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ◆ Historia de accidente cerebrovascular
- ◆ Enfermedad cardíaca valvular complicada como hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana sub aguda
- ◆ Migraña con síntomas neurológicos focales a cualquier edad.
- ◆ Cáncer de mama actual
- ◆ Diabetes con complicaciones vasculares, neurológicas o renales severas

- ◆ Hepatitis viral activa incluyendo los 3 meses posteriores al episodio.
- ◆ Cirrosis hepática severa descompensada
- ◆ Tumores del hígado, benigno o maligno
- ◆ Mutaciones trombogénicas conocidas (trombofilias)

USO DEL MÉTODO

INICIO

Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada (anexo No.7):

1. Ha estado usando el MELA
2. No ha tenido relaciones sexo coitales
3. Tiene menos de 30 días posparto
4. Sí ha visto regla 5 días antes
5. ha tenido un aborto en los últimos siete días
6. Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo

Si cumple las anteriores condiciones inicie los AOC y no utilizar un método de respaldo.

Si no se cumplen deberá utilizar condón durante los primeros siete días del uso.

Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA SU INICIO

- Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.
- Se debe realizar una consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.

ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

- En presentación de 21 pastillas se ingiere 1 cada día, de preferencia a la misma hora, seguida de 7 días de descanso. Los ciclos siguientes deben iniciarse
- después del período de 7 días de descanso, sin ingesta de pastillas, independientemente del sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 pastillas se ingieren 1 de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguido de 7 días durante los cuales se ingiere a diario 1 pastilla que puede contener hierro o sólo placebo; debe comenzar el nuevo paquete al día siguiente de terminar el paquete anterior (es decir sin interrupciones).
- Otros esquemas de administración:
 1. Es la ingesta continua de AOC por 24 días y 4 días de placebo.
 2. Ingesta continua de AOC sin el período de descanso mensual. Con este esquema se descansa únicamente una semana cada cuatro meses, en la cual aparece la menstruación.

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

- Si la usuaria **olvidó tomar 1 ó 2 píldoras**, tomar las pastillas lo antes posible puede tomar 1 ó 2 tabletas al mismo tiempo o en el mismo día, y seguir tomándolas como siempre una cada día
- En caso **de olvido de 3 ó más píldoras seguidas se debe** tomar una pastilla lo antes posible y debe usarse un método de respaldo durante los primeros siete días.
- En caso de que el olvido haya sido en las **últimas 7 pastillas** que llevan hormonas, deberá continuar ininterrumpidamente con un nuevo sobre, obviando el período de descanso o las pastillas sin contenido hormonal.
- En caso de olvido de alguna píldora de hierro se debe descartar las píldoras que no se tomó y se debe continuar tomando las restantes hasta terminarlas.

PRECAUCION

- Si la usuaria tiene **vómito y/o diarrea severa dentro de la hora siguiente** a la ingesta de la pastilla o si persisten por más de 24 horas (en cuyo caso se habrán omitido 2 píldoras) es necesario un método de respaldo hasta que la usuaria haya tomado 1 píldora activa diaria durante 7 días.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método puede ser provisto por cualquier miembro del personal de salud, personal comunitario adecuadamente capacitado y en la consulta privada.

SITIOS DE ENTREGA

Los AOC pueden obtenerse en instituciones gubernamentales y no gubernamentales que proporcionan servicios de salud tanto a nivel comunitario e institucional en los diferentes niveles de atención (primero, segundo y tercer nivel)

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

A partir del inicio del método se realizará la inscripción en el nivel de atención que le corresponda acorde a la categoría de elegibilidad médica y luego será vista al menos cada año.

En cada visita, se reforzará la consejería del método; vigilará los signos de alarma, investigará a cerca de los problemas en el uso del método y sus efectos secundarios.

Cuando proceda se le entregará el número de sobres necesarios para garantizar la continuidad del método en base a la logística establecida por razones programáticas, para facilitar el acceso de las usuarias.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

- Cefalea: recomendar acetaminofen, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa queda a criterio medico la continuación del método.
- Nausea, mareos y vómitos: sugerir tomar las píldoras al acostarse o con las comidas. Indique antiácidos si los síntomas persisten y evalúe suspender el método si la usuaria lo desea o si continúa la sintomatología.
- Sensibilidad mamaria: recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día, puede indicar acetaminofen 500 mg cada seis horas o aspirina 500 mg cada seis horas
- Irregularidades menstruales: tranquilice a la usuaria y explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso.
 - o Recomiende :
 - tomar la píldora todos los días a la misma hora,
 - instrúyala al respecto de las píldoras olvidadas ,
 - si a pesar de eso el sangrado persiste, indique ibuprofeno 800 mg cada ocho horas después de las comidas por cinco días desde que inicia el sangrado anormal.
 - Si el sangramiento persiste después de tres meses de uso recomiende cambie de tipo de anticonceptivo oral combinado.
 - Si la sintomatología persiste considere otras causas de hemorragia uterina anormal.
- Cambios del estado de ánimo: tranquilice a la usuaria y explique que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Considere el uso continuo de los AOC si los cambios de humor son muy marcados o se acompañan de depresión severa.

CONSEJERÍA

Orientar a la usuaria y/o a la pareja sobre:

- Mecanismo de acción

- Eficacia y duración de la protección anticonceptiva
- Beneficios a su salud
- Efectos secundarios posibles más comunes durante los primeros meses
- Uso correcto del método
- Consultar inmediatamente cuando existe una razón para suspender el método de inmediato
- Aclarar que los AOC no protegen contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA
- Disipar los mitos relativos a los AOC
- Signos de alarma

II.2.2 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

DEFINICION

Los anticonceptivos inyectables combinados son compuestos de estrógenos sintéticos, que se metabolizan a nivel hepático y liberan un estrógeno natural; y progestinas sintéticas, que se usan por vía intramuscular con el objetivo de prevenir temporalmente el embarazo.

DESCRIPCIÓN O TIPO

1. 5 mg. de Valerato de Estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona.
Nombre comercial: Mesigyna, Norigynon, Mesigest
2. 5 mg. de Cipionato de estradiol más 25 mg. de Acetato de medroxiprogesterona.
Nombre comercial: Ciclofem, Ciclofemina
3. 10 mg. de Enantato de estradiol más 150 mg. Acetofénido de dihidroxiprogesterona. Nombre comercial: Nomagest, Deproxone, Novular, Topasel

MECANISMO DE ACCIÓN

Principalmente inhibe la ovulación y en forma secundaria espesa el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva es por un período de 30 días.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato una vez terminados los 30 días de protección anticonceptiva. **Aproximadamente un mes más que con la mayoría de los otros métodos**

EFFECTIVIDAD

Bajo condiciones correctas y sistemáticas de uso, este método tiene una tasa de riesgo de embarazo accidental al primer año menos de 1%.

BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos:

- Visión borrosa
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o en el abdomen
- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

En estos casos, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Aumento de peso
- Nauseas
- Sensibilidad mamaria anormal

- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Cambios del estado de ánimo

En caso de que la sintomatología sea leve, reforzar la consejería y continuar el método. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

Independientemente de su edad, una mujer en la que aparecen cefaleas migrañosas con o sin aura, o cuyas cefaleas migrañosas empeoren mientras que esta usando los inyectables mensuales, debería dejar de usar los inyectables. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de inyectables combinados

NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Desde la menarquia hasta menos de 40 años de edad
- ◆ Nulíparas, multíparas
- ◆ En el postparto (en mujeres no lactantes) ≥ 21 días
- ◆ Postaborto (primer trimestre, segundo trimestre y posterior al aborto séptico)
- ◆ Embarazo ectópico anterior
- ◆ Cirugía pélvica anterior
- ◆ Cirugía menor sin inmovilización
- ◆ Trombosis venosa superficial: várices
- ◆ Cefalea leve o intensa
- ◆ Epilepsia
- ◆ Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante
- ◆ Endometriosis
- ◆ Tumores benignos de ovario (incluye los quistes)

- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma)
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Enfermedad benigna de la mama
- ◆ Historia familiar de cáncer de mama
- ◆ Cáncer de ovario y endometrio
- ◆ Fibromas uterinos
- ◆ Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria o EPI actual
- ◆ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), vaginitis, cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea y riesgo aumentado de ITS Ej. Parejas múltiples o parejas que a su vez tiene parejas múltiples.
- ◆ Alto riesgo o infección por el VIH/SIDA
- ◆ Tuberculosis
- ◆ Paludismo
- ◆ Historia de diabetes gestacional
- ◆ Enfermedades de la tiroides: bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro
- ◆ Talasemia
- ◆ Portadora del virus de la hepatitis
- ◆ Uso de antibióticos, excluida: la Rifampicina
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Esquistosomiasis
- ◆ Fibrosis del hígado

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de utilizar inyectable combinado generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Edad mayor o igual a 40 años
- ◆ Lactancia materna $\geq$ 6 meses postparto
- ◆ Tabaquismo en menor de 35 años
- ◆ Obesidad (índice de masa corporal IMC mayor o igual a 30)
- ◆ Historia de hipertensión durante el embarazo.
- ◆ Historia familiar de tromboembolismo pulmonar (parientes en primer grado)
- ◆ Cirugía mayor sin inmovilización prolongada
- ◆ Tromboflebitis superficial
- ◆ Hiperlipidemias conocidas (Hiperlipidemia severa, Categoría 3)
- ◆ Cefalea severa recurrente, incluida migraña sin síntomas neurológicos focales, en menores de 35 años
- ◆ Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación.
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- ◆ Cáncer de cuello uterino (en lapso de espera de tratamiento)
- ◆ Tumor de mama sin diagnóstico anatomopatológico
- ◆ Diabetes con enfermedad no vascular: no insulino dependiente e insulino dependiente
- ◆ Cardiopatía valvular no complicada
- ◆ Patología de las vías biliares tratada con colecistectomía o medicamento, sintomática o asintomática.
- ◆ Historia de colestasis relacionada con el embarazo y uso de AOC ó AIC en el pasado
- ◆ Cirrosis leve compensada
- ◆ Enfermedad de células falciformes (anemia drepanocítica)
- ◆ SIDA en tratamiento con antirretrovirales
- ◆ Las que pueden sufrir ciertas interACCIONES medicamentosas: Rifampicina y anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)

Categoría 3: Condiciones donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar inyectables combinados

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses postparto)
- ◆ En mujeres no lactando antes de 3 semanas postparto (< de 21 días)
- ◆ Fumadoras de menos de 15 cigarrillos diarios y con 35 o mas años de edad
- ◆ Hipertensión esencial:
 - a) Historia de hipertensión que no puede ser evaluada (incluyendo la hipertensión en el embarazo)
 - b) Niveles de presión sanguínea (con mediciones apropiadas) de: sistólica 140-159 o diastólica 90-99 mm Hg.
 - c) Hipertensión controlada de manera adecuada, cuando la presión arterial PUEDE ser evaluada
- ◆ Hiperlipidemias severas conocidas (colesterol alto, triglicéridos y otros)
- ◆ Migraña sin síntomas neurológicos focales en mayores ó = de 35 años
- ◆ Cáncer de mama pasado y sin evidencia de enfermedad actual por 5 años.
- ◆ Diabetes con nefropatía, retinopatía, o neuropatía (debe ser evaluada de acuerdo a la severidad de la condición, ya que la severa se convierte en categoría 4). Otra enfermedad vascular o diabetes de mas de 20 años de duración
- ◆ Hepatitis viral activa (se recomienda posponer su uso hasta que la función hepática se normalice o hasta tres meses después de que se vuelva sintomática) Si es grave pasa a categoría 4
- ◆ Cirrosis severa (descompensada)
- ◆ Tumor benigno del hígado (adenoma). Debido a que los ACI son metabolizados por el hígado, en teoría podrían llevar a efectos adversos en la función hepática que ya esta comprometida.
- ◆ Tumor maligno del hígado (hepatoma).
- ◆ Múltiples factores de riesgo cardiovascular

Categoría 4: Condiciones que representan un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método.

ESTE MÉTODO NO PUEDE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo. No se conoce ningún daño para la mujer, el curso de su embarazo o el feto, si se usan accidentalmente durante el embarazo.
- ◆ Lactancia materna (menos de 6 semanas postparto)
- ◆ Hipertensión esencial con niveles de presión sanguínea con mediciones apropiadas mayores o igual a 160/100 mm Hg. y/o con enfermedad vascular
- ◆ Antecedentes o padecimiento actual de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar.
- ◆ Inmovilización prolongada después de cirugía mayor
- ◆ Historia de cardiopatía isquémica o actual
- ◆ Historia de accidente cerebrovascular
- ◆ Enfermedad cardíaca valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- ◆ Cefalea severa recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales a cualquier edad
- ◆ Cáncer de mama actual
- ◆ Tumor maligno del hígado
- ◆ Mutaciones trombo génicas conocidas

USO DEL MÉTODO

INICIO

En cualquier momento del ciclo, en que la persona proveedora esté razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada (ver anexo 7).

Se recomienda iniciar dentro del primer al séptimo día del ciclo menstrual, dependiendo de la presentación escogida. Sí se inicia después de este período utilizar un método de barrera o abstinencia por 7 días. Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato

de estradiol más 50 mg de Enantato de Noretisterona (nombre comercial Mesygina), debe iniciarse de preferencia el primer día de regla y no mas tarde del tercer día.

En mujeres postparto que no se encuentren amamantando, pueden iniciarse a partir de la tercera semana.

En el postaborto: Podrá usarse de inmediato o dentro de los 7 días posteriores a un aborto ya sea del primer o del segundo trimestre haya sido séptico o no. Posterior a los 7 días se podrá iniciar este método en cualquier momento en que se pueda estar razonablemente seguro que no está embarazada (Anexo 7), utilizando un método de barrera o abstinencia durante los 7 días.

PROCEDIMIENTO REQUERIDO PARA SU INICIO

Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.

Se debe realizar una consejería adecuada por la persona que provee el servicio.

ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Se aplican una vez al mes por vía intramuscular profunda y sin masaje, en el sitio de preferencia de la usuaria.

Cuando se utiliza la composición de 5 mg. de Valerato de estradiol más 50 mg de Enantato de noretisterona (nombre comercial Mesygina), se inyecta mensualmente en una fecha fija, y se debe explicar a la usuaria que vera su menstruación en una fecha diferente, alrededor de dos semanas posteriores a la aplicación. También es posible que no presente sangrado menstrual.

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

Si la usuaria llega después de la fecha asignada, solo se le dará un periodo de gracia para la aplicación de **7 días**. Si llega después de este periodo, debe saber que este atraso aumenta el riesgo de embarazo. Solo es razonable aplicar otra inyección a una

mujer que llega después de este periodo si la persona proveedora está razonablemente seguro (a) que la mujer no está embarazada (Ver anexo 7)

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método puede ser provisto por cualquier miembro del personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería) y personal comunitario (Promotores, parteras, voluntarios) adecuadamente capacitados (as).

SITIOS DE ENTREGA

Los inyectables mensuales pueden obtenerse en instituciones gubernamentales y no gubernamentales que prestan servicios de Planificación Familiar que garanticen el uso de condiciones asépticas para la inyección.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Una visita cada año a partir del inicio del método o cuando se estime necesario por la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería del método.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

- Cefalea: recomendar acetaminofen, 500 mg cada seis horas o ibuprofeno 400 mg cada ocho horas. Si el dolor persiste o se acompaña de características de una cefalea migrañosa queda a criterio medico la continuación del método.
- Sensibilidad mamaria: recomiende el uso de sostén ajustado incluso para dormir. Utilice compresas de agua fría o caliente dos veces al día, puede indicar acetaminofen 500 mg cada seis horas o aspirina 500 mg cada seis horas

- Irregularidades menstruales: tranquilice a la usuaria y explique que no es perjudicial y que desaparecerá después de unos pocos meses de uso. Si persiste, considere otras causas no relacionadas con el método.
- Ausencia de sangrado menstrual: tranquilice a la usuaria y explique que no es perjudicial.
- Sangrado fuerte o prolongado: tranquilice a la usuaria y explíquele que con el uso, los sangrados serán menos fuertes. Sugiere la ingesta de tabletas con hierro y alimentos ricos en hierro para prevenir anemia. Puede utilizar 800mg de ibuprofeno tres veces al día después de las comidas por cinco días al inicio del sangrado. Si persiste o empeora, considere otras causas no relacionadas con el método.
- Aumento de peso: revise la dieta y brinde consejería.

CONSEJERÍA

Orientar a la usuaria y/o a la pareja sobre:

- Mecanismo de acción
- Eficacia y duración de la protección anticonceptiva
- Beneficios del método
- Efectos colaterales son más comunes durante los primeros meses, disminuyen o cesan posteriormente del inicio de las inyecciones.
- Uso correcto del método
- Consultar inmediatamente cuando existe una razón para suspender el método de inmediato
- No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Disipar los mitos relativos al método
- Signos de alarma

II.2.3 PARCHES COMBINADOS

DEFINICION

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se usa contra el cuerpo. Libera continuamente 2 hormonas- una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales, progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer- directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

DESCRIPCIÓN O TIPO

El parche libera norelgestromina (progestina) 150 mcg. diarios y 20 mcg. de etinilestradiol diarios.

MECANISMO DE ACCIÓN

Actúa fundamentalmente inhibiendo la ovulación. Las hormonas se absorben por vía transdérmica

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el parche en forma correcta y sistemática.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el parche, no hay demora.

EFFECTIVIDAD

El riesgo del embarazo con el uso correcto es de 0.03% y de 8% con el uso típico.

BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados.

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos:

Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar

- Visión borrosa
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o en el abdomen
- Problemas trombo-embólicos

En estos casos, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche.
- Cefalea
- Dolor abdominal
- Nauseas
- Vómitos
- Sensibilidad mamaria anormal
- Irregularidades menstruales
- Síntomas gripales/infección de vías respiratorias altas
- Irritación, rubor o inflamación de la vagina (vaginitis)

En caso de que la sintomatología sea leve, reforzar la consejería y continuar el método. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Cumple los mismos criterios de elegibilidad de los anticonceptivos inyectables combinados, excepto:

- Tabaquismo: mujer mayor de 35 años con más o igual a 15 cigarrillos por día es categoría 4.
- Enfermedad de la vesícula biliar sintomática: tratada médicamente o actual es categoría 3.
- Hepatitis viral activa es categoría 4.
- Cirrosis: a) leve compensada es categoría 3, b) Grave descompensada es categoría 4.
- Tumores del hígado: Ya sea benigno o maligno es categoría 4.
- Los Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas rifampicina y anticonvulsivantes son categoría 3.
- Colestasis relacionada con uso previo de anticonceptivos es categoría 3.

USO DEL MÉTODO

Requiere usar un pequeño parche adhesivo en la parte superior externa del brazo, espalda, abdomen o glúteos, en algún lugar que este limpio y seco; pero no en las mamas.

Se usa sobre el cuerpo todos los días y todas las noches. Se coloca un nuevo parche cada semana, durante tres semanas, seguido de una semana sin parche.

Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana—el “día del cambio del parche”. Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo.

Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior.

No debe usar un parche en la cuarta semana. Probablemente presente la menstruación esa semana.

Después de la semana de descanso debe aplicarse un nuevo parche. Nunca deben pasar más de 7 días sin que este se use. De hacerlo corre riesgo de embarazo.

INICIO DEL MÉTODO

Se recomienda iniciar el primer día de la menstruación, o el primer domingo del inicio de la menstruación

PROCEDIMIENTO REQUERIDO PARA SU INICIO

Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

Instrucciones para la Extracción o Reemplazo Tardío

Si la usuaria se le olvido aplicar un nuevo parche al inicio de un ciclo aplique uno nuevo lo antes posible, registre este día como el nuevo día de cambio de parche, utilice un método de respaldo los 7 primeros días que lo use. Además si se aplicó el nuevo parche con 3 o más días de atraso (no uso el parche durante 10 días o más seguidos) y ha tenido sexo no protegido los últimos 5 días, considere usar anticonceptivos orales de emergencia.

¿Se olvidó de cambiarse el parche en el medio del ciclo (durante la semana 2 ó 3)?

Si se atrasa 1 o 2 días (hasta 48 horas):

- Aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde
- Mantenga el mismo día de cambio de parche
- No necesita un método de respaldo

Si se atrasa más de 2 días (más de 48 horas):

- Interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente

- Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche
- Use un método de respaldo los primeros 7 días de uso del parche

¿Se olvidó de retirar el parche al final del ciclo del parche (semana 4)?

- Retire el parche.
- Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche.
- No necesita un método de respaldo.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y el coito interrumpido. Diga a la usuaria que los espermicidas y el coito interrumpido son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método puede ser provisto por cualquier miembro del personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería) y personal comunitario (Promotores, parteras, voluntarios) adecuadamente capacitados (as).

SITIOS DE ENTREGA

Los parches no se encuentran disponibles al momento en el Sistema Nacional de Salud.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Una visita cada año a partir del inicio del método o cuando se estime necesario por la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería del método.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Las mismas recomendaciones que para los inyectables combinados

CONSEJERÍA

Orientar a la usuaria y/o a la pareja sobre:

- Mecanismo de acción
- Eficacia y duración de la protección anticonceptiva
- Beneficios de método
- Efectos colaterales son más comunes durante los primeros meses, disminuyen o cesan posteriormente del inicio del método.
- Uso correcto del método
- Consultar inmediatamente cuando existe una razón para suspender el método de inmediato
- No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Disipar los mitos relativos al método
- Signos de alarma

II.2.4 ANILLO VAGINAL COMBINADO.

DEFINICIÓN

Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina, y libera continuamente dos hormonas: una progestina y un estrógeno como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidos en el organismo de la mujer. Su nombre comercial es NuvaRing

DESCRIPCIÓN O TIPO

Es un anillo flexible que mide 5.4 cm de diámetro por 4 mm. de ancho, fabricado de etileno de vinil acetato

MECANISMO DE ACCIÓN

Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo, inhibiendo la ovulación.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos en los cuales se coloca el anillo en forma correcta y sistemática.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato al interrumpir el anillo, no hay demora.

EFFECTIVIDAD

El riesgo del embarazo es 0.03% con el uso correcto y de 8% con el uso típico.

BENEFICIOS

Los mismos que para los anticonceptivos orales combinados

SIGNOS DE ALARMA

En muy raras ocasiones pueden presentar los siguientes signos:

- Visión borrosa
- Dolor intenso en el pecho o dificultad para respirar
- Cefalea intensa con síntomas neurológicos focales
- Dolor intenso en las piernas o en el abdomen
- Problemas trombo-embólicos

En estos casos, la usuaria debe acudir a consulta médica a la brevedad posible.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea
- Irregularidades menstruales
- Flujo vaginal blanco
- Irritación, rubor o inflamación de la vagina (vaginitis)

En caso de que la sintomatología sea leve, reforzar la consejería y continuar el método. Descartar otras patologías que puedan estar causando estos posibles efectos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Cumple los mismos criterios de elegibilidad de los anticonceptivos inyectables combinados, excepto:

- Tabaquismo: mujer mayor de 35 años con más o iguala 15 cigarrillos día es categoría 4.
- Enfermedad de la vesícula biliar sintomática: tratada médicamente o actual es categoría 3.
- Hepatitis viral activa es categoría 4.
- Cirrosis: a) leve compensada es categoría 3, b) Grave descompensada es categoría 4.
- Tumores del hígado: Ya sea benigno o maligno es categoría 4.
- Los Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas rifampicina y anticonvulsivantes son categoría 3.
- Colestasis relacionada con uso previo de anticonceptivos es categoría 3

USO DEL MÉTODO

INICIO DEL MÉTODO

Se recomienda iniciar el primer día de la menstruación, o el primer domingo del inicio de la menstruación. Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.

Cómo insertar el anillo

La mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.

Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.

No importa la posición exacta, pero si se inserta bien profundo ayuda a que quede en su lugar y tiene menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.

El anillo debe quedar colocado 3 semanas

Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas.

Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y arrojarlo a la basura.

Debe quitarse el anillo la cuarta semana

Para retirar el anillo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretar el anillo entre su índice y el dedo medio y jalar hacia afuera. Probablemente tenga la menstruación esta semana. Si se olvida y deja el anillo colocado durante la cuarta semana no se necesita ninguna acción especial.

Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana

Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo. Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia, volviéndolo a colocar inmediatamente.

PROCEDIMIENTO REQUERIDO PARA SU INICIO

Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.

Se debe realizar una consejería adecuada por la persona que provee el servicio.

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

Instrucciones para el Reemplazo o Extracción Tardíos

¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante las semanas 1 o 2?

Vuelva a poner el anillo lo antes posible. Use un método de respaldo* los 7 días siguientes.

¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante la semana 3?

Interrumpa el ciclo actual y elimine el anillo. Durante las semanas 1 y 2 inserte un nuevo anillo inmediatamente y manténgalo colocado durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo. Utilice un método de respaldo durante los 7 días siguientes.

(Otra opción: si el anillo fue utilizado de manera continua y correcta durante los últimos 7 días: deje el anillo fuera y pase los próximos 7 días de la semana sin anillo. Luego de esos 7 días, inserte un nuevo anillo, comenzando un nuevo ciclo y manténgalo colocado durante 3 semanas. Utilice un método de respaldo durante los 7 primeros días con el anillo nuevo)

¿Esperó más de 7 días antes de insertarse un nuevo anillo o mantuvo el anillo colocado más de 4 semanas?

Inserte un nuevo anillo lo antes posible y comience un nuevo ciclo 4 semanas. Utilice un método de respaldo durante los primeros 7 días del uso del anillo.

Además, si se inserta un nuevo anillo con 3 o más días de atraso (se dejó el anillo afuera durante 10 días o más seguidos) y tuvo sexo no protegido dentro de los últimos 5 días, considere tomar anticonceptivos orales de emergencia

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método puede ser provisto por cualquier miembro del personal de salud (médico, enfermera, auxiliar de enfermería) y personal comunitario (Promotores, parteras, voluntarios) adecuadamente capacitados (as).

SITIOS DE ENTREGA

Los anillos no se encuentran disponibles al momento en el Sistema Nacional de Salud.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Una visita cada año a partir del inicio del método o cuando se estime necesario por la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería del método.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Las mismas recomendaciones que para los inyectables combinados

CONSEJERÍA

Orientar a la usuaria y/o a la pareja sobre:

- Mecanismo de acción
- Eficacia y duración de la protección anticonceptiva
- Beneficios del método
- Efectos colaterales son más comunes durante los primeros meses, disminuyen o cesan posteriormente del inicio del método.
- Uso correcto del método
- Consultar inmediatamente cuando existe una razón para suspender el método de inmediato
- No protege contra Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)
- Disipar los mitos relativos al método
- Signos de alarma

II.2.5 ANTICONCEPTIVOS ORALES SOLO DE PROGESTINA

DEFINICION

Son píldoras que contienen bajas dosis de progestinas, no contienen estrógenos y que se ingieren diariamente en forma continua.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 2 formulaciones:

1. 500 mcg. de linestrenol
2. 75 mcg desogestrel

MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibe la ovulación
- Espesa del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides
- Hace lento el desplazamiento del óvulo en las Trompas de Falopio

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva depende del uso diario y continuo. Si se omiten 1 ó más tabletas el método no es efectivo.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es inmediato a la suspensión del método.

EFFECTIVIDAD

Cuando el método se usa de una manera correcta y sistemática, la tasa de embarazo accidental después del primer año de uso es menor al 1% en mujeres en período de lactancia.

En mujeres que no están lactando la tasa de efectividad es ligeramente menor.

En uso irregular del método la tasa de embarazo es de aproximadamente un 12%.

BENEFICIOS

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- En enfermedades en las cuales los estrógenos están contraindicados
- Se pueden utilizar en las mujeres lactantes

- Disminuye la enfermedad pélvica inflamatoria
- Pueden utilizarse en mujeres que están amamantando

SIGNOS DE ALARMA

Dolor abdominal intenso (signo de alerta de embarazo ectópico), en este caso se debe acudir inmediatamente a consulta.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Los efectos secundarios que algunas mujeres pueden presentar son:

Más comunes:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado ó amenorrea) que son menos frecuentes cuando se usa durante la lactancia

Menos comunes:

- Cefalea
- Sensibilidad mamaria anormal
- Náuseas y aumento de peso

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso del método anticonceptivo

NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Desde la menarquia
- ◆ Nulíparas y multíparas
- ◆ Lactancia materna, desde las 6 semanas posteriores al parto
- ◆ En mujeres no lactando, inmediatamente después del parto
- ◆ En el postaborto: Inmediatamente después de un aborto del primer o segundo trimestre o posterior a aborto séptico
- ◆ Cirugía pélvica anterior
- ◆ En mujeres fumadoras, independientemente de la edad y el número de cigarrillos
- ◆ Obesidad
- ◆ Historia de hipertensión arterial en el embarazo con valores actuales normales

- ◆ Hipertensión arterial controlada de manera adecuada cuando la presión puede ser evaluada, hasta valores de 140-159mm de Hg la sistólica o 90-99 mm Hg la diastólica
- ◆ Historia familiar de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar en parientes en primer grado.
- ◆ Cirugía mayor o menor sin inmovilización prolongada
- ◆ Trombosis venosa superficial ya sea con venas varicosa o tromboflebitis superficial
- ◆ Cardiopatía valvular no complicada o complicada con hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda
- ◆ Cefalea severa recurrente: incluida migraña sin síntomas neurológicos focales. Si persiste con el uso continuado del método, pasa a categoría 2
- ◆ Epilepsia
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Endometriosis
- ◆ Tumores benignos de ovario (incluido quistes)
- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (Mola Hidatidiforme, Coriocarcinoma)
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC)
- ◆ Cáncer cervical en espera de tratamiento
- ◆ Patología mamaria benigna, antecedentes familiar de cáncer mamario
- ◆ Cáncer endometrial
- ◆ Cáncer ovárico
- ◆ Fibromas uterinos
- ◆ Padecimiento actual o antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- ◆ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses
- ◆ Infección por VIH, Alto riesgo de VIH o SIDA
- ◆ Tuberculosis pélvica y extra pélvica
- ◆ Paludismo

- ◆ Historia de diabetes gestacional
- ◆ Tiroides: bocio simple, hipotiroidismo, hipertiroidismo
- ◆ Historia de colestasis relacionada con el embarazo
- ◆ Portadoras de hepatitis viral
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro, talasemia y anemia drepanocítica
- ◆ Antibióticos (excluyendo Rifampicina y Griseofulvina)
- ◆ Esquistosomiasis
- ◆ Fibrosis del hígado

Categoría 2: Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo ectópico anterior
- ◆ Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión)
- ◆ Historia de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar (incluyendo hipertensión durante el embarazo) y niveles elevados de presión arterial sistólica mayor de 160 y diastólica mayor de 100 mmHg, además de enfermedad vascular
- ◆ Historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- ◆ Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ◆ Accidente cerebro vascular actual o historia del mismo
- ◆ Cardiopatía isquémica actual o historia de la misma
- ◆ Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros)
- ◆ Sangrado menstrual intenso que incluye patrones regular e irregulares y/o patrón irregular sin sangrado intenso, así como cualquier sangrado vaginal sin explicación antes de evaluación
- ◆ Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición severa) antes de la evaluación
- ◆ Masa mamaria no diagnosticada
- ◆ Diabetes sin enfermedad vascular dependiente o no de insulina

- ◆ Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por mas de 20 años
- ◆ Enfermedad de la vesícula biliar actual con tratamiento médico o quirúrgico o que curse en forma asintomática
- ◆ Historia de colestasis anterior, relacionada con anticonceptivos orales combinados
- ◆ Cirrosis leve (compensada)
- ◆ SIDA en tratamiento con antirretrovirales
- ◆ Migraña con síntomas neurológicos, a cualquier edad
- ◆ Mutaciones trombogénicas conocidas
- ◆ Uso de griseofulvina

Categoría 3: Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de usar el método

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Lactancia materna en las primeras 6 semanas postparto
- ◆ Trombosis venosa profunda actual
- ◆ Embolia pulmonar actual
- ◆ Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad presente
- ◆ Historia de accidente cerebrovascular (apoplejía)
- ◆ Cáncer mamario o en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- ◆ Hepatitis viral activa
- ◆ Cirrosis severa (descompensada)
- ◆ Tumores del hígado benigno y maligno
- ◆ Durante el uso de Rifampicina Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos y Primidona , Topiramato, Oxcarbamacepina

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo:

ESTE MÉTODO NO PUEDE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo

- ◆ Cáncer mamario actual

USO DEL MÉTODO

INICIO

Una mujer puede empezar a utilizar el método en cualquier momento que lo desee si existe una certeza razonable de que no está embarazada (Ver anexo 7)

1. Ha estado usando el MELA
2. No ha tenido relaciones sexo coitales
3. Tiene menos de 30 días posparto
4. Sí ha visto regla 5 días antes
5. ha tenido un aborto en los últimos siete días
6. Ha estado usando correctamente otro método anticonceptivo

Si cumple las anteriores condiciones inicie los AOC y no utilizar un método de respaldo. Si no se cumplen deberá utilizar condón durante los primeros siete días del uso.

Tomar las pastillas todos los días hasta terminarlas y de preferencia a la misma hora tenga o no tenga relaciones sexuales.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA SU INICIO

- Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.
- Se debe realizar una consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.

ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO:

Se ingiere una tableta diaria, ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación, por todo el tiempo en que se desee usar el método.

Debido a que el efecto anticonceptivo de cada tableta dura 24 horas, es necesario tomar la tableta a la misma hora, y seguir estrictamente la ingestión diaria

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

- Si la usuaria **olvidó tomar 1 píldora**, debe tomarla lo antes posible, Si la tableta se ingiere después de 3 horas de la hora habitual, su efectividad disminuye, por lo que deberá agregar un método de barrera o abstinencia en las siguientes 48 horas

PRECAUCION:

La diarrea y el vómito intensos pueden interferir en la efectividad de las píldoras

En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera o abstinencia mientras duren los síntomas hasta 48 horas después que los síntomas hayan desaparecido.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método será proporcionado por cualquier tipo de personal que conforma el equipo de salud debidamente capacitado.

SITIOS DE ENTREGA

Podrá entregarse en las diferentes instituciones del sector salud que presten servicios de Planificación Familiar

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

A partir del inicio del método se realizará la inscripción en el nivel de atención que le corresponda acorde a la categoría de elegibilidad médica y luego será vista al menos cada año.

En cada visita, se reforzará la consejería del método; vigilará los signos de alarma, investigará acerca de los problemas en el uso del método y sus efectos secundarios.

Cuando proceda se le entregará el número de sobres necesarios para garantizar la continuidad del método en base a la logística establecida por razones programáticas, para facilitar el acceso de las usuarias.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

- Descartar otras patologías que puedan causar estos efectos
- Cuando hay amenorrea y antecedentes de ingestión irregular de la tableta, se debe descartar la existencia de embarazo
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la información, consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo
- La cantidad de hormona usada es muy pequeña y no se han descrito complicaciones importantes con su uso.

CONSEJERÍA

La consejería debe hacer énfasis en que es necesario la toma diaria de la tableta, a la misma hora, en forma precisa y continua para lograr su mayor eficacia. Se debe insistir en los posibles cambios en el ciclo menstrual y en los efectos secundarios más comunes.

Cuando el uso del método es en forma incorrecta debe reforzarse la consejería sobre el uso del mismo o considerar el posible uso de otro método.

II.2.6 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES SOLO DE PROGESTINA

DEFINICION

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos que contienen solamente una progestina sintética (no contienen estrógeno). Son de larga duración, que se aplican cada 2 ó 3 meses, según el tipo de inyectable.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Existen 3 formulaciones diferentes, todas contienen una progestina sintética esterificada:

1. 200 mg. de Enantato de noretisterona (NET-EN) en ampollas de 1 ml. de solución oleosa. Nombre comercial = Noristerat
2. 150 mg. de Acetato de medroxiprogesterona microcristalina (DMPA) en ampollas de 3 ml. de suspensión acuosa. Nombre comercial = Depoprovera.
3. 104 mg de Acetato de medroxiprogesterona subcutánea. Aprobada por la FDA en diciembre 2004 con el nombre comercial= Depo-subQ provera 104. (aun no disponible en el país).

MECANISMO DE ACCIÓN

- Inhibición de la ovulación
- Espesamiento del moco cervical, dificultando la penetración de los espermatozoides

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva conferida por el Enantato de Noretisterona (NET-EN) se extiende por lo menos a 60 días después de su aplicación.

La protección anticonceptiva conferida por el Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se extiende hasta por lo menos 90 días después de su aplicación.

RETORNO A LA FERTILIDAD

El retorno de la fertilidad es más tardío que con los otros métodos hormonales. La posibilidad de embarazo durante el primer año de discontinuación de uso del método es menor entre usuarias de DMPA que entre usuarias de otros métodos. Aproximadamente a los 14 meses de discontinuado el método, las tasas de embarazo ya son semejantes a las de mujeres que no han usado métodos anticonceptivos. Este retraso parece ser independiente del número de inyecciones aplicadas y de la edad de la usuaria. No se han reportado casos de infertilidad permanente aducible al método.

EFFECTIVIDAD

Es un método altamente efectivo con una tasa de embarazo accidental después del primer año de uso menor del 1%.

BENEFICIOS

AMPD

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer de endometrio
- Fibromas uterinos
- Puede ayudar a proteger de Enfermedad pélvica inflamatoria
- Anemia por deficiencia de hierro(También NET- EN)

Reduce:

- Crisis de anemia falciforme
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico y sangrado endometrial)

NET-EN

- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro

SIGNOS DE ALARMA

No se han descrito complicaciones importantes con su uso.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Los problemas principales asociados con el uso de este método son las irregularidades menstruales, sangrado prolongado o abundante y amenorrea. Algunas mujeres pueden presentar cefalea, mastalgia, aumento de peso, náusea, nerviosismo, cambio del estado de ánimo o del deseo sexual, mareos, distensión y molestia abdominal. El retraso en el retorno a la fertilidad puede también ser un problema en algunos casos.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de inyectables solo de progestina

NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Mayores de 18 años, hasta 45 años
- ◆ Nuliparidad, multiparidad
- ◆ Lactancia materna después de la sexta semana postparto
- ◆ En mujeres no lactando en el postparto
- ◆ En cualquier momento en el período postaborto.
- ◆ Historia de embarazo ectópico
- ◆ Historia de cirugía pélvica
- ◆ En mujeres fumadoras (independientemente de la edad y el número de cigarrillos)
- ◆ Historia de presión arterial alta, e hipertensión durante el embarazo; cuando la presión se puede medir y los valores actuales son normales
- ◆ Obesidad
- ◆ Historia familiar de trombosis venosa profunda, embolia pulmonar (parientes en primer grado)
- ◆ Trombosis venosa superficial, venas varicosas, tromboflebitis superficial
- ◆ Cirugía mayor y menor sin inmovilización prolongada
- ◆ Enfermedad valvular cardíaca no complicada y complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular historia de endocarditis bacteriana subaguda)
- ◆ Cefalea moderada
- ◆ Epilepsia
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Endometriosis
- ◆ Tumores benignos de ovario (incluido quistes)
- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (Mola Hidatidiforme y Coriocarcinoma)
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Enfermedad mamaria benigna, antecedentes familiar de cáncer mamario
- ◆ Cáncer ovárico o endometrial, mientras esperan tratamiento
- ◆ Fibromas uterinos sin o con distorsión de la cavidad uterina.

- ◆ Antecedente o padecimiento actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- ◆ Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses
- ◆ Esquistosomiasis
- ◆ VIH positivo, alto riesgo de VIH/SIDA
- ◆ Tuberculosis pélvica y extra pélvica
- ◆ Paludismo
- ◆ Historia de diabetes gestacional
- ◆ Tiroides: bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo
- ◆ Historia de colestásis relacionada con el embarazo
- ◆ Portadores de Hepatitis viral
- ◆ Fibrosis del hígado
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro, talasemia y anemia drepanocítica
- ◆ Uso de antibióticos, incluso griseofulvina

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un inyectable solo de Progestina generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Menores de 18 años y mayores de 45 años
- ◆ Historia de hipertensión arterial, cuando no se puede evaluar, incluyendo la hipertensión en el embarazo.
- ◆ Hipertensión controlada, cuando la presión puede ser evaluada.
- ◆ Presión arterial actual de 140/90 a 159/99 mm Hg.
- ◆ Antecedente de trombosis venosa profunda y/o enfermedad embólica pulmonar.
- ◆ Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ◆ Mutaciones trombogénicas conocidas
- ◆ Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros)
- ◆ Cefalea severa recurrente incluida migraña **con o** sin síntomas neurológicos focales
- ◆ Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad y/o duración
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC). Existe preocupación teórica de que el uso prolongado puede intensificar el progreso del NIC

- ◆ Cáncer de cuello uterino, mientras esperan tratamiento
- ◆ Masa mamaria no diagnosticada
- ◆ SIDA con tratamiento antirretroviral
- ◆ Diabetes sin enfermedad vascular dependiente o no de insulina
- ◆ Enfermedad del tracto biliar, sintomática o asintomática o antecedentes de la misma.
- ◆ Historia de colestasis anterior, relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados en el pasado
- ◆ Cirrosis leve compensada
- ◆ Durante el uso de Rifampicina, Fenitoína, Carbamazepina, barbitúricos y Primidona, topiramato y carbamacepina

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un inyectable solo de Progestina
EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES
CONDICIONES:

- ◆ Lactancia materna, menor de 6 semanas postparto
- ◆ Presión arterial mayor o igual de 160/100 mm Hg.
- ◆ Hipertensión arterial con enfermedad vascular
- ◆ Múltiples factores de riesgo cardiovascular
- ◆ Trombosis venosa profunda actual, embolismo pulmonar actual
- ◆ Cardiopatía isquémica actual o historia de la enfermedad
- ◆ Accidente cerebro vascular actual o historia del mismo
- ◆ Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales durante el uso, a cualquier edad.
- ◆ Sangrado vaginal inexplicado sospechoso de una condición severa antes de la evaluación
- ◆ Cáncer mamario en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- ◆ Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades vasculares o diabetes por más de 20 años
- ◆ Hepatitis viral activa
- ◆ Cirrosis severa (descompensada)

- ♦ Tumores del hígado benigno y maligno

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza un inyectable solo de Progestina

ESTE MÉTODO NO DEBE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Embarazo
- ♦ Cáncer mamario actual

USO DEL MÉTODO

INICIO

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden iniciarse en cualquier momento del ciclo menstrual en que se esté razonablemente seguro que la mujer no esta embarazada, preferentemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual. Si el método se inicia después del día 7 del ciclo, debe usarse un método de respaldo, como condones o abstinencia durante 7 días.

En el postparto, en mujeres lactantes, se debe iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se pueden iniciar inmediatamente después del evento.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA SU INICIO

- Realizar un breve interrogatorio que permita evaluar los criterios de elegibilidad.
- Se debe realizar una consejería adecuada por las personas proveedoras del servicio.

ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

Enantato de noretisterona (NET-EN): 1 ampolla inyectable profunda cada 8 semanas (2 meses); no debe darse masaje en el sitio de aplicación. En caso necesario, puede administrarse 2 semanas antes y hasta 2 semanas después de la fecha indicada.

Acetato de medroxiprogesterona (DMPA): 1 ampolla inyectable profunda cada 12 semanas (3 meses). En caso necesario puede administrarse 4 semanas antes y de 2 a 4 semanas después de la fecha indicada.

Los sitios de aplicación aceptables son tanto el brazo (región deltoide) como la región glútea aunque debe considerarse según la preferencia de las usuarias, evitando dar masaje en el lugar de la inyección.

DMPA subcutanea: una ampolleta subcutánea cada tres meses

CONDUCTA A SEGUIR POR USO INCORRECTO DEL MÉTODO

Si la usuaria no se aplica la inyección en la fecha establecida (cada dos meses en el caso de NET-EN y 3 meses en el caso de la DMPA), se recomienda: NET-EN: Con un retraso de hasta 14 días, un adelanto hasta 14 días (No es lo ideal)

DMPA: Con un retraso de hasta 14 días, un adelanto hasta de 28 días (No es lo ideal).

Si la mujer llega después de este periodo, el proveedor (a) puede aplicar el criterio de estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método será proporcionado por personal que conforma el equipo de salud debidamente capacitado.

SITIOS DE ENTREGA

Podrá entregarse en los diferentes niveles de atención del sector salud que garanticen el uso de condiciones asépticas para la inyección.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Se recomienda efectuar un control al momento de la segunda aplicación y posteriormente cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.

En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso adecuado del método, la posible aparición de efectos colaterales, y se establecerán las fechas de las futuras aplicaciones, así mismo, se evaluará la satisfacción de la usuaria con el uso del método.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

El manejo de la sintomatología leve se debe reforzar con la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, además de descartar cualquier otra patología que cause estos efectos.

En caso de sangrado moderado o de manchado prolongado se debe brindar consejería y tranquilizar a la usuaria; si esto no es suficiente y ella desea continuar con el método se puede recurrir al uso de:

- AOC o estrógenos por un corto plazo (no más de 3 meses)
- Ibuprofeno u otro anti-inflamatorio no esteroideo
- Si la inyección previa se administró hace más de 4 semanas, la administración de otra inyección podría ser eficaz; programar la siguiente dosis 3 meses posterior a esta última

El sangrado profuso es poco común, puede controlarse administrando dosis mayores de AOC o estrógeno (1 píldora diaria por 21 días); si el sangrado continúa, debe descartarse una patología de base y tratarse según corresponda.

La amenorrea es uno de los efectos colaterales más frecuentes y no requiere tratamiento médico, sólo consejería adecuada.

En caso de intolerancia por la usuaria a las alteraciones menstruales, puede ser necesario discontinuarlo o sugerir el cambio de método.

El aumento de peso puede ser importante en algunos casos.

CONSEJERÍA

Hacer énfasis en los posibles cambios en el ciclo menstrual, en particular sangrado prolongado o excesivo y amenorrea y la posibilidad de retraso en el retorno a la fertilidad, ventajas, desventajas y fechas de administración de las dosis subsecuentes.

II.2.7 ANTICONCEPTIVO SUBDERMICO SOLO DE PROGESTINA (IMPLANTES)

DEFINICIÓN

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, de aplicación subdérmica y que contiene una progestina sintética (no contiene estrógeno) la cual es liberada a dosis diarias muy pequeña en forma controlada para alcanzar el efecto anticonceptivo deseado

DESCRIPCIÓN

Los implantes de que se usan en la actualidad son:

- Norplant^R: consiste en 5 cápsulas delgadas de dimetilpolisiloxano, conteniendo cada una 36 mg de levonorgestrel, liberando un promedio de 30 mcg. de levonorgestrel por día.
- El Jadelle^R consta de dos cilindros de silastic (hule de silicón) de 75 mg. de levonorgestrel.
- El Implanon^R consiste de un cilindro de 68 mg.de etonorgestrel. (Aun no disponible en el país)

MECANISMO DE ACCIÓN

- Espesamiento del moco cervical dificultando la penetración de los espermatozoides
- Inhiben la ovulación en cerca de la mitad de los ciclos menstruales
- Posibles cambios en el endometrio
- No actúan interrumpiendo un embarazo ya existente

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

El efecto anticonceptivo con la utilización de Norplant es 5 a 7 años y comienza inmediatamente después de su aplicación. Jadelle tiene una eficacia de 5 años e Implanon de 3 años.

En mujeres que pesan 80 kg. o mas, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de cuatro años de uso.

RETORNO ALA FERTILIDAD

La fertilidad se reestablece casi inmediatamente después que los implantes son retirados.

EFFECTIVIDAD

La tasa de embarazo es menor de 1 por cada 100 mujeres que utilizan los implantes en el primer año de uso. Con la utilización de Jadelle durante los 5 años de uso podría darse un embarazo por cada 100 mujeres y con Norplant en los 7 años de uso alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres.

BENEFICIOS

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática
- Anemia ferropénica

SIGNOS DE ALARMA

- Dolor intenso en el pecho con dificultad para respirar
- Cefalea severa, recurrente, incluida migraña con síntomas neurológicos focales
- Pueden existir pequeñas complicaciones relacionadas con el procedimiento como hematomas, infección local o dolor, muy rara vez la expulsión del implante.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Los efectos colaterales más frecuentes son:

- Alteración del patrón de sangrado menstrual, manifestado ya sea por amenorrea, sangrado intermitente leve o prolongado
- Aumento del peso corporal
- Acne
- Cambios de humor
- Cefalea no migrañosa
- Náuseas y mareos
- Sensibilidad mamaria anormal

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Históricamente se consideraba que los métodos anticonceptivos de progestageno solo, tenían las mismas contraindicaciones que los anticonceptivos orales combinados, sin embargo dado que estos no tienen efectos sobre la presión arterial ni sobre la

coagulación, su efecto sobre el metabolismo de los lípidos es insignificante y tienen muy poco efecto sobre la función hepática; las contraindicaciones para los implantes de progestagenos solos deben ser consideradas de manera separada de los anticonceptivos orales combinados.

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo Subdermico solo de Progestina.

NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Desde la menarquia en adelante
- ◆ Nulípara o multípara
- ◆ Mayor o igual a seis semanas a menor seis meses post parto en lactancia materna
- ◆ En mujeres no lactantes puede usarse desde el postparto inmediato
- ◆ En el postaborto del primer o segundo trimestre o posterior a aborto séptico, en los primeros 7 días
- ◆ Embarazo ectópico previo
- ◆ Cirugía pélvica anterior
- ◆ En mujeres fumadoras independiente de la edad y del numero de cigarrillos menores de 35 años.
- ◆ Obesidad: con índice de masa corporal de mayor o igual a 30 Kg por metro cuadrado.
- ◆ Historia de hipertensión arterial e hipertensión durante el embarazo, con valores actuales normales
- ◆ Hipertensión arterial controlada cuando la presión puede ser evaluada, hasta valores de 104-150 mm Hg la sistólica ó 90-99 mm Hg la diastólica
- ◆ Historia familiar de trombosis venosa profunda, embolismo pulmonar (familiares en primer grado)
- ◆ Cirugía menor o mayor sin inmovilización prolongada
- ◆ Trombosis venosa superficial ya sea con venas varicosas o tromboflebitis superficial

- ◆ Enfermedad valvular cardiaca no complicada y complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)
- ◆ Cefalea leve a severa no migrañosa.
- ◆ Epilepsia
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Endometriosis
- ◆ Tumores benignos de ovario (incluido quistes)
- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Enfermedad trofoblástica gestacional benigna y maligna (mola hidatidiforme y coriocarcinoma)
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Enfermedad mamaria benigna, antecedente familiar de cáncer mamario
- ◆ Cáncer ovárico o endometrial, mientras esperan tratamiento
- ◆ Fibromas uterinos
- ◆ Antecedente o padecimiento actual de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- ◆ Infección de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses
- ◆ VIH seropositiva, SIDA, alto riesgo de VIH/SIDA
- ◆ Esquistosomiasis sin complicaciones
- ◆ Tuberculosis pélvica y extra pélvica
- ◆ Paludismo
- ◆ Historia de diabetes gestacional
- ◆ Tiroides, bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo
- ◆ Historia de colestasis relacionada con el embarazo
- ◆ Fibrosis del hígado
- ◆ Portadores de hepatitis viral
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro, anemia drepanocítica y talasemia
- ◆ Uso de antibióticos (excluidos Rifampicina)

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un método anticonceptivo subdérmico solo de Progestina, generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión)
- ◆ Historia de hipertensión arterial cuando no se puede evaluar (incluida la hipertensión en el embarazo) y niveles elevados de presión arterial sistólica mayor de 160 y diastólica de 100 mm Hg, además de enfermedad vascular
- ◆ Historia de trombosis venosa profunda o embolia pulmonar
- ◆ Cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ◆ Mutaciones trombogénicas conocidas: factor V de coagulación Leiden, mutación de protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina
- ◆ Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicérido altos y otros)
- ◆ Migraña sin síntomas neurológicos focales (aura) independientemente de la edad
- ◆ Sangrado menstrual intenso que incluye patrones regular e irregular y/o patrón irregular sin sangrado intenso, así como cualquier sangrado vaginal sin explicación antes de evaluación.
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- ◆ Cáncer de cuello uterino en espera de tratamiento
- ◆ Masa mamaria no diagnosticada
- ◆ Tratamiento con antirretrovirales
- ◆ Diabetes sin enfermedad vascular no dependiente o dependiente de insulina
- ◆ Diabetes mellitus con nefropatía, retinopatía, neuropatía, o con otras enfermedades. vasculares o diabetes por mas de 20 años
- ◆ Enfermedad de la vesícula biliar actual con tratamiento médico o quirúrgico o que curse en forma asintomática
- ◆ Historia de colestasis anterior, relacionada con anticonceptivos orales combinados
- ◆ Cirrosis leve compensada
- ◆ Uso de Griseofulvina

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método anticonceptivo subdermico solo de Progestina

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Lactancia materna menor de 6 semanas postparto
- ♦ Trombosis venosa profunda y embolismo pulmonar actual
- ♦ Cardiopatía isquémica actual o historia de la enfermedad
- ♦ Historia de accidente cerebro vascular
- ♦ Migraña con síntomas neurológicos focales (aura)
- ♦ Sangramiento vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición (grave) antes de la evaluación
- ♦ Cáncer mamario actual o en el pasado sin evidencia de enfermedad activa por 5 años
- ♦ Hepatitis viral activa
- ♦ Cirrosis severa (descompensada)
- ♦ Tumores del hígado, benigno y maligno
- ♦ Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas: Rifampicina, Fenitoína, Carbamazepina, barbitúricos, Primidona, topiramato y oxcarbamacepina.

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza un método anticonceptivo subdérmico solo de Progestina

ESTE MÉTODO NO PUEDE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Embarazo o sospecha de embarazo
- ♦ Cáncer mamario actual

USO DEL MÉTODO

INICIO

Los implantes pueden colocarse en cualquier momento del ciclo menstrual, en que se esté razonablemente seguro/a que la mujer no está embarazada, preferiblemente durante los primeros 7 días del ciclo menstrual.

Si el método se inicia después del séptimo día debe usarse un método anticonceptivo de respaldo, durante los 7 días siguientes.

Si la usuaria esta en amenorrea puede insertarse el implante en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la mujer no esta embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes 7 días.

En el postparto: en mujeres lactantes, se deben iniciar después de la sexta semana. En mujeres no lactantes y en el postaborto se puede iniciar inmediatamente después del evento y no necesita un método anticonceptivo de respaldo.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL INICIO

Es necesario establecer un ambiente de confianza usuaria y proveedor, ofreciéndole toda la información referente a las ventajas y desventajas del método

La usuaria que ha elegido implantes debe conocer el procedimiento de inserción, habitualmente la inserción lleva poco minutos dependiendo de la habilidad del proveedor, por otra parte las complicaciones son raras.

ADMINISTRACIÓN DEL MÉTODO

El proveedor debe tomar en cuenta lo siguiente:

- Usar las medidas de asepsia para prevenir infecciones.
- Uso de anestésico local para evitar dolor.
- El proveedor realiza una incisión en la piel en el interior de la cara superior del brazo.
- Se insertan los implantes debajo de la piel
- Se cierra la incisión con una curación adhesiva.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

El método podrá ser proporcionado por personal médico o enfermeras debidamente capacitadas para su inserción y retiro, siguiendo la técnica recomendada para el método.

SITIOS DE ENTREGA

En aquellos establecimientos públicos o privados que cuenten con personal debidamente capacitado e instalaciones apropiadas

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Se programara una consulta de seguimiento a los 8 días de insertado el implante para verificar que no existan complicaciones en el sitio de inserción.

Posterior a este control la usuaria puede presentarse en cualquier momento que lo considere conveniente. Se efectuará un control anual a la usuaria y en cada visita se vigilará la satisfacción con el uso del mismo, y la posible aparición de efectos secundarios.

Se debe dar especial atención a la programación de la visita a los 5 años, cuando el método deja de ser efectivo.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

- Descartar otra patología que pueda causar estos efectos
- Sangrado Prolongado o profuso:
 - Brindar CONSEJERÍA
 - Anti-inflamatorios no esteroideos
 - Anticonceptivos orales combinados por corto plazo
 - Si el sangrado prolongado continua o este comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha de enfermedad subyacente no vinculada con el uso del método hacer diagnostico y trate la patología según corresponda; sino se encuentra causa para el sangrado evalúe la posibilidad del retiro del implante y suministre otro método de elección para la usuaria.

- Amenorrea:
 - Consejería informando a la usuaria que es un efecto esperado y que no es nocivo.
- Cefalea y sensibilidad mamaria:
 - Usualmente cede con analgesia anti-inflamatoria no esteroidea.
 - Toda cefalea que empeore o aparesca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

CONSEJERÍA

La consejería debe hacer énfasis en los posibles cambios en el ciclo menstrual, efectos colaterales comunes, duración del efecto anticonceptivo, signos de alarma y acudir a consulta cuando considere necesario. Recordarle que este método no brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Cuando una usuaria busca ayuda, el personal de salud debe comprender que es lo que ella desea, a fin de ayudarle a tomar una decisión por si misma y sin presión

Una usuaria a quien se le ha insertado implantes debe saber lo siguiente:

- Mantener seca el área de inserción por 4 días
- Recordar que después de que pasa el efecto de la anestesia puede haber dolor, ardor o equimosis en el brazo por algunos días
- Regresar al servicio de salud si las cápsulas se están saliendo de su sitio, o si presenta signos de infección en el sitio de inserción.

II.3 DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS (DIU)

DEFINICION

Es un método temporal de planificación familiar que consiste en insertar un dispositivo dentro de la cavidad uterina.

El DIU es una buena alternativa para las usuarias que no desean un embarazo y no quieren usar un método permanente.

DESCRIPCIÓN O TIPO

Los DIU son pequeños dispositivos fabricados de polietileno flexible con hilos que facilitan su colocación y extracción. Existen los no medicados como los de Cobre, y los medicados o liberadores de hormonas (levonorgestrel) estos últimos liberan constantemente pequeñas cantidades de hormona esteroidea en el útero.

Los DIU más utilizados actualmente en el país son los no medicados, de los cuales el más usado es el de polietileno en forma de T recubierto de cobre (TCu-380A).

Los DIU se obtienen en el mercado en sobres estériles individuales.

II.3.1 DIU de COBRE

MECANISMO DE ACCIÓN

El cobre contenido en el dispositivo afecta la viabilidad y la motilidad de los espermatozoides, impidiendo la fecundación, por lo tanto interfiere con el proceso reproductor antes que el óvulo llegue a la trompa de Falopio.

Un solo mecanismo de acción no explica el efecto de los DIU. Se sabe que la presencia de un cuerpo extraño en el útero, como un DIU, produce cambios anatómicos y bioquímicos que parecen ser tóxicos para los espermatozoides, interfiriendo en su motilidad y supervivencia, alterando o inhibiendo la migración de los espermatozoides hacia la parte superior del tracto reproductor femenino.

Asimismo estimula en el endometrio, el cuello uterino y los oviductos una reacción de cuerpo extraño, liberándose glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas que impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio. También se ha implicado un mecanismo de fagocitosis de los espermatozoides.

Libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, bloqueando los sistemas enzimáticos sensibles a la relación Cobre – Zinc originando alteraciones

bioquímicas, tales como la modificación del PH vaginal, efecto que debilita e inmoviliza los espermatozoides.

También actúa acelerando los movimientos de las trompas de Falopio, impidiendo el transporte o desplazamiento del óvulo y su fecundación.

No hay evidencia científica que sustente que los DIU actúan como abortivos.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La protección anticonceptiva se inicia inmediatamente después de su inserción y el efecto de la TCU-380A dura hasta 10 años.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

Es inmediato al retiro del dispositivo

EFFECTIVIDAD

El dispositivo intrauterino es un método altamente efectivo. La TCU-380A presenta un índice de falla al primer año de uso de 0.6 al 0.8%

BENEFICIOS

- Protege contra riesgo de embarazo
- Puede proteger contra cáncer endometrial

SIGNOS DE ALARMA

- Dolor abdominal severo con o sin fiebre
- Secreción vaginal purulenta
- Hemorragia vaginal
- Amenorrea de 6 semanas o más
- Hilos no visibles, ni palpables

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

El DIU en general es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuente, generalmente limitados a los primeros 3 meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse de la siguiente manera:

- Dolor pélvico durante el período menstrual
- Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual
- Sangrado intermenstrual

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de DIU
NO HAY RIESGO CON EL USO DE ESTE MÉTODO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Edad mayor de 20 años
- ◆ Multiparidad
- ◆ Postparto mayor o igual a 4 semanas
- ◆ Postaborto del primer trimestre, en los primeros 7 días
- ◆ Embarazo ectópico anterior
- ◆ Historia de cirugía pélvica
- ◆ Tabaquismo a cualquier edad y número de cigarrillos
- ◆ Obesidad
- ◆ Factores de riesgo múltiples para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión)
- ◆ Hipertensión arterial o historia de presión arterial alta, con enfermedad vascular
- ◆ Historia de hipertensión cuando no se puede evaluar la presión arterial (incluida la hipertensión durante el embarazo)
- ◆ Hipertensión arterial controlada cuando la presión arterial puede evaluarse.
- ◆ Niveles elevados de presión arterial bien medidos: sistólica 140 a 159 ó Diastólica de 90 a 99,
- ◆ Presión arterial sistólica mayor o igual a 160 o diastólica mayor o igual a 100
- ◆ Enfermedad vascular
- ◆ Historia de Trombosis venosa y profunda y embolia pulmonar
- ◆ Trombosis venosa superficial y profunda
- ◆ Embolia pulmonar actual

- ◆ Enfermedad actual o historia de cardiopatía isquémica
- ◆ Mutaciones trombogénicas conocidas
- ◆ Historia de accidente cerebro vascular
- ◆ Hiperlipidemia conocida
- ◆ Historia de pre-eclampsia
- ◆ Cardiopatía valvular no complicada
- ◆ Cefaleas moderadas o severas con o sin síntomas neurológicos focales
- ◆ Epilepsia
- ◆ Trastornos depresivos
- ◆ Ciclos menstruales irregulares sin sangramiento abundante
- ◆ Tumores benignos de ovarios
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- ◆ Patología mamaria
- ◆ Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria con embarazo subsecuente
- ◆ Fibromas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina
- ◆ Esquistosomiasis
- ◆ Tuberculosis no pélvica
- ◆ Paludismo
- ◆ Diabetes
- ◆ Enfermedad de la tiroides
- ◆ Patología de vías biliares
- ◆ Historia de colestasis
- ◆ Hepatitis viral
- ◆ Cirrosis
- ◆ Tumores benignos o malignos del hígado
- ◆ Uso de antibióticos y otros medicamentos

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un Dispositivo Intrauterino, generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Menor de 20 años
- ◆ Nuliparidad
- ◆ En el postparto menor de 48 horas
- ◆ Postaborto de segundo trimestre
- ◆ Anomalías anatómicas que no deformen la cavidad uterina
- ◆ Cardiopatía valvular complicada con hipertensión pulmonar, fibrilación auricular y/o historia de endocarditis bacteriana sub aguda
- ◆ Ciclos menstruales regulares o irregulares con sangrado abundante y prolongado
- ◆ Historia de sangrado vaginal de causa desconocida (cuando es continuación del método)
- ◆ Endometriosis
- ◆ Dismenorrea severa
- ◆ Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria sin embarazo subsecuente
- ◆ Vaginitis sin cervicitis purulenta, incluida tricomonas y vaginosis bacteriana
- ◆ ITS, excepto VIH y hepatitis
- ◆ Riesgo aumentado de ITS y de VIH SIDA
- ◆ Continuación en SIDA
- ◆ Tratamiento con antirretrovirales
- ◆ Talasemia y enfermedad de células falciformes
- ◆ Anemia por deficiencia de hierro

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un DIU.

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ En el postparto tardío (de 48 horas a 4 semanas)
- ◆ Enfermedad trofoblástica gestacional benigna (Mola Hidatidiforme)
- ◆ Cáncer ovárico
- ◆ En mujeres con más de un compañero sexual o cuya pareja tenga más de una compañera sexual, por el riesgo aumentado de adquirir una Infección de Transmisión Sexual (ITS)

- ◆ SIDA para inicio

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el DIU.

ESTÉ MÉTODO NO PUEDE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Embarazo o sospecha de embarazo
- ◆ En los primeros 3 meses después de una sepsis puerperal
- ◆ En los primeros 3 meses después de un aborto séptico
- ◆ Anormalidades anatómicas que deforman la cavidad uterina
- ◆ Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación
- ◆ Enfermedad trofoblástica gestacional maligna (coriocarcinoma)
- ◆ Cáncer de cuello uterino en espera de tratamiento
- ◆ Cáncer del endometrio
- ◆ Miomas uterinos con distorsión de la cavidad
- ◆ Cavidad uterina distorsionada por otra causa
- ◆ Cervicitis purulenta, gonorrea o infección por Clamidia
- ◆ Enfermedad Pélvica inflamatoria (EPI) activa ó en los últimos 3 meses
- ◆ Infección de Transmisión Sexual (ITS) actual o en los últimos 3 meses
- ◆ Tuberculosis pélvica

USO DEL MÉTODO

INICIO

El DIU puede insertarse en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo (ver anexo 7) de preferencia, en los primeros 7 días del ciclo menstrual, si han transcurrido mas de 7 días desde el inicio del sangrado menstrual debe abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar MÉTODO anticonceptivo adicional durante este periodo.

En el postparto la inserción Posplacenta debe realizarse preferentemente dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto vaginal o durante una cesárea.

También se puede hacer la colocación del DIU antes de que la usuaria sea dada de alta dentro de las 48 horas postparto inmediato (requiere capacitación específica). Inmediatamente o durante los primeros siete días después del legrado por aborto incompleto no séptico.

A partir de la cuarta y sexta semana postparto y post-cesárea respectivamente.

La inserción del DIU solamente debe ser realizado por personal de salud debidamente entrenado

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL INICIO

El profesional de salud debe realizar un examen pélvico cuidadoso y verificar en que posición se encuentra el útero para asegurarse que la usuaria pueda usar el DIU en forma efectiva y sin riesgo

PROVEEDOR DE MÉTODO

Previo consejería a la usuaria y aceptación libre del método, el DIU debe ser aplicado por personal debidamente capacitado, siguiendo las técnicas establecidas.

SITIO DE ENTREGA

Puede ser proporcionado en los servicios de salud que permitan condiciones de asepsia adecuada tanto para la inserción como para el retiro.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Las consultas siguientes deben programarse:

- La primera consulta entre la cuarta y sexta semana posterior a la inserción.
- La segunda consulta se debe efectuar a los 6 meses a partir de la inserción. Posteriormente cada año a partir de la fecha de aplicación del DIU, o cuando el prestador del servicio o la usuaria lo estime necesario.

En caso de embarazo y si el mismo está dentro de las primeras 10 semanas y los hilos del DIU son visibles, se debe intentar retirar con precaución y suavidad. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo y se debe derivar al nivel de mayor complejidad.

Las complicaciones inmediatas son las perforaciones uterinas y la hemorragia. Las mediatas son infecciones. Su manejo depende de cada caso en particular.

Si la usuaria relata efectos colaterales o complicaciones escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponda bríndele un manejo específico.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

- Para el sangrado prolongado, profuso o irregular: tranquilícela explicándole que desaparece después de los primeros tres meses de uso, asimismo se puede utilizar medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. Si el sangrado profuso o prolongado continúa descarte patologías ginecológicas y si se diagnosticó dicho problema trátelo o refiera a un nivel de mayor complejidad.
- Dolor pélvico o calambres: explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso en particular durante la menstruación y que no es perjudicial y que desaparece con el tiempo. Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación evalúe buscando patologías subyacentes, trate o refiera a la usuaria. Si los calambres son severos y no se encuentra patología subyacente evalúe la posibilidad de retirar.
- Anemia: para prevenir la anemia proporcione un suplemento de hierro y fomente la ingesta de alimentos con hierro.

CONSEJERÍA

El personal de salud que provea el método debe escuchar con interés las preocupaciones de la usuaria, brindando un ambiente de confianza que le permita tener información práctica y clara sobre las ventajas y posibles efectos secundarios, para decidir libremente

Debe hacerse énfasis en:

- Efectividad del método
- Modo de inserción
- Duración del efecto anticonceptivo
- Efectos secundarios, en particular los relacionados al ciclo menstrual
- Signos de alarma
- No protege de ITS yVIH/SIDA

El DIU puede retirarse en el momento que la usuaria lo solicite. La recuperación de la fertilidad es inmediata.

En casos de inserción en el postparto inmediato, la consejería debe realizarse previamente antes del parto.

II.3.2 DIU HORMONALES

DEFINICION

Los DIU hormonales liberan diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel, una progestina usada ampliamente en los implantes y los anticonceptivos orales. Está disponible en el mercado con el nombre comercial de Mirena.

MECANISMO DE ACCION

Su principal mecanismo de acción es la supresión del crecimiento del endometrio

DURACION

El efecto anticonceptivo de los DIU hormonales es de cinco años a partir de su inserción.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

El retorno a la fertilidad es inmediato después del retiro del dispositivo.

EFFECTIVIDAD

Los DIU hormonales son altamente efectivos. El índice de falla al primer año de uso es de 0.6 a 0.8%

BENEFICIOS

- Protege del riesgo de embarazo
- Ayuda a prevenir la anemia por deficiencia de hierro
- Puede proteger contra la enfermedad pélvica inflamatoria(EPIA)
- Reduce los cólicos menstruales
- Reduce los síntomas de endometriosis: dolor pélvico, sangrado irregular

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

- Cambios en el patrón menstrual: menor sangrado, sangrado infrecuente o irregular, amenorrea o sangrado prolongado.
- Acné
- Cefalea
- Mastalgia
- Náusea
- Ganancia de peso
- Mareos
- Cambios en el estado de ánimo

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Los criterios para el uso de los DIU hormonales son muy similares a los de los DIU de cobre, excepto en los casos siguientes en los cuales su contenido hormonal incrementa el riesgo de uso:

- ◆ En las primeras 48 horas post parto es categoría 3

- ♦ Cuando hay múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular: categoría 2.
- ♦ En los casos de hipertensión arterial es categoría 2 cuando la presión no se puede medir, cuando es mayor de 160 la sistólica o mayor de 100 la diastólica y cuando hay enfermedad vascular.
- ♦ En los casos de trombosis venosa profunda y embolia pulmonar, es categoría 2 cuando hay historia de ellas y 3 cuando es padecimiento actual.
- ♦ En casos de cirugía mayor con inmovilización prolongada es categoría 2
- ♦ En las mutaciones trombo génicas conocidas es categoría 2
- ♦ En la cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular e hiperlipidemias conocidas es categoría 2
- ♦ En la migraña con aura, a cualquier edad, su continuación es categoría 3
- ♦ En las enfermedades de la mama es categoría 2 si hay nódulo sin diagnóstico, categoría 3 en cáncer de mama previo y sin evidencia de enfermedad por 5 años, y categoría 4 en cáncer de mama actual.
- ♦ Si hay historia de colestasis relacionada con uso previo de AOC es categoría 2
- ♦ En la hepatitis viral activa es categoría 3
- ♦ En la cirrosis leve o compensada es categoría 2 y en la grave o descompensada es categoría 3
- ♦ En los tumores del hígado tanto benignos como malignos es categoría 3
- ♦ En todo tipo de anemia puede usarse sin restricciones, ya que es categoría 1

USO DEL METODO

INICIO

- Puede colocarse en cualquier momento siempre que se este razonablemente seguro que no hay un embarazo (Ver anexo 7)

- En las mujeres que tienen ciclos menstruales puede colocarse en los primeros 7 días del ciclo sin necesidad de un método de respaldo, pero si han pasado más de 7 días debe usar un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción.
- Si se está cambiando de un método hormonal usado en forma correcta, puede colocarse en cualquier momento. En el caso de los inyectables, puede colocarse en la fecha que le tocaría la siguiente inyección y recomendar un método de respaldo para los primeros 7 días.
- Después de un parto, si está lactando en forma exclusiva, se recomienda colocarlo posterior a las 4 semanas y hasta los 6 meses postparto sin necesidad de que haya iniciado su menstruación.
- Después de un aborto, puede colocarse inmediatamente o durante los primeros 7 días. Si han pasado más de 7 días necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días a partir de la inserción. Si hay infección no es recomendable su inserción.

La inserción del DIU hormonal solamente debe ser realizada por personal de salud debidamente entrenado

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL INICIO

El profesional de salud debe realizar un examen pélvico cuidadoso y verificar en que posición se encuentra el útero para asegurarse que la usuaria pueda usar el DIU en forma efectiva y sin riesgo

PROVEEDOR DE MÉTODO

Previo consejería a la usuaria y aceptación libre del método, el DIU debe ser aplicado por personal debidamente capacitado, siguiendo las técnicas establecidas.

SITIO DE ENTREGA

Puede ser proporcionado en los servicios de salud que permitan condiciones de asepsia adecuada tanto para la inserción como para el retiro.

CONSEJERIA

- Antes de la inserción debe explicarle que puede presentar cambios en su patrón menstrual, incluyendo amenorrea
- Enfatizar que los cambios en el sangrado menstrual no son signos de enfermedad
- Explicarle que estos cambios pueden disminuir después de varios meses de uso
- Asegurarle que puede regresar a consultar en cualquier momento que lo considere necesario

II.4 MÉTODOS DE BARRERA

DEFINICION

Son métodos temporales que impiden la unión del espermatozoide con el óvulo (fecundación).

DESCRIPCIÓN O TIPO

Dependiendo de su naturaleza se dividen en:

Físicos:

- Preservativo o condón (masculino – femenino)
- Diafragma *
- Capuchón cervical *

* No están disponibles en el país.

Químicos o espermaticidas de uso vaginal:

- Óvulos
- Tabletas
- Espumas
- Cremas
- Jalea
- Película

MECANISMO DE ACCIÓN

Físicos:

Impiden el paso de los espermatozoides hacia el aparato reproductor femenino por acción de una barrera física.

Químicos:

Inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, haciendo improbable la fecundación.

CONDONES

DESCRIPCIÓN

Condón masculino: Es una bolsa delgada generalmente hecha de poliuretano o látex, lubricado con sustancias inertes, tiene la función de cubrir el pene durante el acto sexual no dejando que el semen entre en contacto con la vagina. Algunos contienen espermaticidas.

Condón femenino: Consiste en un tubo de poliuretano fuerte, lubricado, cerrado en un extremo, de unos 15 cm. de largo y 7 cm. de diámetro. Alrededor de su extremo abierto, se encuentra un anillo exterior de poliuretano flexible que sostiene el condón contra la vulva. El otro extremo tiene un anillo flexible que ayuda a mantenerlo en la vagina durante el contacto sexual.

PRESENTACION

Empaque individual esterilizado.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto está limitado al tiempo de utilización correcta del método.

EFFECTIVIDAD

Con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica.)

En condiciones habituales de uso el condón masculino tiene tasa de embarazo accidental del 15% (tasa típica).

En el caso del condón femenino estos porcentajes son de 5% para la tasa teórica y 21% para la tasa típica.

BENEFICIOS

- Es el único método que protege contra ITS, incluyendo VIH así como del embarazo (método de doble protección)

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

En muy raras ocasiones puede presentarse reacción alérgica al látex o al espermaticida, en cuyo caso se debe reforzar la consejería para orientar la elección de otro método.

La alergia al látex puede manifestarse por enrojecimiento, escozor o hinchazón después de usar el condón.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

No existe ninguna condición médica para limitar su uso, excepto cuando haya alergia al látex o al espermaticida.

El uso de lubricantes con base de aceite, crema vaginal de Clindamicina y crema vaginal de antimicóticos, pueden dañar el condón de látex.

USO DEL MÉTODO

Condón masculino:

El condón masculino debe usarse en cada relación sexual y debe colocarse desde el inicio del coito, con el pene erecto, antes de la penetración. Debe retirarse el pene de la vagina cuando aun esta erecto para evitar salida del semen. Para quitarse el condón, se toma de la base y se desliza suavemente desde la misma.

Condón femenino:

El condón femenino debe colocarse antes de la penetración. Esta diseñado para usarse una sola vez. La mujer debe colocarlo introduciendo el extremo cerrado de la funda en el fondo de la vagina y dejar el extremo abierto fuera de la vagina. Debe cuidarse que el pene penetre dentro del condón y no lateral a este; Para quitarse el condón se toma del extremo visible con el cuidado de no derramar el semen.

TIEMPO DE INICIO

El hombre o la mujer pueden iniciar el uso del condón o preservativo en cualquier etapa de su vida sexual o siempre que lo estime necesario.

DIAFRAGMA (con espermicida) Y CAPUCHON CERVICAL

DESCRIPCIÓN

El diafragma es una cúpula de hule que cubre el cuello del útero y generalmente se utiliza con crema espermicida. El capuchón cervical es similar al diafragma, pero más pequeño.

PRESENTACIÓN

Empaque individual, reusable.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto está limitada al tiempo de utilización correcta del método.

EFFECTIVIDAD

En condiciones habituales de uso, la tasa de embarazo accidental es del 20%(tasa típica. Usado en forma correcta y sistemática la tasa de embarazo accidental del diafragma es de 6% y la del capuchón de 9%(tasa teórica). El capuchón cervical en mujeres con hijos reduce su efectividad, y tiene tasa típica de 40% y teórica de 26%(muy poco efectivo)

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

- Lesión vaginal por técnica incorrecta para remoción del diafragma.
- Dolor debido a la presión en la vejiga y el recto por tamaño inadecuado para la usuaria.
- Vaginitis
- Secreción vaginal inusual

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un diafragma y capuchón cervical

En general no existen condiciones médicas que restrinjan su uso.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar Diafragma y Capuchón Cervical generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Mujeres post parto(hay mayor riesgo de falla)
- ◆ Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda.) El riesgo de infección del tracto urinario con el diafragma puede aumentar el riesgo en una paciente con endocarditis bacteriana subaguda.
- ◆ Infección del tracto urinario

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar Diafragma y Capuchón cervical

EL MÉTODO NO ES USUALMENTE RECOMENDADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ◆ Historia de síndrome de shock tóxico (el síndrome de shock tóxico ha sido reportado en asociación con el uso de la esponja anticonceptiva y el diafragma).
- ◆ Alergia al látex
- ◆ Alto riesgo de VIH, SIDA

USO DEL MÉTODO

Tanto el diafragma como el capuchón cervical deben insertarse con espermicida en la vagina antes de la relación sexual y no retirarse sino hasta después de seis horas de que el hombre ha tenido su última eyaculación. El diafragma no debe dejarse en la

vagina por más de 24 horas, el capuchón cervical, no más de 48 horas; ya que el hacerlo puede aumentar el riesgo de shock toxico.

Después de retirado, debe lavarse con agua limpia y jabón suave; verificar si no esta roto llenándolo de agua u observándolo contra la luz. Debe secarlo y guardarlo en un lugar limpio, oscuro y fresco.

TIEMPO DE INICIO

En cualquier etapa de su vida sexual o siempre que lo estime necesario y este razonablemente segura que no esta embarazada (Ver anexo A) Previo a su utilización requiere que un proveedor capacitado mida el tamaño adecuado para cada paciente, lo cual implica pasar un examen pélvico.

Después de un parto y un aborto puede necesitar un diafragma de tamaño diferente. No debe realizarse la nueva medición antes de seis a doce semanas después de un parto o aborto del segundo trimestre.

ESPERMATICIDAS

DESCRIPCIÓN

Son barreras químicas formadas por 2 componentes: 1 químico, frecuentemente el nonoxynol – 9 y otro inerte.

PRESENTACION

- Tableta, óvulo y película en presentación individual o en tubos de varias unidades.
- Espumas, jaleas y gel en tubo con su aplicador.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La duración del efecto anticonceptivo está limitada al tiempo de utilización correcta del método (alrededor de una hora después de la aplicación).

EFFECTIVIDAD

En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental es del 6% (tasa típica), con uso correcto y sistemático la tasa de embarazo accidental es del 2% (tasa teórica).

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Algunas mujeres pueden presentar irritación en el tejido vaginal si lo usan varias veces en un mismo día. En raras ocasiones presentan reacción alérgica local.

En ambos casos se debe reforzar la consejería y orientar a que se elija otro método si es necesario.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.

En general no existen condiciones médicas que restrinjan su uso.

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.

PUEDE USARSE EL MÉTODO AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCIÓN EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Cáncer cervical en espera de tratamiento.

Categoría 3: Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizarlo

No existen condiciones para esta categoría

Categoría 4: Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud.

ESTÉ MÉTODO NO PUEDE SER USADO EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Alto riesgo de VIH, VIH y SIDA. (El uso repetido y en altas dosis de nonoxinol-9 puede causar irritación vaginal y cervical o abrasiones.)

USO DEL MÉTODO

Aplicación vaginal 15 minutos antes de cada relación sexual y no más de una hora antes.

No practicar lavados vaginales al menos seis horas después del coito.

En caso de que se de una nueva relación sexual, debe aplicarse nuevamente el espermicida

INICIO DEL MÉTODO

En cualquier momento de la vida sexual activa de usuaria, incluyendo el período postparto y postaborto.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS

Proporcionar consejería específica a la mujer y/o a la pareja sobre el método.

PROVEEDORES DEL MÉTODO.-

El método puede ser provisto por cualquier miembro del personal de salud y personal comunitario adecuadamente capacitados y en la consulta privada.

SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS

No se requiere de visita médica para la proporción de estos métodos.

Los usuarios pueden acudir al personal de salud cuando lo estimen necesario.

CONSEJERÍA PARA EL USO DE MÉTODOS DE BARRERA

Orientar a la persona usuaria o la pareja sobre:

- El uso correcto y constante del método
- Eficacia
- Qué hacer en caso de ruptura del condón
- Uso del preservativo como protección contra Infecciones de transmisión Sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA
- Orientar sobre uso de protección doble en aquellos casos en los que hay riesgo de ITS y se desea contar con un método seguro para prevenir embarazos.
- Realizar la demostración sobre la colocación del preservativo

II.5 PLANIFICACION FAMILIAR NATURAL

DEFINICION

Conjunto de métodos basados en el conocimiento de los periodos fértiles e infértiles de la mujer, incluyendo la infertilidad natural post parto (MELA) y que no requiere el uso de métodos hormonales o de barrera.

Estos métodos se subdividen en Métodos de abstinencia periódica; que pueden basarse en el calendario o en síntomas, y retiro voluntario, y el de Lactancia Materna y Amenorrea (MELA)

La utilización de estos métodos requiere de la participación activa de la pareja y el correcto conocimiento de los cambios fisiológicos que se presentan durante el ciclo menstrual y que pueden ser alterados por factores emocionales, ingesta de medicamentos que modifican el ánimo como ansiolíticos (excepto benzodiacepinas), antidepresivos, uso prolongado de ciertos antibióticos o antiinflamatorios no esteroideos. Estos medicamentos pueden demorar la ovulación, etc.

MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIODICA Y RETIRO VOLUNTARIO

Son métodos que se basan en evitar tener relaciones sexuales durante el período fértil de la mujer. El período fértil de una mujer se puede reconocer mediante la observación, el registro y la interpretación de signos y síntomas naturales que se relacionan con la ovulación.

DESCRIPCIÓN O TIPOS

Basados en el calendario:

- Método del calendario (ritmo)
- Método de los días fijos o de días standard(collar)

Basados en síntomas

- Método del moco cervical (Billings) y método de dos días
- Método de la temperatura corporal basal
- Método sintotérmico
- Método del retiro voluntario (coito interrumpido)

MECANISMO DE ACCIÓN

Impiden que los espermatozoides se unan con un óvulo al evitarse el acto sexual alrededor del período en que ocurre la ovulación (abstinencia periódica), o al retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación (retiro voluntario).

EFFECTIVIDAD

Estos métodos bajo condiciones de uso correcto y consistente, proporcionan una efectividad teórica mucho mayor que la efectividad típica.

Retiro voluntario (coito interrumpido): Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso, del 27%

➤ **Método del calendario:**

La tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso es 9% (tasa teórica).

En condiciones habituales de uso la tasa de embarazo accidental durante el primer año es del 20% (tasa típica).

➤ **Métodos de signos indicadores de ovulación** (temperatura y moco cervical):

◆ **Temperatura, moco cervical**

Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 3% (tasa teórica)

Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 20% (tasa típica)

◆ **2 ó más signos indicadores (sintotérmico)**

Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 1% (tasa teórica)

Tasa de embarazo accidental durante el primer año de uso del 15% - 20% (tasa típica).

◆ **Método de los días fijos (collar):**

Uso correcto (sin relaciones sexuales durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5% como tasa de embarazo en un año;

Uso correcto y combinado con otro método (sin relaciones sexuales o con relaciones sexuales protegidas durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 5.7%, como tasa de embarazo en un año.

Uso correcto más uso incorrecto (incluyendo relaciones sexuales sin protección durante los días 8 a 19 del ciclo menstrual) es de 12% de tasa de embarazo en un año.

CRITERIOS PARA SU USO.

No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

Existen condiciones fisiológicas y clínicas que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual y/o alterar los signos y síntomas de fertilidad, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender y usar. Estas condiciones incluyen:

- ◆ Edad (alrededor de la menarquia y en la premenopausia)
- ◆ Lactancia materna
- ◆ Puerperio
- ◆ Postaborto
- ◆ Ciclos menstruales irregulares
- ◆ Ciclos menstruales con sangrado abundante y prolongado
- ◆ Sangrado vaginal de causa desconocida
- ◆ Hemorragia uterina anormal por EPI
- ◆ Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- ◆ Cáncer cervical
- ◆ Ectropión cervical
- ◆ Enfermedad Pélvica Inflamatoria, actual o en los últimos 3 meses
- ◆ Infección de Transmisión Sexual, actual o en los últimos 3 meses
- ◆ Accidente cerebro vascular
- ◆ Tumores hepáticos (benignos o malignos)
- ◆ Hipertiroidismo
- ◆ Hipotiroidismo
- ◆ Cirrosis severa (descompensada)
- ◆ Uso de medicamentos incluidos: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, tratamientos ansiolíticos

- ◆ Trastornos emocionales
- ◆ Cambios bruscos de peso corporal (obesidad o delgadez)

En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

USO DEL MÉTODO

Para utilizar estos métodos se debe tener en cuenta el registro del ciclo menstrual, el cual se basa en la observación de los cambios fisiológicos que se presentan durante los mismos.

Su efectividad está determinada por el uso correcto y sistemático de la pareja.

Estos métodos pueden ser usados por todas las mujeres en su vida reproductiva y sexualmente activa, pero no son recomendados para aquellas que presentan períodos de amenorrea, ciclos irregulares o si no hay colaboración de la pareja.

En cuanto al **método de los días fijos** para evitar o espaciar los embarazos, pueden tener relaciones sexuales sin protección durante cualquier día de su ciclo menstrual, excepto entre los días 8 al 19. Las mujeres deben llevar la cuenta de los días de sus ciclos menstruales utilizando un instrumento mnemotécnico especial (un collar de cuentas). Cada cuenta representa un día del ciclo, con cuentas de diferentes colores para indicar los días fértiles e infértiles. La mujer mueve un anillo de hule sobre una cuenta cada día, a fin de marcar en que parte su ciclo menstrual se encuentra. Es requisito indispensable que los ciclos menstruales sean de 26 a 32 días.

Para los métodos basados en Billings y de dos días si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco cervical el método puede que sea difícil de usarlo.

DESCRIPCIÓN

Método del retiro (coito interrumpido): método en el que el acto sexual se interrumpe y el pene se retira de la vagina antes de la eyaculación. Este método tiene un alto porcentaje de falla porque el líquido pre-eyaculatorio contiene espermatozoides.

Método del calendario (ritmo) o de Ogino-Knaus. Como resultado de la observación continua de las fechas de la menstruación durante 6 meses se puede estimar el principio del período fértil restando 18 días al ciclo más corto, y el final del período fértil, restando 11 días al ciclo más largo.

Se debe actualizar cada mes, siempre utilizando los últimos seis ciclos

Método de la temperatura corporal basal. Este método depende de un solo signo, que es la elevación de la temperatura corporal basal de 0.2 °C a 0.5 °C, cerca del tiempo que ocurre la ovulación (aproximadamente a la mitad del ciclo menstrual para muchas mujeres). La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo a la elevación de la temperatura basal; la cual debe ser tomada de la misma manera (Oral, rectal, axilar), todas las mañanas antes de levantarse.

Método de moco cervical o de Billings. La abstinencia sexual debe comenzar el primer día que la pareja observa el moco cervical abundante y lubricante, y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que el moco cervical es más abundante y filante.

Método de los dos días. Abstinencia sexual a partir del día en que la mujer nota secreciones y el día siguiente. Se reinician relaciones sexuales sin protección a después de dos días secos.

Método sintotérmico. Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos. (Temperatura corporal basal, calendario, moco cervical y otros síntomas ovulatorios).

Método de los días fijos (collar) Este método se basa en la identificación de una fase fija de fertilidad. Para las mujeres con ciclos entre 26 y 32 días, esta fase va desde el día 8 hasta el día 19 de su ciclo menstrual.

PROCEDIMIENTOS REQUERIDOS PARA SU INICIO

No necesita ningún procedimiento, sólo asesoría y orientación de la usuaria y/o su pareja.

PROVEEDORES DEL MÉTODO

Se puede proporcionar por medio del personal de salud y personal comunitario previamente capacitado.

SEGUIMIENTO DE LAS PERSONAS USUARIAS Y/O SU PAREJA

Se hará cada vez que las personas usuarias y/o su pareja tengan alguna duda sobre la utilización del método.

En cada visita se reforzará el uso correcto del método utilizando material audiovisual.

Se debe evaluar la satisfacción de la persona usuaria y/o pareja con el uso del método.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES Y SU MANEJO

No se describen efectos colaterales atribuibles al método. Sin embargo, cuando existe falta de comunicación entre la pareja esto puede ser motivo de desacuerdo conyugal y tensión emocional.

CONSEJERÍA

La consejería debe basarse en la orientación a la pareja sobre los indicadores de fertilidad, mejorar la comunicación en la pareja, así como el uso correcto del método.

También es necesario aclarar que este método no protege contra las ITS incluido el VIH y que puede ser difícil reconocer el período fértil cerca de la menarquia, (adolescentes 10 a 19 años), cerca de la menopausia, durante la lactancia o en mujeres con ciclos irregulares.

MÉTODO DE LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)

DEFINICION

El MELA es un método anticonceptivo que se basa en la infertilidad natural postparto cuando se cumplan los 3 criterios siguientes.

- Amenorrea
- Lactancia exclusiva o casi exclusiva, requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.
- Dentro de los primeros 6 meses postparto

MECANISMO DE ACCIÓN

La succión efectuada por el lactante inhibe la producción de las hormonas que se requieren para la ovulación.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

El MELA proporciona una protección anticonceptiva durante los primeros 6 meses después del parto, siempre y cuando se cumplan los 3 criterios mencionados.

EFFECTIVIDAD DEL MELA

Es sumamente efectivo. La tasa de embarazo accidental es del 2%.

La extracción de la leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo y la tasa de embarazo en ese caso es del 5%.

CRITERIOS PARA EL USO

Las mujeres que cumplan con los criterios antes mencionados.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

No existen condiciones médicas en las cuales el MELA esté restringido y no existe ninguna evidencia documentada de un impacto negativo en la salud materna.

En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, el elevado rango de tasas de fracaso a

estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de proporcionar al niño un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades.

Sin embargo, ciertas condiciones u obstáculos que afectan la lactancia materna, también pueden afectar la duración de la amenorrea haciéndola menos útil como una elección con fines de planificación familiar. Estas incluyen:

- ◆ Infecciones tales como hepatitis viral activa
- ◆ Lesiones sifilíticas en la mama
- ◆ Portador del VIH

Condiciones que afecten al recién nacido y puedan afectar la lactancia materna son:

- ◆ Deformidades congénitas de la boca
- ◆ Hendiduras palatinas
- ◆ Recién nacido de bajo peso o prematuro
- ◆ Algunos desequilibrios metabólicos de la infancia
- ◆ Mujeres que ingieren medicamentos como: Reserpina, Ergotamina, antimetabolitos, ciclosporinas, corticosteroides (altas dosis), Bromocriptina, drogas radioactivas, litio, ciertos anticoagulantes y antidepresivos.

MODO DE USO E INICIO

- Iniciar la lactancia inmediatamente después del parto
- Amamantar cada vez que el lactante lo pide y sin horario fijo
- Evitar el uso de biberones y chupetes
- No dejar transcurrir largos períodos entre una mamada y otra (no más de 4 horas durante el día y no más de 6 horas durante la noche)
- No introducir alimentación suplementaria durante los primeros 6 meses

Se puede amamantar incluso cuando la madre o el bebé estén enfermos

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Aprovechar cualquier contacto de la usuaria con el establecimiento, para asegurar el uso correcto del método y la satisfacción del mismo.

CONSEJERÍA

La consejería inicial consiste en dar instrucciones detalladas de cómo establecer prácticas de amamantamiento óptimas y cómo lograr la eficiencia del MELA, iniciando desde el control prenatal.

Ayudar a las mujeres a elegir y proporcionarles otro método anticonceptivo antes de que el MELA ya no reúna cualquiera de los 3 criterios mencionados.

Informarle los signos y síntomas por los cuales debe acudir a las personas proveedoras de salud.

Mencionar que no protege contra las ITS/VIH.

CAPITULO III

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

III.1 DEFINICIÓN

Para los efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar los Métodos Anticonceptivos Permanentes se entenderán que son aquellos que evitan de manera definitiva el embarazo y son recomendados para las personas que ya no desean tener más hijos; estos se efectúan de dos formas: la esterilización femenina y la esterilización masculina (vasectomía)

III.2 ESTERILIZACION QUIRURGICA FEMENINA

La esterilización femenina es un método permanente que evita la fertilidad en la mujer. Es un procedimiento quirúrgico en el que las trompas de Falopio, que transportan el óvulo desde el ovario hasta el útero, se bloquean (se atan y se cortan, se cauterizan o se cierran con un anillo o grapa).

La esterilización quirúrgica femenina puede clasificarse según:

- Momento de realización:
 - Postparto
 - Intervalo
- Por la vía de acceso utilizada:
 - Mini laparotomía
 - Laparoscopia
 - Laparotomía

MECANISMO DE ACCIÓN

El bloqueo de las trompas de Falopio evita que los espermatozoides se unan con el óvulo, evitando así la fecundación.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La esterilización femenina brinda protección inmediata y es de carácter permanente.

EFFECTIVIDAD

La tasa de falla durante el primer año de uso es de 0.2% al 0.5% durante el primer año de uso.

La probabilidad acumulada de una mujer a embarazarse hasta los 10 años después de la esterilización es estimada en 0.8% para las esterilizaciones postparto y 0.2% para las de intervalo. En general, mujeres esterilizadas en edades jóvenes tienen tasa de falla mayor que las esterilizadas a mayor edad.

BENEFICIOS

- Ayuda a proteger contra los riesgos del embarazo
- Protege contra la Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)
- Protege contra cáncer de ovario

SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre
- Dolor severo en región abdominal
- Distensión abdominal
- Sangrado

Si después del egreso hospitalario se detecta algún signo de alarma asociado con el procedimiento la usuaria debe ser referida en forma inmediata a un servicio de salud para su atención.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento, ya sea anestésico o quirúrgico.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

La esterilización quirúrgica no tiene ninguna contraindicación médica especial y se realizará en cualquier momento a toda usuaria que voluntariamente lo solicite, siempre que se esté razonablemente seguro que no hay un embarazo (ver anexo 7), que haya recibido consejería específica apropiada y que haya firmado o autorizado un consentimiento informado, independiente de la edad y paridad. Los casos especiales en cuanto al carácter voluntario se realizarán de acuerdo al marco legal vigente.

CRITERIOS PARA LA REALIZACION DEL PROCEDIMIENTO

Previo a la realización del procedimiento, es necesario practicar el examen físico y ginecológico completo.

Para decidir el momento de realizar el procedimiento, es necesario tomar en cuenta la siguiente clasificación:

Aceptar o Realizar. Practicar el procedimiento en el momento que la usuaria, previa consejería lo solicita, es decir, que en ese momento no existe razón médica alguna para no hacerlo en donde sea posible. (Categoría A del documento "Criterios de elegibilidad de OMS")

NO SE CONSIDERAN LIMITANTES MÉDICAS LA PRESENCIA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- Paridad de la solicitante (nuliparidad, baja paridad o multiparidad)
- Condiciones gineco-obstétricas, tales como:
 - a) Antecedentes de pre-eclampsia- eclampsia
 - b) Antecedentes del embarazo ectópico
 - c) Postparto (< 7 días o $\geq$ 42 días)
 - d) Concurrente con cesárea
 - e) Lactancia
 - f) Postaborto no complicado

- g) Sangrado menstrual irregular
- h) Tumores ováricos benignos
- i) Ectropión
- j) Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)
- Fumadora
- Antecedentes de alteraciones tromboembólicas
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol alto, triglicéridos altos y otros)
- Cefalea de cualquier índole
- Dismenorrea severa
- Antecedente de enfermedad trofoblástica benigna gestacional (mola Hidatidiforme)
- Enfermedades de la mama, excepto cáncer actual
- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) con embarazo posterior
- Infecciones de transmisión sexual (ITS) dentro del riesgo de los últimos 3 meses
- Vaginitis
- Mayor riesgo de ITS
- Infección por VIH, alto riesgo de ITS/VIH, (aconsejar el uso del condón para prevenir transmisión)
- Paludismo y tuberculosis no pélvica
- Esquistosomiasis
- Antecedentes de diabetes gestacional
- Enfermedades de la tiroides (bocio simple)
- Enfermedades de la vesícula biliar asintomática o sintomática tratada médicamente o con colecistectomía)

Enfermedades crónicas u otras condiciones:

- Historia de colestasis relacionada con el embarazo o pasada relacionada con AOC
- Hepatitis (portadora, caso no activo)
- Cirugía mayor o menor sin inmovilización

- Trombosis venosa superficial
- Mutaciones trombogénicas conocidas
- Historia de TVP/EP propia o familiar

Cuidado. El procedimiento se puede realizar de la manera usual, pero con precauciones y preparación especial. (Categoría C del documento "Criterios de elegibilidad de OMS")

En las siguientes condiciones de riesgo que se enuncian a continuación la usuaria debe ser evaluada preoperatoriamente por el especialista respectivo, a fin de obtener de este su conformidad con el procedimiento

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

- Edad joven (los estudios demuestran que hasta un 20% de mujeres esterilizadas más tarde se arrepienten de esta decisión)
- Obesidad: índice de masa corporal mayor o igual a 30
- Condiciones cardiovasculares:
 - a) Antecedentes de hipertensión, hipertensión controlada, niveles elevados de presión arterial (PA sistólica 140-159/diastólica 90-99)
 - b) Antecedentes de cardiopatía isquémica
 - c) Enfermedad no complicada de las válvulas de corazón (requiere antibióticos)
 - d) Historia de accidente cerebro vascular
- Condiciones gineco-obstétricas:
 - a) Cáncer de mama actual
 - b) Fibromas uterinos
 - c) Enfermedad pélvica inflamatoria previa sin embarazo posterior
- Enfermedades crónicas u otras condiciones:
 - a) Diabetes sin complicaciones, no insulínica, no insulínica
 - b) Hipotiroidismo
 - c) Cirrosis leve (compensada)
 - a) Tumores de hígado (benignos o malignos) y fibrosis

- b) Anemia ferropénica, talasemia y anemia drepanocítica
- c) Hernia del diafragma
- d) Nefropatía
- e) Deficiencia nutricional grave
- f) Cirugía abdominal o pélvica previa
- g) Concurrente con cirugía abdominal electiva
- h) Paludismo y tuberculosis no pélvica
- i) Epilepsia
- j) Trastornos depresivos

CONDICIONES EN QUE DEBE POSPONERSE LA ESTERIZACION

Retrasar. El procedimiento se pospone hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deberán brindarse otras alternativas temporales de anticoncepción. (Categoría R de la nueva edición del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

➤ Condiciones gineco-obstétricas:

- a) Embarazo o sospecha de embarazo
- b) Postparto (7-42 días)
- c) Pre-eclampsia grave/eclampsia
- d) Sepsis o fiebre, intraparto, puerperal o posaborto
- e) Hemorragias postparto y/o postaborto
- f) Ruptura prematura de membranas de 24 horas o más
- g) Traumatismo grave del tracto genital: desgarro cervical o vaginal
- h) Sangrado vaginal de causa desconocida (sospecha de una condición grave)
- i) Hematometra aguda
- j) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna (coriocarcinoma)
- k) Cáncer de cuello uterino, endometrial u ovárico
- l) Enfermedad pélvica inflamatoria dentro de los últimos 3 meses
- m) ITS actual (incluye cervicitis purulenta)

- Condiciones cardiovasculares:
 - a) Isquemia cardíaca actual
 - b) Trombosis venosa profunda ó embolia actual
- Enfermedades crónicas u otras condiciones:
 - a) Enfermedad sintomática de la vesícula biliar
 - b) Hepatitis viral activa
 - c) Anemia grave por cualquier etiología
 - d) Infección de la piel abdominal
 - e) Infecciones respiratorias agudas (bronquitis, neumonía)
 - f) Infección sistémica
 - g) Gastroenteritis
 - h) Cirugía abdominal de urgencia o infecciosa
 - i) Cirugía mayor con inmovilización prolongada

CONDICIONES ESPECIALES

Especial. El procedimiento deberá realizarse en un ambiente idóneo con un cirujano y un equipo experimentado, bajo anestesia general y todos los demás apoyos médicos necesarios. Para estas condiciones, también es necesaria la capacidad para decidir el procedimiento quirúrgico y el tipo de anestesia más apropiado. En caso de que haya necesidad de demorar el procedimiento, se debe ofrecer cobertura con algún método temporal. (Categoría **E de la nueva edición** del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

- Condiciones Gineco-obstétricas:
 - a) Ruptura o perforación uterina
 - b) Enfermedad pélvica inflamatoria crónica
 - c) Endometriosis
 - d) Patología de la pared abdominal o hernia umbilical
 - e) Útero fijo por cirugía o infección previa

➤ Condiciones cardiovasculares:

- a) Hipertensión grave o moderada (PA $\geq$ 160/100)
- b) Enfermedad vascular
- c) Diabetes con complicaciones vasculares, nefropatía, retinopatía, neuropatía
- d) Diabetes con más de 20 años de evolución
- e) Enfermedad complicada de las válvulas del corazón
- f) Múltiples factores de riesgo cardiovascular

➤ Enfermedades crónicas y otras:

- a) Cirrosis grave
- b) Hipertiroidismo
- c) Trastornos de la coagulación
- d) Enfermedad pulmonar crónica: asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar
- e) Tuberculosis pélvica diagnosticada
- f) SIDA

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere de una consejería amplia previa a su realización.

INICIO DEL MÉTODO

Intervalo. La esterilización femenina se puede realizar en cualquier momento que se esté razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada. (Ver anexo 7)

Postparto. La esterilización puede ser realizada entre los primeros 7 días postparto, preferentemente dentro de las primeras 48 horas, o después de los 42 días. Si el útero está completamente involucionado puede realizarse en un período anterior a los 42 días.

PROVEEDORES DEL MÉTODO Y SITIO DE ENTREGA

La esterilización femenina debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado.

El procedimiento debe de ser manejado con cirugía ambulatoria con semi internación en establecimientos que tengan área quirúrgica adecuada, en todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo lo establecido en la Guía de Atención en Planificación Familiar y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un período de 2 a 6 horas.

Al momento del alta revise la herida operatoria, controle los signos vitales, brinde consejos acerca de los cuidados de la herida operatoria, así como las indicaciones relacionadas con el reinicio de las actividades normales y de las relaciones sexuales.

El primer control debe efectuarse a la primera semana posterior al procedimiento para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir a la usuaria para que acuda a consulta si se presenta cualquier situación anormal o complicación.

El segundo control se realizará a los 30 días para verificar el resultado histológico de las porciones de trompa de Falopio extraídas. Este control podrá obviarse si el establecimiento no cuenta con servicio de anatomopatológica

COMPLICACIONES Y SU MANEJO

- Anestésicas
- Perforación de vísceras
- Hemorragias
- Infecciones

Cada caso en particular se manejará de acuerdo a la capacidad resolutive del servicio.

CONSEJERÍA

Aspectos claves: Dado que la esterilización femenina es permanente, se debe dar especial énfasis a la elección libre e informada, asegurando una consejería adecuada antes de la toma de decisión, poniendo énfasis en los siguientes aspectos:

- Proporcionar CONSEJERÍA a ambos miembros de la pareja, si es posible.
- La persona debe estar consiente del carácter permanente del método antes de la realización del procedimiento.
- La consejería debe asegurarse de la paridad satisfecha y que las usuarias ejerzan su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención.
- Informarle que existen métodos alternativos de anticoncepción seguros y reversibles a los que puede tener acceso.
- Debe darse amplia oportunidad a las usuarias y su pareja para disipar sus dudas y temores, posibles malos entendidos debido a informaciones distorsionadas (disfunción sexual, trastornos psíquicos y físicos en la mujer u otros).
- Explicación del procedimiento.
- La eventual posibilidad de falla del procedimiento.
- Debido a que existe la posibilidad de reversión, informar a la usuaria que la oportunidad de una reversión exitosa es baja, los costos son elevados y que los riesgos son mayores.
- Que el método utilizado no protege de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), ni contra el VIH/SIDA.
- Que ante cualquier molestia debe asistir a la institución para su control.
- Documentación escrita del consentimiento informado con la firma o huella digital de la usuaria.
- En los casos especiales de deficiencia mental debe seguirse lo referido en el código penal, Art. 147: no será punible la esterilización de persona incapaz que adolezca de grave deficiencia psíquica, cuando sea autorizada por el juez o tribunal, a petición del representante legal del incapaz, previo dictamen de facultativo.

- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual siempre que se esté razonablemente seguro de que no haya embarazo. (ver anexo A)
- **Se deberá realizar especial énfasis en la consejería en los siguientes casos:**
Personas jóvenes sin hijos, con hijos del mismo sexo, uniones inestables, personas con problemas psiquiátricos y aquellas con estados depresivos, quienes presentan mayores tasas de arrepentimiento.

III.3 ESTERILIZACION MASCULINA

Es un método permanente que evita la fertilidad en el hombre. Es un procedimiento de cirugía menor que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides hacia el semen; por consiguiente, el semen es eyaculado sin espermatozoides.

MECANISMO DE ACCIÓN

El bloqueo de los conductos deferentes hace que el semen sea expulsado sin espermatozoides.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata, pueden encontrarse espermatozoides hasta 3 meses después del procedimiento, por lo cual se debe recomendar el uso de preservativo u otro método de respaldo, para evitar embarazos no deseados **hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.**

Este método es permanente.

EFFECTIVIDAD

- En los casos en los que el hombre no se puede hacer el espermograma tres meses después del procedimiento para analizar si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. Esto significa que de 97 a 98 mujeres de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho vasectomía no quedaran embarazadas.
- En los casos que se realice el espermograma después de la vasectomía hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía. (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han practicado vasectomía no quedaran embarazadas.

La vasectomía no tiene toda la eficacia hasta 3 meses después del procedimiento.

BENEFICIOS.

- Segura, permanente y conveniente
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos MÉTODOS utilizados por la mujer.
- El hombre asume la responsabilidad de la anticoncepción y le quita la carga a la mujer
- Aumenta el disfrute y frecuencia de las relaciones sexuales, al no existir el riesgo de un embarazo no deseado.

SIGNOS DE ALARMA

- Fiebre
- Dolor severo
- Inflamación
- Sangrado de herida operatoria o hematoma escrotal

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

No se conocen efectos secundarios asociados directamente al método.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

La vasectomía es un procedimiento seguro y se realizará a todo usuario que voluntariamente lo solicite, siempre que haya recibido consejería específica apropiada, además de firmar un consentimiento informado. Existen muy pocas condiciones médicas que influyen sobre la elegibilidad del método.

Para decidir el momento de la realización del procedimiento es necesario tomar en cuenta la siguiente clasificación:

Aceptar o Realizar. Practicar el procedimiento cuando no existe razón médica alguna para no hacerlo (Categoría A del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

No se consideran limitantes la presencia de las siguientes condiciones:

- ◆ VIH seropositivo
- ◆ Usuarios con conductas de alto riesgo de adquirir VIH
- ◆ Anemia drepanocítica

Cuidado. El procedimiento se puede realizar con cierta precaución. (**Categoría C de la nueva edición** del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

- ◆ Lesión previa del escroto.
- ◆ Varicocele
- ◆ Hidrocele
- ◆ Criptorquidia
- ◆ Diabetes
- ◆ Edad joven
- ◆ Trastornos depresivos

Retrasar. El procedimiento **NO DEBE** realizarse hasta que la condición haya sido evaluada y/o tratada (**Categoría R de la nueva edición** del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

- ◆ Infecciones locales:
 - a) Infección dérmica del escroto
 - b) Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) activa
 - c) Balanitis
 - d) Epididimitis u orquitis
- ◆ Infección sistémica
- ◆ Gastroenteritis
- ◆ Tumor intraescrotal
- ◆ Filariasis
- ◆ Elefantiasis

CONDICIONES ESPECIALES

Especial. El procedimiento debe ser realizado sólo en centros clínicos especializados (Categoría E de la nueva edición, del documento "Criterios de elegibilidad de OMS").

Dentro de esta categoría se incluye la presencia de las siguientes condiciones:

- ◆ Hernia inguinal
- ◆ Trastornos de la coagulación
- ◆ SIDA

LINEAMIENTOS GENERALES PARA LA PRESCRIPCION

Por ser de carácter permanente, éste método en particular requiere de un proceso amplio de consejería previo a su realización.

PROVEEDORES DEL MÉTODO Y SITIOS DE ENTREGA

El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado y se maneja como cirugía ambulatoria, no es necesario realizarlo en un área quirúrgica específica.

SEGUIMIENTO DEL USUARIO

Después del procedimiento, el usuario debe mantenerse en observación por un periodo de una a cuatro horas. Al momento del alta explicar los cuidados de la herida operatoria tales como: aplicarse compresas frías sobre el escroto, usar ropa interior ajustada durante 2 ó tres días, esto disminuye la hinchazón, sangrado y dolor, y mantener el sitio de la incisión limpio y seco. Asimismo debe abstenerse de tener relaciones sexuales durante 2 a 3 días.

Deberá indicarse al usuario la necesidad de usar condones u otro método efectivo de planificación familiar por lo menos por 3 meses después del procedimiento.

El primer control postoperatorio se hará a la semana de realizado el procedimiento.

El segundo control deberá hacerse a los 30 días posteriores al procedimiento para dar a conocer al usuario el resultado del espécimen enviado a anatomía patológica, en aquellos establecimientos que tenga acceso a este servicio.

El tercer control deberá hacerse a los 3 meses posteriores para realizar espermograma.

Es muy recomendable verificar la infertilidad antes de suspender el uso de condones u otro método utilizado.

Durante este lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo seguro que garantice efectividad.

Se deberá informar al usuario que puede consultar posteriormente, cuando lo considere necesario.

MANEJO DE EFECTOS SECUNDARIOS

Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico, tales como:

- Dolor escrotal o testicular
- Equímosis
- Infección de la herida quirúrgica
- Granuloma
- Hematoma

Cada caso en particular se manejará de acuerdo a la capacidad resolutive del servicio.

CONSEJERÍA

Aspectos claves: Dado que la vasectomía es un método permanente se debe dar especial énfasis a la decisión libre e informada, asegurando una consejería adecuada antes de la toma de decisión debiendo ponerse especial cuidado en los siguientes aspectos:

- El aceptante debe estar consiente del carácter permanente del método antes de la realización de procedimiento.
- Explicación detallada del procedimiento.
- La eventual posibilidad de falla del procedimiento.
- Posibilidad de complicaciones.
- Que el método utilizado no protege de las infecciones de transmisión sexual (ITS), ni del VIH/SIDA
- Debe darse amplia oportunidad a los usuarios a disipar sus dudas, temores y posibles malos entendidos debido a informaciones distorsionadas (impotencia sexual, trastornos psíquicos y físicos en el hombre.)
- La consejería debe asegurarse de que el hombre ya tiene los hijos que desea y que el usuario ejercite su derecho de retirar su consentimiento en cualquier momento antes de la intervención, si así lo desea.

- Que existen métodos alternativos de anticoncepción reversibles y seguros a los que la pareja puede tener acceso.
- Ante cualquier molestia o efectos secundarios, el usuario debe acudir a la institución para su control.
- Documentación escrita del consentimiento informado del usuario con la firma o huella digital del usuario.
- En los casos de personas discapacitadas o con retardo mental, la solicitud tiene que venir avalada por los familiares responsables y por la autoridad correspondiente, según el artículo 147 del Código Penal.
- Debido a que existe la posibilidad de reversión informar al usuario que la oportunidad de una reversión exitosa es baja y los costos son elevados.
- La Consejería deberá hacerse especial énfasis en los siguientes casos:

Personas jóvenes, sin hijos, con un solo hijo, con hijos del mismo sexo, uniones inestables, personas con problemas psiquiátricos y aquellos con estado depresivo, presentan mayores tasas de arrepentimiento.

- La vasectomía no es el método más recomendable para hombres con trastornos psicológicos relacionados con su sexualidad sugeridos por un facultativo (descartando mitos existentes en relación a estos)

CAPITULO IV

ATENCION A GRUPOS ESPECIALES

IV.1 ANTICONCEPCION EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa de la vida que presenta cambios biológicos, psicológicos y sociales bruscos y acentuados que asumen características diferentes según las estructuras sociales y culturales de cada sociedad en particular. Definida la adolescencia como el grupo etáreo entre los 10 y 19 años, aunque puede presentarse precozmente.

CRITERIOS PARA RECOMENDAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

Debido a que en esta etapa la mayoría de los y las adolescentes no cuentan con la madurez física, psicológica, emocional, económica y social, no están preparados para afrontar responsablemente las consecuencias de las relaciones sexuales; muchas veces sus estilos de vida pueden ponerlos a riesgo considerable de contraer una ITS, incluido el VIH/SIDA, cáncer de cuello uterino, embarazos no planeados y complicaciones obstétricas, así como otras repercusiones que esto acarrea en el ámbito biológico, psicológico y social, por lo que es importante brindar información adecuada a su edad y a sus necesidades ejemplo: postergación de las relaciones sexuales

Sin embargo las y los adolescentes que son sexualmente activos necesitan una anticoncepción apropiada, segura y eficaz.

CRITERIO PARA SELECCIÓN DE MÉTODO

- Vida sexual esporádica o frecuente
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultaneas
- Edad
- Numero de hijos

En la adolescencia, estos criterios generalmente no se dan de forma aislada sino simultáneamente, por lo que es necesario más que en otras situaciones, individualizar

cada caso para la elección del método más seguro y adecuado para el o la adolescente.

Para fines prácticos y basados en estos criterios, se pueden agrupar a los y las adolescentes en tres grupos:

GRUPO I

Adolescentes hombres o mujeres que desean iniciar actividad sexual

Recomendaciones:

➤ **Para las adolescentes**

Como primera opción, continuar la abstinencia sexual.

Si desea iniciar vida sexual: anticonceptivos hormonales orales o inyectables combinados. Se deben iniciar lo mas pronto posible teniendo abstinencia sexual o uso de preservativo en los primeros siete días.

➤ **Para los adolescentes**

Como primera opción, continuar la abstinencia sexual, si desea iniciar vida sexual: métodos de barrera física (preservativo).

En hombres y mujeres adolescentes se recomienda reforzar con los métodos de barrera física (preservativo) para proteger de las ITS.

GRUPO II

Adolescentes con inicio de vida sexual

Recomendaciones:

➤ **Adolescentes que nunca han estado embarazadas y Adolescentes que tuvieron un aborto o parto con hijo o hija fallecido(a):**

Como primera opción anticonceptivos hormonales orales e inyectables combinados. Se debe reforzar con métodos de barrera física para disminuir el riesgo de adquirir una ITS/VIH/SIDA, en los casos que lo amerite.

Segunda opción: dispositivo intrauterino, cuando hay bajo riesgo de ITS. En el caso de las nulíparas existe preocupación debido a un mayor riesgo de expulsión.

➤ **Adolescente hombre sin hijos**

Primera opción: Métodos de barrera física (preservativo).

GRUPO III

➤ **Adolescente mujer con hijo o hija vivo(a)**

En el período puerperal: Énfasis en anticoncepción postparto, recomendar siempre la lactancia materna (MELA). Aplicar los criterios de elegibilidad para la mujer adulta. Reforzar con métodos de barrera física cuando sea necesario.

➤ **Adolescente hombres con hijo**

Primera opción: métodos de barrera física.

Para los tres grupos se debe incluir la consejería en planificación familiar.

ANTICONCEPCION EN ADOLESCENTES

Método	Comentario
Anticonceptivos orales (preferiblemente anticonceptivos Orales combinados)	Las condiciones que requieren precauciones son raras en las adolescentes, excepto que no lo usen en forma correcta y sistemática. El olvido de tomarse la píldora incrementa la tasa de fracaso, sobre todo en el caso de las píldoras de sólo progestina, cuya ventana de seguridad es de sólo tres horas. Las inquietudes teóricas acerca del uso de AOC entre adolescentes no han sido sustentados con evidencia científica Si bien ha existido preocupación por su uso con relación al efecto sobre el crecimiento, los mismos pueden usarse en forma segura una vez que la adolescente ha menstruado.
Anticonceptivos hormonales Inyectables Combinado	Los efectos secundarios, tales como sangrado intermenstrual, manchas o amenorrea, acné, cambios en el peso, pueden ser molestos y preocupantes para las adolescentes. Requieren de

o de Progestina	orientación exhaustiva. Pueden ser atractivos en adolescentes por ser confidenciales y sencillos de usar. Los anticonceptivos inyectables sólo de progestina son categoría 2 en mujeres menores de 18 años; ya que existen inquietudes teóricas con relación al efecto hipo-estrogénico.
Dispositivos intrauterino (DIU)	No es recomendado para adolescentes que tengan alto riesgo de ITS o antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica. En mujeres menores de 20 años es categoría 2; ya que existe preocupación tanto por el riesgo de expulsión debido a la nuliparidad, como de ITS causadas por la conducta sexual de los grupos más jóvenes. Esta consideración aplica tanto para los DIU de cobre como para los liberadores de Levonorgestrel. Puede ser usado por adolescentes nulíparas o que han tenido hijos siempre que no tengan alto riesgo para ITS, o recomendar en ese caso uso combinado con condón y espermicidas.
Condón (preservativo)	Protección inmediata, pero requiere uso correcto en cada relación sexual. Debe facilitarse su disponibilidad dada la probabilidad de que los y las adolescentes tengan relaciones sexuales no planificadas.
Anticoncepción de Emergencia	Consejería a todos los y las adolescentes que en caso de violación, mal uso del método o relación sexual desprotegida debe iniciarse dentro de las 120 horas posteriores a la relación sexual. Solamente debe usarse como medida de emergencia y no como un método regular de planificación.

Métodos Naturales	Comentario
Coitus interruptus o retiro	Es otra alternativa, pero no es muy recomendable para los adolescentes ya que requiere de un alto control en el hombre. Hay que asegurarse que estén bien informados sobre la técnica y su tasa de fracaso.
Billings (del moco cervical), Ritmo (calendario), Método de Días Fijos, Sintotérmico, Método de la Temperatura corporal Basal	No son apropiados para adolescentes por la alta tasa de fracaso debido a las irregularidades en el patrón menstrual en la adolescente y la poca colaboración de su pareja. Requieren de un alto grado de disciplina. Necesita mayor participación del hombre, y el conocimiento sobre la fisiología de la reproducción. Requieren de capacitación por personal competente. Representa un problema si la mujer tiene ciclos irregulares y/o flujo vaginal, o hay mala comunicación de la pareja o cuando el hombre o la mujer no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales durante ciertos días en el ciclo. La típica conducta impulsiva de las y los adolescentes y el alto porcentaje de relaciones no planeadas en este grupo de edad puede incrementar las fallas.
Método de Lactancia y Amenorrea (MELA)	Debe cumplir tres requisitos: Amenorrea, lactancia exclusiva o estar dentro de los seis meses posteriores al parto. Si uno de estos requisitos no se cumple el método no es efectivo.

IV.2 ANTICONCEPCIÓN EN LA PERIMENOPAUSIA

Los términos de perimenopausia o de climaterio se utilizan para referirse al período comprendido desde el periodo fértil de la vida al no fértil, designándolo como "un tiempo de duración variable antes de la menopausia, en el que aparecen los primeros síntomas de déficit estrogénico.

La prescripción de un método anticonceptivo en la mujer que alcanza los últimos años de su vida reproductiva representa un reto especial. Intervienen muchos factores en la fisiología de la mujer en esta época, son muchas las variables que hay que tomar en cuenta para la toma de decisión del método anticonceptivo más adecuado y aceptado por la usuaria.

CRITERIOS PARA RECOMENDAR UN MÉTODO ANTICONCEPTIVO

La perimenopausia es un periodo en el que muchas mujeres quieren conocer cual es su posibilidad de gestación en esta época de la vida, para tomar decisiones anticonceptivas, ya que esta circunstancia puede prolongarse hasta edades relativamente avanzadas.

Los embarazos después de los 40 años de edad tienen mayor riesgo de complicación para la mujer y su hijo, por ejemplo: abortos espontáneos, hemorragias ante y posparto, hipertensión, diabetes, mayor número de malformaciones, mayor número de cesáreas, y otros. La morbilidad perinatal también aumenta (prematuridad, bajo peso al nacer, etc.).

CRITERIOS PARA LA SELECCIÓN

Para la selección de un anticonceptivo en la perimenopausia es necesario tener en cuenta que en un primer momento y como consecuencia del descenso más precoz de los niveles de progesterona, se produce una situación de hiperestrogenismo (relativo), debido a la ausencia del efecto modular que la progesterona ejerce frente a los estrógenos sobre los órganos diana. Este hecho puede condicionar la aparición de hiperplasias de endometrio, patología mamaria, endometriosis o miomas, procesos mucho mas frecuentes en esta edad.

Es importante tomar en cuenta que con el declinar de la producción de estrógeno nos encontraremos con un "hipoestrogenismo " y como consecuencia del mismo la aparición de las siguientes circunstancias:

- Inicio de la presentación de la sintomatología climatérica (trastornos trófico genitales, vasomotores, anímicos, alteraciones del sueño, etc.)
- Disminución de la masa ósea (osteoporosis)
- Aumento del riesgo cardiovascular:
- Se incrementa el riesgo de aumento de peso, elevación de la tensión arterial, y niveles de glicemia, así como alteración del perfil lipídico.

Estas condiciones no se dan de forma aislada sino que pueden darse simultáneamente, por lo que es necesario más que en otras situaciones, individualizar cada caso para brindar consejería y adoptar el método más seguro y adecuado de acuerdo a los criterios médicos de elegibilidad.

Según las características mencionadas y para fines prácticos se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones generales:

- Debe tomarse una historia clínica cuidadosa para determinar la elegibilidad de los diversos métodos anticonceptivos y debe proporcionarse a la mujer consejería acerca de los beneficios y riesgos de los métodos adecuados.
- En mujeres entre 45 y 49 años con 6 meses de amenorrea la probabilidad de haber alcanzado la menopausia es del 46%; esta probabilidad es del 65% en mujeres entre 50 y 52 años, y 72% en mujeres mayores de 52 años.
- El proveedor y/o consejero debe insistir que la mujer debe planificar hasta un año después de haber tenido el cese definitivo de la menstruación por la posibilidad de ovulación
- La mujer presenta antes de la menopausia síntomas y problemas especiales en salud, los cuales con algunos métodos pueden ser atendidos simultáneamente con la anticoncepción.
- Es de tomar en cuenta que el uso de los anticonceptivos después de los 35 años tiene riesgos y beneficios especiales, siendo muy importante el balance entre estos dos aspectos para la mejor selección dentro de las opciones anticonceptivas disponibles

CUANDO SUSPENDER LA ANTICONCEPCION EN MUJERES MAYORES DE 40 AÑOS

Edad (años)	Método	Cuando suspender la anticoncepción
Mayor de 40	No hormonal	• 6 meses de amenorrea con síntomas de menopausia (Ej. bochornos) • 12 meses de amenorrea sin síntomas de menopausia • Si opta por un método permanente
Mayor o igual a 50 años	Hormonal	Suspender el método hormonal y usar uno de barrera por 6 meses: • Si hay amenorrea por 6 meses, suspender la anticoncepción de barrera • Si la menstruación regresa, puede re-iniciar el método hormonal y usarlo por 12 meses más o continuar con un método de barrera hasta la menopausia. • Si opta por un método permanente

ANTICONCEPCION EN LA PERIMENOPAUSIA

Método	Recomendaciones
Anticonceptivos Orales combinados (AOC) de baja dosis	• El uso de anticonceptivos orales combinados, principalmente los de dosis bajas, hasta la menopausia puede ser de mucho beneficio ya que ayuda a controlar algunos síntomas de la perimenopausia incluyendo los sangrados. • Los anticonceptivos orales combinados confieren protección del 50% contra cáncer de ovario y de endometrio, la cual se continua por 10 a 15 años después de suspendidos los anticonceptivos. • Los anticonceptivos orales combinados previenen complicaciones de osteoporosis • No es una terapia de reemplazo

Anticonceptivos Inyectables combinados	No es una terapia de reemplazo
Inyectables de solo progestina (Medroxiprogesterona)	• Puede ser utilizado en las mujeres que este contraindicado los estrógenos, con aquellas que presenten hipermenorreas, ya que producirán una atrofia endometrial. Presenta el inconveniente de producir sangrado irregular
Dispositivo intrauterino (DIU)	• Los DIU con cobre son apropiados para mujeres mayores que no tengan menstruación demasiado abundantes o dolorosas • Pueden ser dejados in situ hasta tener la certeza que la mujer ya alcanzó la menopausia
Métodos de Barrera	• Los métodos de barrera aumentan su efectividad con el incremento de la edad y pueden ser una buena opción en la perimenopausia al no tener efecto sistémico • Los diafragmas tienen la desventaja de que cuando las mujeres han tenido muchos hijos o están comenzando a perder el tono muscular vaginal debido a los cambios perimenopáusicos, no quedan bien ajustados y pueden desprenderse. • Los espermicidas usados junto con los diafragmas y algunos condones lubricados pueden reemplazar la lubricación vaginal que disminuye a medida que la mujeres envejecen • Los métodos de barrera también disminuyen el riesgo de contraer VIH/SIDA e ITS.
Métodos Naturales	• El uso de métodos basados en el calendario para evitar las relaciones sexuales durante la fase fértil del ciclo es difícil para mujeres perimenopáusicas • Los métodos basados en la detección de moco de tipo fértil pueden exigir a la mujer periodos de abstinencia demasiado largos, dados que en esta época va aumentando la frecuencia de ciclos anovulatorios, con secreciones fluctuantes. • Los métodos como el coito interrumpido y duchas pos coito no son recomendadas por ser ineficaces

Esterilización Quirúrgica voluntaria	Tiene mayor aceptación e indicación en la fase inicial de la perimenopausia. Debido a que en esta etapa se presentan diversas patologías ginecológicas, como por ejemplo, quistes de ovarios, miomas, prolapso uterino, incontinencia urinaria entre otros que requieren de una intervención quirúrgica, para que solucionen el problema de la fertilidad.
Vasectomía	Es un procedimiento quirúrgico simple, eficaz, seguro de bajo costo. Su aceptación constituye una alternativa que debe ser considerada cuando se plantean métodos irreversibles de anticoncepción.
Anticoncepción de Emergencia	Más que un modelo contraceptivo, debe interpretarse como una medida ocasional a utilizarse en casos de relación sexual sin protección anticonceptiva, cuando ha ocurrido algún accidente con el anticonceptivo o se ha utilizado mal y en casos de violación sexual. Existen diferentes regímenes, pero cuando se utiliza anticoncepción hormonal, debe iniciarse lo antes posible, dentro de las 120 horas de la relación de riesgo.

RECOMENDACIONES

- La mujer en este periodo debe conocer los cambios fisiológicos y clínicos que ocurrirán en ella para que pueda aceptarlos y afrontar su vida con una actitud más positiva y con menos ansiedad.
- Debe tener acceso a todos los métodos anticonceptivos, previa consejería exhaustiva a fin de conocer las particularidades, indicaciones, contraindicaciones, eficacia y riesgos inherentes a su uso, a fin de poder hacer una elección libre, informada y responsable.
- Por el alto riesgo reproductivo que representa este grupo etáreo, se aconseja la adopción de métodos anticonceptivos de alta eficacia o de aquellos que estén indicados por razones médicas.

IV.3 ANTICONCEPCIÓN POST EVENTO OBSTÉTRICO

La anticoncepción posterior a un evento obstétrico se refiere a aquellas intervenciones de planificación familiar que proveen educación, consejería y la provisión de un método anticonceptivo posterior a la finalización del embarazo, ya sea después del aborto o parto, tomando en cuenta las necesidades de las parejas y/o usuarias sobre el espaciamiento de los embarazos, la atención integral post aborto y el mantenimiento de la lactancia materna (post parto).

ANTICONCEPCIÓN POST ABORTO

Los proveedores de servicios de las instituciones, tomarán en cuenta que la mujer que ha experimentado un aborto y posiblemente complicaciones, se abordará en forma integral de acuerdo a sus necesidades emocionales y físicas, que incluyan la anticoncepción, considerando aspectos importantes como:

- Las mujeres pueden quedar embarazadas casi inmediatamente después de un aborto debido a que la ovulación retorna con rapidez
- La planificación familiar plantea una alternativa ante el riesgo de un nuevo embarazo y abortos subsecuentes, por lo que hay que alentar a la mujer a demorar el embarazo siguiente hasta que esté completamente recuperada, según el caso.
- Las mujeres que han tenido un aborto en condiciones de riesgo pueden comenzar a utilizar de inmediato (en 7 días) ciertos métodos de Planificación familiar, luego de la consejería apropiada y que no haya ninguna complicación severa que requiera tratamiento adicional

CONSIDERACIONES ESPECIALES

En el caso del aborto espontáneo, la interesada quizá desee volver a quedar embarazada rápidamente, pero es necesario considerar el tiempo de recuperación según el caso.

Ahora bien, en la mayoría de los casos el aborto inducido traduce el deseo de no volver a quedar embarazada en un futuro próximo.

Aunque muchas no quieran quedar embarazadas inmediatamente, es posible que algunas se resistan a tomar una decisión sobre planificación familiar durante el tratamiento del aborto, mientras que otras quizá elijan métodos que no pueden aplicarse de inmediato por razones clínicas o de otro tipo. A estas últimas habrá que sugerirles un método provisional, además de encaminarlas a un servicio en donde puedan abastecerse o reabastecerse del material necesario para el uso de un método a largo plazo.

RESTABLECIMIENTO FISIOLÓGICO DE LA FECUNDIDAD TRAS UN ABORTO

- Las investigaciones sobre los niveles hormonales en el embarazo y la ovulación muestran que las hormonas gravídicas desaparecen rápidamente y que el ciclo de producción hormonal que pone en marcha la ovulación se restablece rápidamente tras un aborto.
- El 75% de las mujeres ovulan en el curso de las seis semanas siguientes al aborto. A menudo la ovulación sobreviene a las dos semanas tras un aborto del primer trimestre y a las cuatro tras un aborto del segundo trimestre.

INICIO DEL MÉTODO

Tras un aborto sin complicaciones en el primer trimestre, todos los métodos, a excepción de la planificación familiar natural (ritmo, coito interrumpido) son aplicables de inmediato, incluso en caso de complicaciones la mayor parte de las mujeres pueden elegir entre una amplia gama de métodos. Tanto el personal asistencial como los administradores deben conocer bien las relaciones entre los estados clínicos y el empleo de los distintos métodos anticonceptivos, tomando en cuenta de que el uso de la norma en la planificación familiar postaborto no restringe el acceso de la mujer al método que prefiera.

RECOMENDACIONES PARA LA PLANIFICACION FAMILIAR POSTABORTO

Al evaluar los métodos que puedan resultar más apropiados para cada usuaria habrá que tener en cuenta los problemas clínicos presentados, por ejemplo en el caso de un aborto espontáneo o las complicaciones de un aborto practicado sin garantías de seguridad.

El personal asistencial debe tener en cuenta las condiciones en que se encuentra la usuaria y el tratamiento que esta recibiendo:

- El tratamiento de los estados agudos o graves constituye una prioridad absoluta para el personal encargado del manejo de las complicaciones del aborto;
- Una vez estabilizado el estado médico de la usuaria podrá abordarse la utilización de la anticoncepción;
- Se sugiere evitar el coito hasta que cese la hemorragia genital,
- La usuaria debe solicitar inmediatamente asistencia médica si aparecen los siguientes signos de alarma: flujo vaginal maloliente, dolor abdominal intenso, hemorragia continua o fiebre alta. El diagnóstico precoz y el tratamiento de la complicación suscitará un sentimiento general de confianza en la asistencia postaborto;
- Hay que aplicar los criterios de elegibilidad correspondientes a cada método anticonceptivo;
- Después de un aborto hay que tomar en consideración todos los métodos anticonceptivos, siempre y cuando la usuaria haya recibido adecuada consejería y esté en condiciones de elegir con consentimiento informado;
- Si la mujer opta por la planificación natural de la familia (PNF), deberá recibir la consejería correspondiente y esperar hasta que se restablezca el ciclo menstrual normal.

Uso de métodos anticonceptivos después de un aborto:

Situación clínica de la mujer	Método anticonceptivo
Sin complicaciones	♦ Iniciar sin demora el empleo del método, la mayor parte de los métodos se pueden aplicar inmediatamente. ♦ Tras un aborto sin complicaciones, pueden utilizarse sin ninguna restricción médica los siguientes métodos: a) <u>DIU</u> (de cobre o levonorgestrel) b) <u>Píldoras</u> (combinadas o de progestágeno solo) c) <u>Inyectables</u> (combinados o de progestágeno solo) d) <u>Implantes hormonales</u> e) <u>Métodos de barrera</u> (diafragma, capuchón cervical, espermicida, preservativos) f) <u>Esterilización femenina o masculina</u> Métodos naturales: Esperar a que se restablezca el ciclo menstrual normal antes de iniciar la planificación natural de la familia (ritmo, abstinencia periódica).
Infección (confirmada o presunta) ♦ signos de aborto inducido sin garantías de seguridad ni de higiene, o ♦ signos o síntomas de sepsis o infección, o ♦ imposibilidad de excluir la infección	♦ Abstinencia sexual mientras este el proceso infeccioso activo, una vez controlado iniciar método de planificación familiar ♦ <u>Métodos temporales</u>: proveer consejería y citar a la usuaria para iniciar método o referirla a otra instancia asistencial. ♦ <u>Esterilización femenina o la inserción de un DIU:</u> aplazarla hasta haber excluido o curado la infección. ♦ <u>Esterilización masculina</u>
Lesión del tracto	♦ <u>Métodos temporales</u>: proveer consejería y citar a la usuaria para iniciar método o referirla a otra instancia

genital: ♦ perforación uterina ♦ traumatismo genital o cervical grave ♦ quemaduras químicas	asistencial. ♦ <u>Esterilización femenina</u> aplazar hasta que esté resuelta la lesión . Si se requiere para ello una intervención quirúrgica abdominal y ésta no conlleva un riesgo adicional, podrá practicarse al mismo tiempo la esterilización. ♦ <u>Inserción de un DIU:</u> aplazar hasta que esté cicatrizada la perforación uterina o cualquier otra lesión grave. ♦ Las lesiones de la vagina o del cervix pueden limitar el empleo de métodos femeninos de barrera y espermicidas. ♦ Esterilización masculinas
Hemorragia y Anemia grave	♦ <u>Métodos temporales:</u> según criterios de elegibilidad ♦ <u>Esterilización femenina</u> corregir la anemia y realizar procedimiento. ♦ <u>Esterilización masculina</u>
Aborto en el segundo trimestre no complicado Si hay un trastorno grave de la coagulación como sucede en el aborto retenido, puede ser necesario un tratamiento especial antes de una posible intervención quirúrgica.	♦ <u>Métodos temporales:</u> según criterios de elegibilidad ♦ <u>Diafragma o capuchón cervical</u> aplazar el uso o colocación durante seis semanas. ♦ Los <u>DIU</u> insertados inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre pueden dar una tasa más alta de expulsión ♦ <u>Esterilización femenina</u> puede ser más difícil localizar las trompas de Falopio si se practica antes de que el útero haya vuelto a su posición pregravídica. ♦ .Esterilización masculina

ANTICONCEPCIÓN POST PARTO

El posparto es una etapa en la vida de la mujer con características psicológicas, biológicas y sociales muy peculiares, por lo que es un período con requerimientos especiales en materia de salud reproductiva.

La oferta de la utilización de la planificación familiar que se realizó con la usuaria y/o su pareja en la atención prenatal, deberá retomarse en el posparto en el momento oportuno de acuerdo al método seleccionado por la usuaria a fin de brindarle la consejería correspondiente.

El momento para introducir la anticoncepción depende de si la usuaria decide amamantar o no, de las circunstancias personales, del tipo de método anticonceptivo elegido, así como de ciertos aspectos programáticos, tales como la posibilidad de que la mujer no retorne al establecimiento de salud después del parto o después de la primera visita postparto.

RETORNO DE LA FERTILIDAD

- En las mujeres que no amamantan en el posparto, la fertilidad puede retornar incluso a las cuatro semanas después del parto.
- En las mujeres que amamantan, el retorno de la fertilidad se puede posponer hasta seis meses que dependerá de la intensidad y frecuencia del amamantamiento.

ANTICONCEPCIÓN POSPARTO EN LA MUJER QUE LACTA

Se deben considerar 3 elementos cuando se va a evaluar la adecuación de un anticonceptivo para uso durante la lactancia.

- El contenido hormonal del método
- La intención de la planificación familiar (si es temporal o permanente)
- La condición en la que se encuentra la usuaria

De acuerdo con estos indicadores, los métodos de planificación familiar disponibles se han colocado en el siguiente orden de preferencia:

Métodos de primera opción (métodos no hormonales)

- a) MELA
- b) Métodos de barrera (condón, diafragma, espermicidas).
- c) Métodos de planificación familiar natural (abstinencia periódica).
- d) Esterilización:
 - ♦ Masculina (vasectomía)
 - ♦ Femenina (ligadura de trompas).
- e) *Dispositivos intrauterinos (DIU).*

Métodos de segunda opción (métodos hormonales sólo es progestágeno)

- a. Píldoras orales sólo de progestágeno.
- b. Inyectables.
- c. Implantes hormonales.

Métodos de tercera opción (métodos hormonales combinados)

- a) Píldoras orales combinadas.
- b) Inyectables mensuales.

ANTICONCEPTIVOS POSPARTO EN LA MUJER QUE NO LACTA

Bajo esta condición las usuarias tienen una amplia gama de opciones anticonceptivas excepto el MELA; pero existen diferencias en cuanto al momento de inicio de los mismos.

TIEMPO DE INICIO DEL MÉTODO

- DIU: Inmediatamente después del parto (< 48 h) o después de 4 semanas.
- Condón/espermicida: en cualquier momento.
- Diafragma: a partir de las 6 semanas
- Planificación familiar natural: después de que este menstruando regularmente
- Esterilización femenina: postparto inmediato y de intervalo
- Esterilización masculina: en cualquier momento.
- Métodos hormonales sólo de progestágeno: en cualquier momento.
- Métodos hormonales combinados: de 3 semanas en adelante.

ANTICONCEPCIÓN EN EL POSTPARTO.

Método anticonceptivo	Comentario
MELA	Aún con un uso óptimo del MELA, este es un método temporal que requiere ser seguido inmediatamente de otro método anticonceptivo, una vez que no cumpla con uno de los 3 criterios de lactancia /amenorrea (lactancia exclusiva, amenorrea y niño menor de 6 meses).
Métodos de barrera	• El condón, además de su efecto anticonceptivo, protege contra infecciones de transmisión sexual, no afecta la lactancia ni ofrece riesgos para la madre ni el niño y su uso puede ser tan pronto como se reanuden las relaciones sexuales. • El diafragma no debe usarse antes de las 6 semanas posteriores al parto para evitar la aparición de endometriosis, así como por la necesidad de evaluar las mediciones luego de la involución uterina. • Los espermicidas son eficaces siempre que se usen de forma correcta y en combinación con otros métodos de barrera.
Métodos naturales	Para utilizarlos la mujer y su pareja deben aprender a interpretar los signos de fertilidad y evitar las relaciones sexuales durante los días no seguros. Estos signos son de difícil interpretación durante la lactancia, por lo que no son muy usados durante este período.
Métodos permanentes	• Esterilización masculina: Es una de las alternativas disponibles más apropiadas porque es segura, efectiva y puede realizarse en cualquier momento debido a que se realiza en el hombre • Esterilización femenina: no ejerce impacto negativo sobre la lactancia, siempre y cuando no se demore la iniciación de la lactancia debido al procedimiento y los intervalos entre los episodios de lactancia no se prolonguen.
Dispositivo intrauterino	La OMS propone como período ideal para la inserción de los DIU, independientemente de su tipo, pasadas las 4 semanas, aunque en el caso de la T de cobre, generalmente se pueden insertar antes de las

	48 h o transcesárea.
Píldoras orales sólo de progestina	Varios estudios han demostrado que la cantidad y calidad de la leche materna, así como la duración de la lactancia no se ven afectadas por este tipo de anticonceptivo. Cuando se comienzan a tomar 6 semanas después del parto no perjudican el crecimiento ni el desarrollo de los niños
Inyectables solo de progestina	Ha sido uno de los más estudiados y se señala que la administración de 150 mg de acetato de medroxiprogesterona no tiene efecto adverso sobre la lactancia .
Implantes subdérmicos	Los niveles en suero de levonogestrel que se observan con el uso del Norplant son más bajos que los obtenidos con las píldoras orales que contiene este progestágeno lo cual sugiere que su uso no debe afectar la lactancia ni el crecimiento de los niños
Anticonceptivos orales combinados e inyectables mensuales	- Tienen efecto adverso sobre la cantidad y calidad de la leche materna, y reducen la duración de la lactancia, particularmente cuando se inicia su uso en los primeros meses después del parto - Evitar su uso hasta seis meses después del parto o hasta el destete del bebé, según lo que ocurra más temprano

CONSEJERÍA

La consejería en materia de anticoncepción durante el posparto es esencial y sobre todo en aquella mujer que está lactando, por la necesidad de que el anticonceptivo utilizado no perjudique la continuidad de la lactancia. Además, siempre que sea posible se debe mantener el uso de métodos no hormonales, principalmente los de barrera, una vez que el MELA no cumpla con los requisitos que garantizan su eficacia.

IV.4 PILDORAS ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA (PAE)

DEFINICION

Es de considerar para esta definición que la PAE no es un método anticonceptivo; esta consiste en el uso de anticonceptivos orales dentro de las primeras 120 horas posteriores a una relación sexual sin protección para la prevención del embarazo, teniendo en cuenta que cuanto mas pronto se tomen después de la relación sexual sin protección, más eficaces son.

DESCRIPCIÓN O TIPOS

Existen dos tipos principales:

- Anticonceptivos orales combinados, aquellos que contienen tanto un estrógeno como una progestina.
- Anticonceptivos orales que contienen sólo progestina.

PRESENTACION

1. **Pastillas combinadas.** Se usan anticonceptivos orales combinados que contengan una mezcla de etinil-estradiol y levonorgestrel o norgestrel.

Existen algunas presentaciones que contienen 50 microgramos de etinil-estradiol y 250 microgramos de levonorgestrel ó 500 microgramos de norgestrel.

Otras presentaciones más comúnmente disponibles contienen 30 microgramos de etinil-estradiol y 150 microgramos de levonorgestrel ó 300 microgramos de norgestrel.

2. **Pastillas de progestina sola.** Existen presentaciones en las que cada pastilla contienen 750 microgramos de levonorgestrel. Existen otras pastillas más comúnmente disponibles en las que cada una contiene 37.5 microgramos de levonorgestrel ó 75 microgramos de norgestrel.

MECANISMO DE ACCIÓN

El mecanismo principal, es la inhibición o postergación de la ovulación, impidiendo así la fecundación. Existen estudios que sugieren la posibilidad de interferir la migración y función de los espermatozoides en la fase lenta o sostenida de la migración espermática, lo que podría reducir o anular la fecundación, en caso de llegar a producirse la ovulación. Además aumenta la viscosidad del moco cervical impidiendo el paso de los espermatozoides a la cavidad uterina.

Las PAE no son efectivas una vez que ha ocurrido la fecundación, por lo que no tienen un efecto abortivo.

DURACIÓN DEL EFECTO ANTICONCEPTIVO

El efecto anticonceptivo está limitado estrictamente a los días en que se usa el método en la forma recomendada.

EFFECTIVIDAD

El uso de anticoncepción oral combinada de emergencia previene el 75% de los embarazos que ocurrirían si no se usara este método.

El uso de pastillas de progestina sola en anticoncepción de emergencia previene entre el 85 y 90% de los embarazos que ocurrirían si no se usara este método.

La efectividad de la anticoncepción de emergencia aumenta considerablemente entre más pronto, posterior a la relación sexual, se recurra a su uso; siempre y cuando no sobrepase las 120 horas.

El efecto anticonceptivo disminuye considerablemente después de las 120 horas y su uso generalmente ya no es recomendable pasado este tiempo.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA

LA ÚNICA CONDICIÓN EN LA CUAL LA PAE NO DEBE USARSE ES EL EMBARAZO.

Categoría 1: Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de PAE

NO HAY RIESGO CON EL USO DE PAE EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Lactancia Natural (es una indicación de que la mujer requiere más consejería sobre otras opciones anticonceptivas)
- ♦ Antecedente de Embarazo Ectópico
- ♦ Uso repetido de PAE (el uso recurrente es indicación de que la mujer requiere más consejería. La utilización frecuente puede ser dañina para mujeres clasificadas como categorías 2, 3 o 4 para el uso de AOC o solo de progestina)
- ♦ Violación

Categoría 2: Una condición en la cual las ventajas de utilizar PAE generalmente exceden los riesgos teórico o probados.

PUEDE USARSE PAE AUNQUE NO DEBE CONSIDERARSE DE PRIMERA ELECCION EN LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

- ♦ Historia de complicaciones cardiovasculares severas (cardiopatía isquémica, Accidente Cerebro Vascular u otras condiciones trombo embólicas)
- ♦ Angina de Pecho
- ♦ Migraña
- ♦ Enfermedad Hepática Severa (incluyendo Ictericia)

USO DEL MÉTODO

Su uso se considera sólo para casos de emergencia; y no como método regular de anticoncepción.

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (Régimen de Yuzpe)

El régimen recomendado es el uso en 2 dosis, administradas con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas que siguen a la relación sexual no protegida; cada una de estas dosis debe contener 100 microgramos de etinil-estradiol y 0.5 mg de levonorgestrel.

En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 50 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 2 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 2 tabletas, 12 horas después.

En el caso de anticonceptivos orales combinados que contienen 30 microgramos de etinil-estradiol deben usarse 4 tabletas, seguidas de una segunda dosis de 4 tabletas, 12 horas después.

Cuando se deseen usar orales combinados que contengan menos de 30 microgramos de etinil-estradiol deben administrarse un número de pastillas suficientes para proporcionar al menos 100 microgramos de etinil-estradiol en cada dosis.

PROGESTINAS SOLAS

Administrar 2 dosis con un intervalo de 12 horas, dentro de las 120 horas siguientes a una relación sexual no protegida. Cuando estén disponibles pastillas conteniendo 750 microgramos de levonorgestrel debe administrarse una tableta en cada dosis. Cuando sea necesario usar pastillas que solamente contienen 37.5 microgramos de levonorgestrel ó 75 microgramos de norgestrel debe administrarse un número de pastillas que proporcionen en cada dosis un total de 750 microgramos de levonorgestrel. Lo anterior significa la administración de un total de 20 tabletas en cada dosis, según sea la concentración utilizada.

Formulaciones y dosis de las pastillas anticonceptivas de emergencia.

Formulación	N° de tabletas que deben tomarse en la primera dosis	N° de tabletas que deben tomarse en la segunda dosis (12 horas después de la primera dosis)
Levonorgestrel 0.25mg + Etinilestradiol 50mcg	2	2
Levonorgestrel 0.15mg + Etinilestradiol 30mcg	4	4
Levonorgestrel 0.30mg	25	25
Levonorgestrel 0.75 mg	1	1

PROVEEDORES DEL MÉTODO Y SITIO DE ENTREGA

El método será proporcionado por cualquier tipo de personal que conforma el equipo de salud debidamente capacitado, y podrá entregarse en los diferentes niveles de atención del sector salud.

Debe emplearse un interrogatorio básico y sencillo que permita establecer la elegibilidad para el uso del método.

INICIO DE PAE

Podrá iniciarse inmediatamente después de una relación sexual no protegida, dentro de las primeras 120 horas, en cualquier etapa del ciclo menstrual. Siempre y cuando se esté razonablemente seguro de que la mujer no se encuentre embarazada (anexo 7)

Esta indicado posterior a una violación, relación sexual imprevista, como protección adicional en caso de uso incorrecto de otros métodos, ruptura o deslizamiento del condón masculino.

SEGUIMIENTO DE LA USUARIA

Simultáneamente a la entrega PAE debe plantearse, cuando sea necesario, el uso de un método regular de anticoncepción. Los métodos de barrera y los demás anticonceptivos combinados e inyectables de progestina sola, pueden iniciarse inmediatamente después del uso de PAE. El uso de métodos de larga duración, tales como DIU o implantes, puede ser iniciado cuando regrese la menstruación.

En caso de que haya un retraso en el inicio del ciclo menstrual la posibilidad de un embarazo debe descartarse.

EFFECTOS SECUNDARIOS POSIBLES

Son comunes náuseas y vómitos, particularmente con el uso de los orales combinados. Estos efectos son menos frecuentes y severos con el uso de pastillas de progestina sola.

Ante la presencia de vómitos dentro de las primeras 2 horas de la ingesta, repetir la dosis. El uso de un antiemético puede ser necesario en algunos casos, pero no se recomienda su uso en una forma rutinaria.

La ingesta de PAE con alimentos puede reducir el riesgo de náusea y vómito. En caso de intolerancia a la vía oral el uso de las pastillas por vía vaginal es posible, utilizando la dosis recomendada.

Irregularidades en el ciclo menstrual siguiente al uso de PAE pueden presentarse, la alteración más común es un retraso en el inicio de la nueva menstruación.

COMPLICACIONES Y MANEJO

La cantidad de hormona usada en PAE es muy pequeña y no se han descrito complicaciones importantes con su uso.

CONSEJERÍA

La consejería debe hacer énfasis en que PAE es **sólo para casos de emergencia** y no como un método anticonceptivo regular. Debe también incluir información sobre el posible uso de otros métodos anticonceptivos y cuando deben iniciarse, así como efectos secundarios posibles y vigilar la probabilidad de la presencia de un embarazo. Cuando el uso de PAE es debido a uso incorrecto de un método regular, la consejería sobre el uso del mismo debe reforzarse o considerar el posible uso de otro método. Además debe informarse a la usuaria que la próxima menstruación puede presentarse algunos días antes o después de la fecha prevista

IV.5 ANTICONCEPCION EN PERSONAS CON VIH/SIDA

Las personas con VIH/Sida o con tratamiento antirretroviral pueden iniciar y continuar el uso de la mayoría de métodos anticonceptivos de forma segura.

En general, los anticonceptivos y los medicamentos utilizados para terapia antirretroviral, no interfieren entre si. No hay seguridad sobre la disminución de la efectividad de los anticonceptivos hormonales de baja dosis; pero aun si así fuera, el uso de condón brinda una protección adicional.

Existen pocas limitaciones para el uso de anticonceptivos en estas personas, tal como se detalla a continuación:

USO de DIU

- Puede insertarse en mujer con HIV y se puede continuar su uso si desarrolla SIDA y ya lo tenía insertado
- No debe utilizarse en mujer con SIDA, a menos que este clínicamente bien con terapia antirretroviral
- No debe colocarse a una mujer que este con terapia antirretroviral y no se encuentre clínicamente bien.

ESTERILIZACION MASCULINA Y FEMENINA

- Puede realizarse en personas infectadas con HIV, con SIDA o en terapia con antirretrovirales de forma segura.
- Deben realizarse arreglos especiales para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico con el fin de prevenir infecciones.
- Si al momento existe una enfermedad relacionada con el SIDA, debe atrasarse el procedimiento

ESPERMICIDAS

- No deben utilizar espermicidas si existe alto riesgo de contraer HIV, esta infectado con HIV, tiene SIDA o esta en tratamiento con antirretrovirales

IV.6 ATENCION A HOMBRES

La participación de los hombres es importante para los proveedores de salud por dos razones principales:

- Culturalmente tienen mucha influencia en la toma de decisiones de las mujeres; por lo que pueden brindarles apoyo en la utilización de un método anticonceptivo o convertirse en barreras y evitar su utilización.
- Los hombres también pueden convertirse en clientes, utilizando condones, vasectomía o en busca de orientación a sus propios problemas en salud sexual y reproductiva, especialmente las infecciones de transmisión sexual.

Información que los hombres necesitan:

- Efectividad y seguridad de los métodos de planificación familiar
- Formas de transmisión, signos, síntomas, detección y tratamiento de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA
- Importancia de un espacio intergenésico de al menos tres años para beneficio de su pareja y sus hijos(as)
- Importancia del control prenatal y parto institucional seguros
- Funcionamiento del aparato reproductor masculino y femenino

Formas de ayudar a los hombres:

- Fomentar su participación en la toma de decisiones conjunta sobre planificación familiar y actividad sexual
- Permitir a las mujeres que sus parejas las acompañen en sus visitas a las clínicas para recibir consejería juntos
- Informar y ofrecer servicios de salud dirigidos a ellos
- Fomentar a las parejas a discutir entre si sus inquietudes sobre planificación de la familia, infecciones de transmisión sexual y actividad sexual

CAPITULO V

V.1 APOYO TECNICO A LA GUÍA DE ATENCION EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MÉDICA PARA EL USO DE LOS ANTICONCEPTIVOS, ACTUALIZACION (OMS/OPS)

Los criterios de elegibilidad médica propuestos aspiran a proporcionar un adecuado margen de seguridad para proteger a la mujer de los potenciales efectos secundarios posibles de los anticonceptivos asegurando también que esto no impida la selección de los métodos apropiados.

Este apartado reporta la actualización de la segunda edición de *Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar: criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos*, publicada en 2000, y en la *Guía de Atención en planificación familiar*, publicada en 2004, y resume las principales recomendaciones hechas en Ginebra del 21 al 24 de octubre del año 2003.

Cada condición ha sido definida como representativa de una característica individual (por ejemplo: La edad, historia de embarazos) o una condición médica/patológica preexistente conocida (por ejemplo: Diabetes, hipertensión). Se espera que las instituciones que presentan los servicios decidan los medios adecuados para la detección del riesgo de acuerdo a su importancia para la salud pública.

La historia del usuario sería la forma más apropiada de abordaje. Se ha propuesto que las condiciones que afectan la elección para el uso de cada método anticonceptivo sean clasificadas bajo una de las siguientes cuatro categorías:

- 1. Una condición para la cual no existen restricciones en el uso de un método anticonceptivo.**
- 2. Una condición para la cual las ventajas de utilizar un método generalmente exceden los riesgos teóricos o probados.**
- 3. Una condición en la cual los riesgos teóricos o probados generalmente exceden las ventajas de utilizar un método.**
- 4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si se utiliza el método anticonceptivo.**

Se pretende la adaptación de este documento en la diversidad de situaciones y escenarios en los cuales se suministran los anticonceptivos. En particular, deberán ser tomados en consideración el grado de conocimiento clínico, la experiencia de diversos tipos de proveedores y los recursos disponibles en los lugares de prestación de servicios.

En aquellos lugares donde los recursos clínicos son limitados, tales como en servicios basados en la comunidad, la clasificación en cuatro categorías puede ser simplificada en las categorías 1 y 2. De esta manera puede ser utilizada tanto en situaciones donde se puede ofrecer juicio clínico como en aquellas partes en donde no esta disponible.

Cuadro para la utilización de métodos anticonceptivos cuando los recursos clínicos son limitados

Clasificación	Con evaluación clínica	Con limitada evaluación clínica
1	Use el método en cualquier circunstancia	Si (use el método)
2	Generalmente use el método	Sí (use el método)
3	El uso del método no se recomienda a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables	No (no use el método)
4	No debe usarse el método	No (no use el método)

CUADRO RESUMEN DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA USO DE MÉTODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

CONDICION	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
Embarazo	4	4	4	4	4	4
Edad	<40años=1 ≥40años=2	<40 años=1 ≥ 40años=2	< 18 años=1 18-45 a=1 ≥ 45años=1	<18 años=2 18-45 a=1 ≥ 45años=2	<18 años=1 18-45 a=1 ≥ 45años=1	<20 años=2 ≥ 20 a=1
Paridad						
a) Nulípara	1	1	1	1	1	2
b) Mujeres con parto	1	1	1	1	1	1
Lactancia materna						
a) < 6 sem postparto	4	4	3	3	3	
b) 6 sem a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1	
c) ≥ 6 meses postparto	2	2	1	1	1	
Post parto (en mujeres que no están amamantando)						
a) < 21 días	3	3	1	1	1	
b) ≥ 21 días	1	1	1	1	1	
Post parto (en mujeres amamantando o no, incluyendo postcesárea)						
a) < 48 horas						2
b) 48 horas a < 4 sem						3
c) ≥ 4 semanas						1
d) sepsis puerperal						4

CONDICION	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
Post aborto						
a) primer trimestre	1	1	1	1	1	1
b) segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
c) inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4
Antecedente de embarazo ectópico	1	1	2	1	1	1
Historia de cirugía pélvica (ver sección postparto, incluyendo cesárea)	1	1	1	1	1	1
Fumar						
a) edad < 35 años	2	2	1	1	1	1
b) edad ≥ 35 años	3	2	1	1	1	1
a. < 15 cig/día	4	3	1	1	1	1
b. ≥ 15 cig/día						
Obesidad (≥ 30 Kg/m ² del Índice de masa corporal)	2	2	1	1	1	1
Anormalidades anatómicas						
a) que distorsionan la cavidad uterina						4
b) que no distorsionan la cavidad uterina						2
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR						
Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión)	3/4	3/4	2	3	2	1

CONDICION I= inicio, C= continuación	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
Hipertensión						
a) <i>historia de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la PA (incluyendo hipertensión durante el embarazo)</i>	3	3	2	2	2	1
b) <i>hipertensión controlada de manera adecuada, cuando la presión PUEDE se evaluada</i>	3	3	1	2	1	1
c) <i>niveles elevados de PA (medidas adecuadamente tomadas)</i>						
a. <i>sistólica 140-159 ó diastólica 90-99</i>	3	3	1	2	1	1
b. <i>sistólica ≥ 160 ó diastólica ≥ 100</i>	4	4	2	3	2	1
d) <i>Historia de hipertensión (actualmente se puede medir y es normal)</i>	2	2	1	1	1	1
e) <i>Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad actual</i>	4	4	I = 2 C= 3	3	I= 2 C= 3	1
f) <i>Valvulopatía cardiaca</i>	2	2	1	1	1	1
▪ <i>sin complicaciones</i>	4	4	1	1	1	2
▪ <i>con complicaciones</i>						
CONDICION	ACO	ACI	APU	AMPD	IMPLANTE SUB	DIU-Cu

I= inicio, C= continuación				EN/NET	DERMICO	
Venas varicosas	1	1	1	1	1	1
Tromboflebitis superficial	2	2	1	1	1	1
Mutaciones trombogénicas	4	4	2	2	2	1
Historia de ACV	4	4	2/3	3	2/3	1
Hiperlipidemias	2/3	2/3	2	2	2	1
Trombosis venosa profunda (TVP)						
Embolia pulmonar(EP)						
a) historia de TVP/EP	4	4	2	2	2	1
b) TVP/EP actual	4	4	3	3	3	1
c) Historia familiar de TVP/EP (parientes en primer grado)	2	2	1	1	1	1
d) Cirugía mayor	4	4	2	2	2	1
a. Con inmovilización prolongada	2	2	1	1	1	1
b. Sin inmovilización prolongada						
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1

CONDICION I = Inicio, C = Continuación	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
Patron menstrual irregular	1	1	2	2	2	1/2
Sangrado vaginal sin explicación (sospechas de una condición seria)						I C
Antes de evaluar	2	2	2	3	3	4 2
Endometriosis	1	1	1	1	1	2
Tumores ováricos benignos (incluyendo quistes)	1	1	1	1	1	1
Dismenorrea severa	1	1	1	1	1	2
Enfermedad trofoblástica:						
a) Benigna	1	1	1	1	1	3
b) Maligna	1	1	1	1	1	4
Ectropión cervical	1	1	1	1	1	1
Neoplasia Cervical Intraepitelial (NIC)	2	2	1	2	2	1
Cáncer cervical (esperando tratamiento)	2	2	1	2	2	I C
						4 2
Enfermedades de la mama						
a) Tumor sin diagnóstico anatomopatológico	2	2	2	2	2	1
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	1	1	1	1
c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1
d) Cáncer	4	4	4	4	4	1
a. Actual						
b. Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años	3	3	3	3	3	1

CONDICION I = Inicio, C = Continuación	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu	
Cáncer endometrio						I	C
	1	1	1	1	1	4	2
Cáncer ovárico	1	1	1	1	1	3	2
Miomas uterinos							
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1		1
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1		4
Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)						I	C
a) EPI pasada (asumiendo que no hay actualmente factores de riesgo de ITS)	1	1	1	1	1	1	1
a. Con embarazo posterior	1	1	1	1	1	2	2
b. Sin embarazo posterior	1	1	1	1	1	4	2
b) EPI actual o en los últimos 3 meses							
ITS⁵							
a) Actuales o en los últimos 3 meses	1	1	1	1	1	4	
(incluyendo cervicitis purulenta)	1	1	1	1	1	2	
b) Vaginitis sin cervicitis purulenta							
c) Riesgo aumentado de ITS (ej. Parejas múltiples o pareja que a su vez tiene parejas múltiples)	1	1	1	1	1	3	
	1	1	1	1	1	2	
Alto riesgo de VIH	1	1	1	1	1	2	
VIH positivo	1	1	1	1	1	3	
SIDA							

⁵ Los condones, son siempre recomendados para la prevención de ITS/VIH/EPI

CONDICION I = Inicio, C = Continuación	ACO		ACI		APU		AMPD EN/NET		IMPLANTE SUB DERMICO		DIU-Cu
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS											
Cefaleas	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
a)No migrañosa (leve o severa)											
b)Migraña sin síntomas neurológicos focales	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1
a. Edad < 35 años	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1
b. Edad ≥ 35 años	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1
b) Con síntomas neurológicos focales a cualquier edad	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	1
Epilepsia	1		1		1		1		1		1
Trastornos depresivos	1		1		1		1		1		1
OTRAS INFECCIONES											
Esquistosomiasis											
a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		1
b) Fibrosis del hígado	1		1		1		1		1		1
Tuberculosis											I C
a) No pélvica	1		1		1		1		1		1 1
b) Identificada como pélvica	1		1		1		1		1		4 3
Malaria	1		1		1		1		1		1
ANEMIAS											
Talasemias	1		1		1		1		1		2
Drepanocíticas	2		2		1		1		1		2
Ferropénicas	1		1		1		1		1		2

CONDICION	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
ALTERACIONES ENDOCRINAS						
Diabetes						
a) Historia de enfermedad durante el embarazo	1	1	1	1	1	1
b) Enfermedad no vascular:	2	2	2	2	2	1
a. No insulino dependiente	2	2	2	2	2	1
b. Insulino dependiente	3/4	3/4	2	3	2	1
c) Nefropatía / retinopatía / neuropatía	3/4	3/4	2	3	2	1
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración						
Tiroides						
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1
INTERACCIÓN DE DROGAS						
Drogas comúnmente usadas que afectan las enzimas del hígado						
a) Ciertos antibióticos:						
▪ Rifampicina	3	2	3	2	3	1
▪ Griseofulvina	2	1	2	1	2	1
b) Anticonvulsivantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazapina)	3	2	3	2	3	1
c) Otros antibióticos (excluyendo Rifampicina y Griseofulvina)	1	1	1	1	1	1
d) Terapia antirretroviral	2	2	2	2	2	I=2/3 C= 2

CONDICION	ACO	ACI	APU	AMPD EN/NET	IMPLANTE SUB DERMICO	DIU-Cu
ALTERACIONES GASTROINTESTINALES						
Enfermedad de la vesícula biliar						
a) Sintomática						
a. Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	1
b. Tratada médicamente	3	2	2	2	2	1
c. Actual	3	2	2	2	2	1
b) Asintomática	2	2	2	2	2	1
Historia de colestasis						
a) Relacionada con embarazo	2	2	1	1	1	1
b) Pasada relacionada con ACO	3	2	2	2	2	1
Hepatitis viral						
a) Activa	4	3/4	3	3	3	1
b) Portador	1	1	1	1	1	1
Cirrosis						
a) Leve (compensada)	3	2	2	2	2	1
b) Severa (descompensada)	4	3	3	3	3	1
Tumores del hígado						
a) Benigno (adenomas)	4	3	3	3	3	1
b) Maligno (hepatoma)	4	¾	3	3	3	1

CAPITULO VI

VI. 1 GLOSARIO

Para lo efectos de la presente Guía de Atención en Planificación Familiar se entenderán las definiciones y abreviaciones de la siguiente manera:

- **Abstinencia:** Privación voluntaria de las relaciones sexuales.
- **Afección tromboembólica:** Enfermedad producida por el bloqueo de un vaso sanguíneo con un trombo que se ha desprendido de su lugar de formación.
- **Amenorrea:** Ausencia de menstruación por un período mayor al normal del ciclo menstrual.
- **Amenorrea por lactancia:** Es la ausencia de la menstruación en el período postparto mientras la mujer esta lactando.
- **Angina de pecho:** Síndrome caracterizado por dolor precordial.
- **Consentimiento voluntario informado:** Es la decisión voluntaria del aceptante para que le realice un procedimiento anticonceptivo. Con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente y sin presiones.
- **Consejería:** Proceso educativo que ayuda a garantizar que las personas, tomen decisiones libres e informados acerca de su vida reproductiva.
- **Criptorquidia:** Defecto del desarrollo en el cual uno o ambos testículos no logran descender a las bolsas escrotales y permanecen dentro del abdomen o el conducto inguinal.
- **Dismenorrea:** Dolor pélvico durante la menstruación.
- **Ectropión cervical:** Eversión de la superficie mucosa endocervical uterina.
- **Edad fértil o reproductiva:** Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
- **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar el embarazo durante un año de uso.

- **Efectos secundarios posibles:** Signos y síntomas contrarios a los normales que se presentan por corto o largo tiempo, durante la utilización de algún fármaco.
- **Embarazo ectópico:** Embarazo fuera del útero.
- **Endometriosis:** Proliferación ectópica de tejido endometrial.
- **Enfermedad pélvica inflamatoria:** Inflamación del tracto genital superior que incluye 2 ó más de las siguientes afecciones: Cervicitis, Endometritis, salpingitis, pelviperitonitis, absceso tubo ovárico.
- **Espacio inter genésico:** Periodo que habra entre el ultimo nacimiento(u otro evento obstétrico) y el inicio del siguiente embarazo. Se recomienda un intervalo no menor de tres años para la salud y supervivencia de madre e hijo/a.
- **Infección de Transmisión Sexual (ITS):** Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
- **Eyacuación:** Expulsión de semen durante el acto sexual.
- **Factor de riesgo:** Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de probabilidad de la ocurrencia de un daño.
- **Fibroma uterino:** Tumor del útero formado por elementos musculares
- **Hematoma:** Acumulación tisular de sangre extravascular.
- **Hernia:** Es la salida o desplazamiento de un órgano o de una víscera total o parcialmente, fuera de su localización normal, a través de un orificio natural de la cavidad que normalmente lo contiene y siempre revestido por una membrana serosa.
- **Hidrocele:** Acumulación de líquido claro de la túnica vaginal de los testículos.
- **Hormonas:** Sustancia química secretada por una glándula endocrina que, transportada por el plasma sanguíneo ejerce una acción específica sobre las funciones de otro órgano.
- **Ictericia:** Pigmentación de la piel de color amarillo debido al incremento en las cifras de bilirrubina circulantes.

- **Lactancia materna exclusiva:** Alimentación del recién nacido con leche materna, sin adición de otros líquidos, o alimentos evitando el uso de chupones o biberones.
- **Mecanismo de acción:** Forma principal de actuar de los medicamentos o métodos de planificación familiar.
- **Menarquia:** Primera menstruación.
- **Método permanente:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad en forma definitiva.
- **Método temporal:** Método de planificación familiar que limita la fecundidad por un tiempo determinado.
- **Migraña:** Síndrome caracterizado por cefalea periódica generalmente de un lado que puede ser acompañando por náuseas, vómitos, y diversos trastornos sensoriales.
- **Neoplasia:** Formación en algunas partes del cuerpo de un tejido cuyos elementos sustituyen a los tejidos normales, generalmente maligno.
- **Neuropatía:** Cualquier enfermedad de la fibra nerviosa, especialmente una enfermedad degenerativa de uno o de varios nervios.
- **Nuligestas:** Aquellas mujeres que aún no han tenido un embarazo.
- **Nulípara:** Aquellas mujeres que aún no han parido o a dado a luz un feto.
- **Post-cesárea:** Período posterior a la realización de una cesárea.
- **Puerperio:** Proceso que se inicia al termino de la expulsión del feto y los anexos del embarazo que finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de 6 semanas ó 42 días y comprende 3 períodos:
 - a) Inmediato, las primeras 24 horas
 - b) Mediato, del segundo al séptimo día
 - c) Tardío, desde el octavo hasta 42 días postparto
- **Relación sexual:** Para los fines de esta norma se considera relación sexual únicamente al coito vaginal (penetración pene-vagina).
- **Retorno a la fertilidad:** Tiempo que demora en volver la fertilidad.

- **Riesgo reproductivo:** Probabilidad que tiene, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.
 - **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades durante el proceso de reproducción.
 - **SIDA:** Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
 - **Tasa teórica:** Es la proporción de embarazos ocurridos durante un año de uso de un método anticonceptivo en forma correcta.
 - **Tasa típica:** es la proporción de embarazos ocurridos durante un año de uso de un método anticonceptivo en condiciones habituales, que incluyan tanto el uso correcto como el incorrecto del método.
 - **Tuberculosis pélvica:** infección tuberculosa que abarca órganos genitales o circundantes a estos.
 - **Usuario (a):** Persona que solicita o utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.
 - **Usuario (a) potencial:** Hombres o mujeres en edad fértil con vida sexual activa que actualmente no usan un método anticonceptivo.
-

VI.2 ABREVIATURAS

ADS = Asociación Demográfica Salvadoreña

AMPD = Acetato de medroxiprogesterona

ACO = Anticonceptivo oral combinado

DIU = Dispositivo intrauterino

EPI = Enfermedad pélvica inflamatoria

FDA = ADMINISTRACIÓN de alimentos y drogas de los Estados Unidos de América

IMC = Índice de masa corporal

ISBA = Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial

ISSS = Instituto Salvadoreño del Seguro Social

ITS = Infecciones de transmisión sexual

LEI = Lesión escamosa intraepitelial

MELA = Método de lactancia amenorrea

MSPAS = Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

NET/EN = Enantato de noretisterona

NIC = Neoplasia intraepitelial cervical

OMS = Organización Mundial de la Salud

OPS = Organización Panamericana de la Salud

PAE = Píldoras anticonceptivas de emergencia

VIH = Virus de inmunodeficiencia humana

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS METODOS PERMANENTES DE PLANIFICACION FAMILIAR

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
COMPONENTE DE PLANIFICACION FAMILIAR

FORMULARIO DE ESTERILIZACION	
DATOS GENERALES	
No. EXPEDIENTE	FECHA
NOMBRE: _____	
1er APELLIDO	2do APELLIDO
NOMBRES	
APELLIDO DE CASADA	
EDAD AÑOS	ESTADO CIVIL
OCUPACION _____	
DIRECCION _____	
DEPARTAMENTO _____ MUNICIPIO _____ CANTON/CASERIO _____	
ANTECEDENTES	
EMBARAZOS	PARTOS A TERMINO
PARTOS PREMATUROS	ABORTOS
VIVOS ACTUALMENTE	
USO DE ANTICONCEPTIVOS	
NINGUNO ☐ A.O. ☐ DIU ☐ MARCA _____	
CONDONES ☐ TIPO	
INYECTABLES ☐ NORPLANT ☐ OTROS _____	
DONDE LO OBTUVO _____	
SOLICITA SER ESTERILIZADA (O) POR	
RAZONES MEDICAS ☐ NO QUIERE MAS HIJOS ☐ MOTIVOS PERSONALES ☐ INTOLERANCIA A LOS ANTICONCEPTIVOS ☐ ECONOMICAS ☐	
OTRAS ESPECIFIQUE _____	
CONSENTIMIENTO RAZONADO	
YO, LA (EL) ABAJO FIRMANTE (O HUELLAS DIGITALES), CERTIFICO QUE HE SIDO INFORMADO Y QUE HE COMPRENDIDO QUE:	
(A) HAY MÉTODOS TEMPORALES DE ANTICONCEPCIÓN QUE YO PUEDO USAR PARA PLANIFICAR MI FAMILIA	
(B) LA ESTERILIZACIÓN ES UN PROCESO EN LA MAYORÍA QUIRÚRGICO, POR LO QUE NO ESTA EXENTA DE RIESGOS, ASÍ COMO BENEFICIOS	
(C) LA ESTERILIZACIÓN ES UN MÉTODO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR IRREVERSIBLE Y QUE NO ESTA EXENTA DE FALLA	
(D) ESTE PROCEDIMIENTO NO ME PROTEGE A MÍ NI A MI PAREJA DE INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL INCLUYENDO VIH-SIDA.	
(E) AUN EN EL CASO DE QUE MI ESTERILIZACIÓN FUERA RECOMENDADA, YO PUEDO RENUNCIAR A ELLA Y NINGÚN SERVICIO MEDICO DE SALUD ME SERIA RETIRADO COMO RESULTADO DE ESTA DECISIÓN.	
FIRMA/ HUELLA DEL SOLICITANTE _____	FIRMA DEL PROVEEDOR QUE DIO LA CONSEJERIA _____
PROCEDIMIENTO REALIZADO	
POST-PARTO y POST-ABORTO ☐ LAPAROSCOPIA ☐ MINILAPAROTOMIA ☐ TRANSCESAREA ☐ VASECTOMIA ☐ OTRAS ☐	
DIAS ESTANCIA	OBSERVACIONES Y/O COMPLICACIONES _____
RESPONSABLE DE REALIZAR LA ESTERILIZACION	
FECHA DE ESTERILIZACION	
NOMBRE Y FIRMA _____	
OBSERVACIONES _____	

ANEXO 2

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONSULTA DE INSCRIPCIÓN									
DATOS GENERALES									
No EXPEDIENTE					FECHA				
NOMBRE:									
	1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		APELLIDO DE CASADA		
EDAD		AÑOS	ESTADO CIVIL	S C A	OCUPACION				
DIRECCION					INSCRIPCION:		SI	NO	
DEPARTAMENTO					1era VEZ EN LA VIDA				
MUNICIPIO					1era VEZ EN INSTITUCION				
CANTON									
CASERIO									
AÑOS DE ESCOLARIDAD		AÑOS							
ANTECEDENTES OBSTETRICOS									
EMBARAZOS		PARTOS A TERMINO		PARTOS PREMATUROS		ABORTOS		VIVOS ACTUALMENTE	
FECHA DE ÚLTIMO EVENTO OBSTETRICO				ESTA LACTANDO	SI NO				
TERMINACION DEL ÚLTIMO EVENTO OBSTETRICO:	ABORTO		PARTO VAGINAL		PARTO OPERATORIO		PRODUCTO VIVO	SI NO	
ANTECEDENTES GINECOLOGICOS									
MENARQUIA		AÑOS	FUR				DISMENORREA	SI NO	
CICLOS MENSUALES	REGULARES		IRREGULARES		DURACION DEL CICLO			DIAS	
SANGRAMIENTOS	ESCASOS		MODERADOS		ABUNDANTES		DURACION DEL SANGRAMIENTO		
FECHA ULTIMO PAP			RESULTADO						
OBSERVACIONES									
ANTECEDENTES PERSONALES CONTRIBUTORIOS									
¿ HA USADO METODOS ANTICONCEPTIVOS?	SI		NO						
METODO USADO					POR CUANTO TIEMPO				
PORQUE DEJO DE USARLO									
DONDE LO OBTUVO									
EXAMEN FISICO									
TEMPERATURA			PULSO		PESO		KGS	T.A.	/
MAMAS	N A								
ABDOMEN	N A								
MIEMBROS	N A								

CONSULTA DE INSCRIPCION										
EXAMEN GINECOLOGICO										
GENITALES EXTERNOS	☐ N	☐ A	PROLAPSO UTERINO	☐ SI	☐ NO	GRADO	☐	VAGINA	☐ N	☐ A
CUELLO UTERINO: MOVILIDAD	☐ N	☐ A	DOLOR A LA MOVILIZACION	☐ SI	☐ NO	SANGRA AL CONTACTO	☐	☐ SI	☐ NO	
TOMA PAP	☐ SI	☐ NO	OBSERVACIONES							
UTERO: POSICION	☐ A	☐ M	☐ P	TAMAÑO	☐ N	☐ A	HISTEROMETRIA			
MOVILIDAD	☐ N	☐ A	DOLOR A LA MOVILIZACION	☐ SI	☐ NO					
ANEXOS: LIBRES	☐ SI	☐ NO	ENGROSADOS	☐ SI	☐ NO	DOLOR A LA PALPACION	☐	☐ SI	☐ NO	
TUMORES	☐ SI	☐ NO								
FONDOS DE SACO	☐ N	☐ A								
TAMIZAJE SEGUN CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD MEDICA										
	☐ SI	☐ NO	SI LA RESPUESTA ES SI, NO DAR:							
ESTA LACTANDO CON MENOS DE 6 SEMANAS POSPARTO	☐	☐	La pastilla							
EDAD >= 35 AÑOS Y FUMA MAS QUE >=15 CIGARRILLOS/ DÍA	☐	☐	La pastilla							
HIPERTENSION: Sistolca >=160 O Diastolica>=100	☐	☐	La pastilla							
EDAD>= 35 AÑOS Y SUFRE MIGRAÑA SIN AURA	☐	☐	La pastilla							
MIGRAÑA CON AURA A CUALQUIER EDAD	☐	☐	La pastilla							
ANTECEDENTES DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	☐	☐	La pastilla							
ENFERMEDADES COMPLICADAS DE LAS VÁLVULAS CARDÍACAS	☐	☐	La pastilla							
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA/ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR	☐	☐	La pastilla							
ENFERMEDAD VASCULAR O DIABETES DE > 20 AÑOS	☐	☐	La pastilla							
CÁNCER CERVICOUTERINO	☐	☐	EI DIU							
CÁNCER ENDOMETRIAL	☐	☐	EI DIU							
CÁNCER ACTUAL DE MAMA	☐	☐	La pastilla ni el inyectable							
ENFERMEDAD TROFBLÁSTICA (GESTACIONAL MALIGNA)	☐	☐	EI DIU							
SANGRADO VAGINAL INEXPLICADO	☐	☐	EI DIU							
CIRROSIS GRAVE	☐	☐	La pastilla							
HEPATITIS ACTIVA	☐	☐	La pastilla							
TUMORES HEPÁTICOS	☐	☐	La pastilla							
CERVICITIS PURULENTO ACTUAL, CLAMIDIA, GONORREA	☐	☐	EI DIU							
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI) ACTUAL	☐	☐	EI DIU							
INFORMACION CLAVE DE LA CONSEJERÍA										
SE INFORMÓ DEL MÉTODO ELEGIDO:										
MECANISMO DE ACCIÓN	☐									
USO CORRECTO	☐									
EFFECTOS SEGUNDARIOS	☐									
TASA DE EFECTIVIDAD	☐									
SIGNOS DE ALARMA	☐									
SEGUIMIENTO	☐									
MÉTODO ENTREGADO										
FECHA INICIO METODO										
ANTICONCEPTIVO ORAL	☐	NOMBRE					DIU	☐	TIPO	
CONDONES	☐	INYECTABLES	☐	NORPLANT	☐	ESTERILIZACIONES	☐	OTROS		
INDICACIONES										

ANEXO 3

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONSULTA SUBSECUENTE																																				
No EXPEDIENTE					FECHA	DÍA	MES	AÑO																												
NOMBRE:																																				
	1er APELLIDO		2do APELLIDO		NOMBRES		APELLIDO DE CASADA																													
EDAD	AÑOS		PESO _____		PA _____																															
MÉTODO UTILIZADO _____					TIEMPO DE USO _____																															
HISTORIA Y HALLAZGOS:																																				
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">SI</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">NO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>VISION BORROSA</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>DOLOR EN EL ABDOMEN, PECHO O BRAZO</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>DOLORES INTENSOS DE CABEZA</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>INFLAMACION O DOLOR INUSUAL EN LA PIERNA</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>COLOR AMARILLENTO EN LA PIEL</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>SANGRADO VAGINAL INTENSO O PROLONGADO</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>FIEBRE Y/O ESCALOFRIOS SIN CAUSA APARENTE</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> <tr><td>SINTOMAS GRIPALES: DOLOR MUSCULAR, FATIGA</td><td style="text-align: center;"> </td><td style="text-align: center;"> </td></tr> </tbody> </table>											SI	NO	VISION BORROSA			DOLOR EN EL ABDOMEN, PECHO O BRAZO			DOLORES INTENSOS DE CABEZA			INFLAMACION O DOLOR INUSUAL EN LA PIERNA			COLOR AMARILLENTO EN LA PIEL			SANGRADO VAGINAL INTENSO O PROLONGADO			FIEBRE Y/O ESCALOFRIOS SIN CAUSA APARENTE			SINTOMAS GRIPALES: DOLOR MUSCULAR, FATIGA		
	SI	NO																																		
VISION BORROSA																																				
DOLOR EN EL ABDOMEN, PECHO O BRAZO																																				
DOLORES INTENSOS DE CABEZA																																				
INFLAMACION O DOLOR INUSUAL EN LA PIERNA																																				
COLOR AMARILLENTO EN LA PIEL																																				
SANGRADO VAGINAL INTENSO O PROLONGADO																																				
FIEBRE Y/O ESCALOFRIOS SIN CAUSA APARENTE																																				
SINTOMAS GRIPALES: DOLOR MUSCULAR, FATIGA																																				
¿CONTINUA CON EL MÉTODO? SI NO CAMBIA A: _____																																				
MOTIVO DE CAMBIO: _____																																				

DIAGNOSTICO _____																																				

¿TOMA DE PAP? SI NO 																																				
TIPO DE CONSULTA: CONTROL NORMAL MORBILIDAD FALLA DE MÉTODO																																				
INDICACIONES _____																																				

FECHA PRÓXIMA VISITA: DÍA MES AÑO 																																				
_____ NOMBRE DE RESPONSABLE																																				
CONTROL NORMAL: Es aquel en el cual la usuaria usando de manera regular el método de planificación familiar no presenta morbilidad asociada con este.																																				
CONTROL POR MORBILIDAD (M): Será considerado cuando la usuaria consulte por morbilidad asociada al método utilizado, que comprometa su estado de salud con base a lo descrito en la Guía de Atención en Planificación Familiar																																				
CONTROL POR FALLA: Se entenderá como falla aquella en que la mujer sale embarazada utilizando correctamente un método de planificación familiar.																																				

ANEXO 4

PRODUCTOS ANTICONCEPTIVOS

ORALES COMBINADOS

NOMBRE GENERICO			NOMBRE COMERCIAL
Levonorgestrel 0.15 mg	Etinil Estradiol	0.03 mg	Microgynon, Primafen
Norgestrel 0.30 mg	Etinil Estradiol	0.03 mg	Lofemenal,
Norgestrel 0.50 mg	Etinil Estradiol	0.05 mg	Ovral
Levonorgestrel 0.25 mg	Etinil Estradiol	0.05 mg	Neogynon
Gestodeno 0.075 mg	Etinil Estradiol	0.03 mg	Gynovin, Ciclotab
Gestodeno 0.075 mg	Etinil Estradiol	0.02 mg	Femiane
Norgestimato 250 mc	Etinil Estradiol	35 mcgs	Cilestic
Drosperinona 3 MG	Etinil Estradiol	0.03	YASMIN
Drosperinona 3 MG	Etinil Estradiol	0.02	YAZ
Acetato de Ciproterona 2 mg	Etinil Estradiol	0.035 mg	Diane 35, Dixi 35
Desogestrel 0.15 mg	Etinil Estradiol	0.02mg	Mercilon, Dal 28

INYECTABLES COMBINADOS

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL
Valerato de Estradiol 5 mg y	
Enantato de Noretisterona 50 mg	Mesigyna, Norigynon, Mesigest, Norgestal 1
Enantato de Estradiol 10 mg y	
Acetofenido de Dihidroprogesterona 150mg	Nomagest, Deproxone, Novular, TopaSel
Cipionato de Estradiol 5 mg y	
Acetato de Medroxiprogesterona	Ciclofem

ORALES DE PROGESTINA

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL
Desogestrel 75 mcg.	Cerazette
Linestrenol 0.5 mg	Primor

INYECTABLES DE PROGESTINA

NOMBRE GENERICO	NOMBRE COMERCIAL
Enantato de Noretisterona (NET-EN) 200mg	Noristerat
Acetato de Medróxiprogesterona (DPMA) 150 mg	Depo-provera

PAE

Levonorgestrel 0.75 mg	Vermagest (tableta)
Levonorgestrel 0.30 mg	Microlut

PARCHE COMBINADO

Norelgestromina 150 mcg. diarios y 20 mcg. de etinilestradiol

(LIBERACIÓN DIARIA) EVRA

ANILLO VAGINAL

Etonogestrel 120mcg. Etinil Estradiol 15 mcg.

Nuvaring

(LIBERACIÓN DIARIA)

DIU MEDICADO HORMONAL

Levonorgestrel 20 mcg. Por día MIRENA

ANEXO 5

CUADRO DE REFERENCIA RAPIDA PARA LOS CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para el Uso de Anticonceptivos – para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de depósito de medroxiprogesterona (DMPA), enantato de noretisterona (NET-EN), dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre)

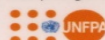
CONDICIÓN	AOC	DMPA/ NET-EN	DIU de cobre
Edad			
Desde la menarca hasta los 39 años de edad			
De 40 años de edad o más			
Desde la menarca hasta los 17 años de edad			
De 18 años hasta los 45 años de edad			
Más de 45 años de edad			
Menarca hasta los 19 años de edad			
20 años de edad o más			
Nulíparas			
Lactancia materna			
Menos de 6 semanas posparto			*
de 6 semanas a 6 meses posparto			
de 6 meses posparto o más			
Tabaquismo			
Edad < 35 años			
Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día			
Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día			
Hipertensión			
Historia de hipertensión cuando la presión arterial:			
NO SE PUEDE evaluar			
Está controlada y PUEDE evaluarse			
Sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99			
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100			
Dolores de cabeza			
Sin migraña (leve o grave)			
Migraña sin aura (edad < 35 años)			
Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)			
Migrañas con aura			
Antecedentes de trombosis venosa profunda			
Tromboflebitis superficial			
Enfermedades complicadas de las válvulas cardíacas			
Cardiopatía isquémica/Accidente cerebrovascular			
Diabetes			
Sin enfermedad vascular			
Enfermedad vascular o diabetes de > 20 años			
Malaria			
Tuberculosis no pélvica			
Enfermedad de la tiroides			
Anemia ferropénica			
Anemia de células falciformes			
Hiperlipidemias diagnosticadas			
Cánceres			
Cervicouterino			
Endometrial			
Ovário			
Ectropión cervical			
Enfermedad mamaria			
Masa no diagnosticada	**	**	
Antecedentes familiares de cáncer			
Cáncer actual			
Fibromas uterinos sin distorsión de cavidades			
Endometriosis			
Enfermedad trofoblástica			
Patrones de sangrado			
Irregular sin sangrado abundante			
Abundante o prolongado, regular e irregular			
Sangrado inexplicado			
Cirrosis			
Leve			
Grave			
Enfermedad sintomática actual de la vesícula biliar			
Colestasis			
Relacionada con el embarazo			
Relacionada con los anticonceptivos orales			
Hepatitis			
Activa			
La cliente es portadora			
Tumores hepáticos			
ITS/EPI			
Cervicitis purulenta actual, clamidia, gonorrea			
Vaginitis			
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)			
Otras ITS (excluyendo VIH/hepatitis)			
Riesgo aumentado de contraer ITS			
Riesgo individual muy alto de exposición a ITS			
VIH			
Alto riesgo de VIH o está infectada por el VIH			
SIDA			
Sin terapia antirretroviral, o no se siente bien en la terapia antirretroviral			
Clinicamente bien en terapia antirretroviral			
Uso de:			
Griseofulvina			
Rifampicina			
Otros antibióticos			

- Categoría 1** No hay restricciones para el uso.
- Categoría 2** Generalmente se usa; puede necesitarse algún seguimiento.
- Categoría 3** Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.
- Categoría 4** No se debe usar el método.

I/C (Iniciación/Continuación): Una mujer puede pertenecer a una categoría u otra, dependiendo si ella inicia o continúa el uso de un método. Por ejemplo, una cliente que actualmente padece una EPI que desea iniciar el uso del DIU se consideraría como Categoría 4, y no se le debe insertar un DIU. Sin embargo, si ella desarrolla una EPI mientras usa el DIU, se considera como Categoría 2. Esto significa que generalmente podría continuar usando el DIU y recibir tratamiento para combatir la EPI con el DIU insertado. Donde no se ha marcado I/C, una mujer con esa condición pertenece a la categoría indicada – así esté iniciando o continuando el uso del método.

* La lactancia materna no afecta la iniciación y uso del DIU. Independientemente del estado de la lactancia materna, la inserción del DIU durante el posparto es Categoría 2 hasta las 48 horas posparto, Categoría 3 de las 48 horas a las cuatro semanas, y Categoría 1 cuatro semanas y después.

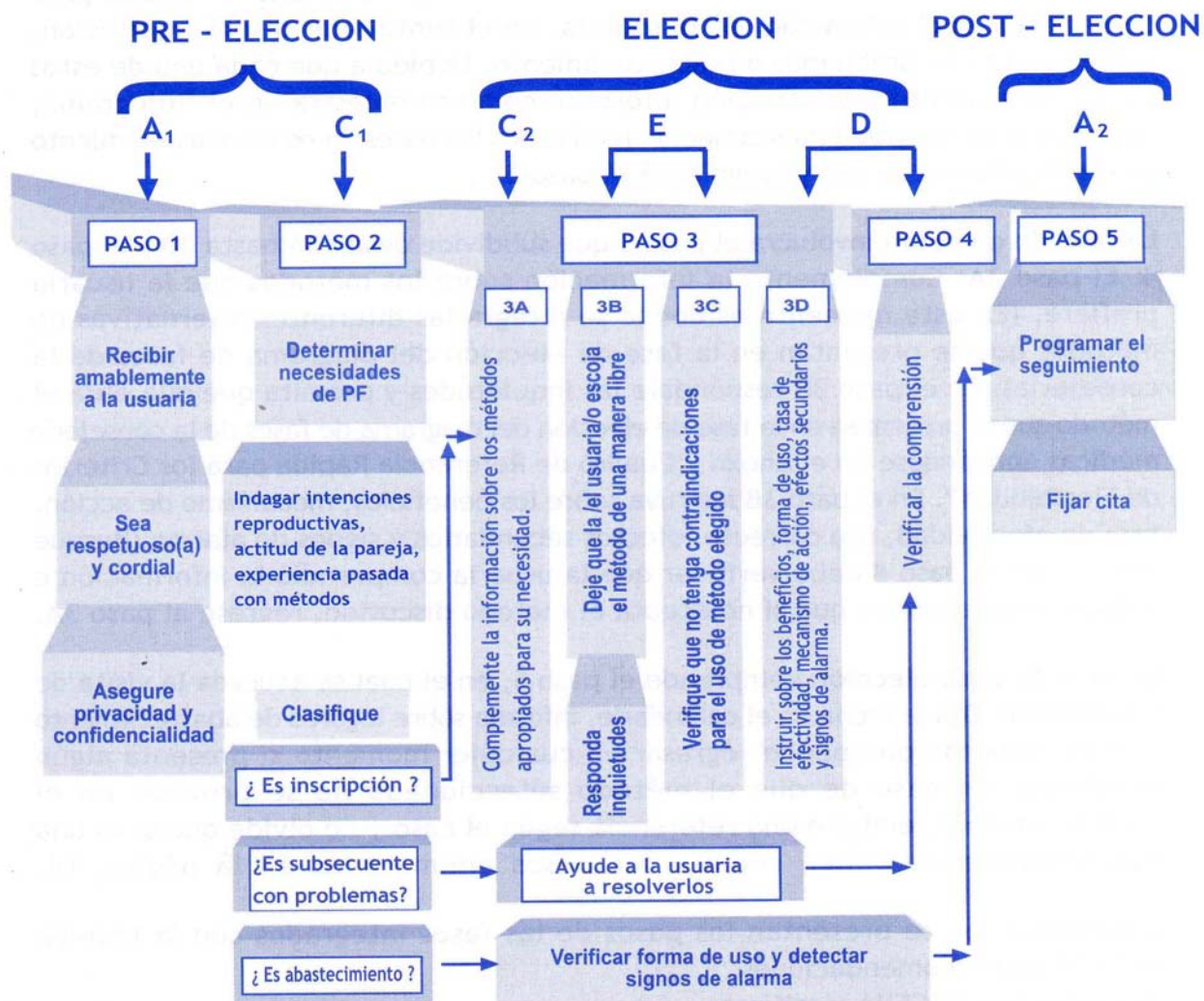
** La evaluación debe proseguirse cuanto antes.



Fuente: Adaptado de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Tercera edición, 2005.
Disponibles: <http://www.who.int/reproductive-health/publications/tes/mco/index.htm>

ANEXO 6

V.2 Pasos de la Consejería ESQUEMA DE LOS PASOS DE CONSEJERIA



ANEXO 7

CÓMO SE PUEDE ESTAR RAZONABLEMENTE SEGURO DE QUE UNA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA

Si no presenta síntomas o signos de embarazo, y ella:

- No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación normal, o
- Está usando correcta y consistentemente un método de anticoncepción confiable. o
- No han transcurrido más de 7 días desde el comienzo de la menstruación normal, o
- No han transcurrido más de 4 semanas de postparto (en las que no está amamantando), o
- No han transcurrido más de 7 días de postaborto, o
- Está amenorréica, está amamantando plenamente y han transcurrido menos de 6 meses de postparto (usa MELA)

Fuente: Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos, 2005.

ANEXO 8

Lista de verificación para examinar a clientas que desean iniciar el uso del DIU de cobre

Primero, esté razonablemente seguro que la clienta no está embarazada. Si ella no está menstruando en el momento de la visita, formule las preguntas 1–6. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a **alguna pregunta**, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

←	SÍ	1. ¿Ha tenido un bebé en las 4 últimas semanas?	NO	→
←	SÍ	2. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, está amamantando en forma exclusiva o casi exclusiva y no ha tenido ningún período menstrual desde entonces?	NO	→
←	SÍ	3. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual o parto?	NO	→
←	SÍ	4. ¿Comenzó su último período menstrual en los pasados 12 días?	NO	→
←	SÍ	5. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o aborto en los últimos 12 días?	NO	→
←	SÍ	6. ¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo confiable?	NO	→

Si la clienta responde **SÍ** a **al menos a una de las preguntas 1–6** y está libre de signos y síntomas de embarazo, puede estar razonablemente seguro que ella no está embarazada. Proceda a las preguntas 7–13. Sin embargo si contesta **SÍ** a la **pregunta 1**, debe esperarse la inserción hasta 4 semanas después del parto. Pídale que vuelva en ese momento.

Si la clienta responde **NO** a **todas las preguntas 1–6**, no se puede descartar el embarazo. La clienta debe esperar la menstruación o usar una prueba de embarazo.

Para determinar si la clienta es médicamente elegible para usar un DIU, formule las preguntas 7–13. Tan pronto como la clienta responde **SÍ** a **alguna pregunta**, deténgase, y siga las instrucciones de abajo.

←	NO	7. ¿Tiene sangrado entre un período menstrual y otro que no es usual en usted, o sangrado después de tener relaciones sexuales?	SÍ	→
←	NO	8. ¿Se le ha dicho que padece algún tipo de cáncer en sus órganos genitales, enfermedad trofoblástica o tuberculosis pélvica?	SÍ	→
←	NO	9. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido más de un compañero sexual?	SÍ	→
←	NO	10. En los últimos 3 meses, ¿cree usted que su compañero ha tenido otra compañera sexual?	SÍ	→
←	NO	11. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho que tiene una ITS?	SÍ	→
←	NO	12. En los últimos 3 meses, ¿se le ha dicho a su compañero que él tiene una ITS o sabe usted si él ha tenido cualquier síntoma — por ejemplo, exudado del pene?	SÍ	→
←	NO	13. ¿Se le ha dicho que es positiva al VIH y que ha desarrollado el SIDA?	SÍ	→

Si la clienta responde **NO** a **todas las preguntas 7–13**, proceda con el **EXAMEN PÉLVICO**.

Durante el examen pélvico, el proveedor debe determinar las respuestas a preguntas 14–20.

Si la clienta responde **SÍ** a la **pregunta 7 o 8**, no puede insertarse el DIU. Se requiere mayor evaluación de la condición.

Si la clienta responde **SÍ** a **cualquiera de las preguntas 9–12**, ella no es una buena candidata para el DIU a menos que la infección por clamidia y/o gonorrea se pueda descartar en forma confiable.

Si la clienta responde **SÍ** a la **segunda parte de la pregunta 13** y actualmente no está tomando medicamentos ARV, usualmente no se recomienda la inserción del DIU. Si ella está clínicamente bien en la terapia ARV, el DIU generalmente se puede insertar. Las mujeres VIH positivas sin SIDA también pueden generalmente iniciar el uso del DIU.

←	NO	14. ¿Hay algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?	SÍ	→
←	NO	15. ¿Siente la clienta dolor en la parte baja del abdomen cuando usted mueve el cuello uterino?	SÍ	→
←	NO	16. ¿Hay sensibilidad en los anexos?	SÍ	→
←	NO	17. ¿Hay flujo cervical purulento?	SÍ	→
←	NO	18. ¿Sangra el cuello uterino fácilmente al tocarlo?	SÍ	→
←	NO	19. ¿Hay alguna anomalía anatómica de la cavidad uterina que no permita la inserción apropiada del DIU?	SÍ	→
←	NO	20. ¿Le fue imposible determinar el tamaño y/o la posición del útero?	SÍ	→

Si la respuesta a **todas las preguntas 14–20** es **NO**, puede insertar el DIU.

Si la respuesta a **cualquiera de las preguntas 14–20** es **SÍ**, no se puede insertar el DIU sin hacer evaluación adicional. Ver explicaciones para más instrucciones.

ANEXO 9

Eficacia de los Anticonceptivos

Tasas de Embarazos no Deseados cada 100 Mujeres

Método de planificación familiar	Tasas de Embarazo Primer Año (Trussell ^a)		Tasa de Embarazo 12 meses (Cleland & Ali)	Clave
	Uso consistente y correcto	Como se lo usa	Como se lo usa	0–0.9
Implantes	0.05	0.05		Muy eficaz
Vasectomía	0.1	0.15		
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2		1–9
Esterilización femenina	0.5	0.5		Eficaz
DIU de cobre	0.6	0.8	2	
MELA (para 6 meses)	0.9 _c	2 _c		10–25
Inyectables mensuales	0.05	3		Moderadamente eficaz
Inyectables de progestina	0.3	3	2	
Anticonceptivos orales	0.3	8	7	
Píldoras de progestina sola	0.3	8		26–32
Parche combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anillo vaginal combinado	0.3	8		
Condomes masculinos	2	15	10	
Método de la ovulación	3			
Método de los Dos días	4			
Método de los Días	5			
Diafragma con	6	16		
Condomes femeninos	5	21		
Otros métodos basados en el conocimiento de la		25	24	
Retiro	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuchón cervical	26 _d , 9 ^e	32 _d , 16 ^e		
Sin método	85	85	85	

BIBLIOGRAFIA

1. 1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009
EE.UU. Correo electrónico: popref@prb.org
2. Blanco, Georgina. Menopausia Hoy. Buenos Aires. Anticoncepción en la Perimenopausia, Abril 2003
3. Cook, Rebecca et al. Reproductive Health and Human Rights. Clarendon Press, Oxford. Oxford University Press Inc, New York 2003
4. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía Técnica Para La Consejería en Planificación Familiar. 2007
10. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención en Planificación Familiar. 2004
11. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Norma Técnica de Planificación Familiar. 2004
12. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Normas de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Octubre 2007
13. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención de los Principales Problemas de Salud de Adolescentes. Octubre 2007
14. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Protocolos de Atención para personas viviendo con VIH/SIDA. Noviembre 2005
15. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guía de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva del Adulto Masculino. Octubre 2005
16. Organización Mundial de la Salud. Criterios Médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. Reunión Ginebra Octubre 2003
17. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Segunda edición. Diciembre de 2007.

18. Organización Mundial de la Salud. Planificación Familiar, Manual Mundial para proveedores. 2007
19. República de El Salvador, C.A. Encuesta Nacional de Salud Familiar (FESAL 2002/2003) Informe final
20. USAID. Salud Reproductiva, Materna e Infantil en Centroamérica. Agosto 2005