

Guía Nacional de Planificación Familiar

Guía Nacional de Planificación Familiar



Con el apoyo de USAID financiado por el proyecto "Fortalecimiento a Organizaciones Internacionales de Planificación Familiar -SIFPO", Acuerdo de Cooperación No. AID-OAA-A-10-0030.





Guía Nacional de Planificación Familiar

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL**

**PROGRAMA NACIONAL
DE SALUD REPRODUCTIVA**

Autoridades del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Jorge Alejandro Villavicencio Álvarez
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

Dr. Marco Vinicio Arévalo Veras
Viceministro Hospitalario

Dr. Dante Iván Mendoza Perdomo
Viceministro de Atención Primaria

Lic. William Edgardo Sandoval Pinto
Viceministro Administrativo

Ing. Manuel Gilberto Galván Estrada
Viceministro Técnico

Lic. Marco Tulio Chacón
Director General de Regulación, Vigilancia y Control de la Salud

Dra. Ana Castellanos
Jefa del Departamento de Regulación de los Programas de Atención
a las Personas –DRPAP-

Dra. Ludy del Rosario Rodas López
Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

Índice

I. Mensaje del Ministro	5
II. Comité Técnico Revisor	7
III. Introducción	9
Capítulo 1. Consejería en Planificación Familiar	11
Capítulo 2. Métodos anticonceptivos atención diferenciada para adolescentes	21
Capítulo 3. Eficacia de los métodos de Planificación Familiar	29
Capítulo 4. Métodos de Planificación Familiar	
• <i>Métodos Basados en el conocimiento de la Fertilidad</i>	
- MELA	43
- El Collar o Método de Días Fijos (MDF)	47
- Método de Dos Días	51
• <i>Método de barrera</i>	
- El Condón Masculino	54
• <i>Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)</i>	
- La Pastilla	58
• <i>Anticonceptivos Inyectables Combinados (AIC)</i>	
- Inyección Mensual	64
• <i>Inyectables solo de progestágenos</i>	
- La inyección de los 2 meses o trimestral	68
• <i>Métodos reversibles de larga duración</i>	
- Implantes Subdérmicos	74
- T de Cobre	79
• <i>Métodos permanentes</i>	
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (Operación de la Mujer)	85
- Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (Operación del Hombre)	92
Capítulo 5. Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos	99
Capítulo 6. Logística de métodos anticonceptivos	115
Anexo 1. Marco Legal de la Planificación Familiar	133
Anexo 2. ¿Quién puede proveer métodos de Planificación Familiar?	140
Anexo 3. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia	141

Anexo 4. Técnicas y procedimientos	
- Implante subdérmico	144
- T de cobre	148
- AQV femenina	153
- AQV masculina	155
Anexo 5. Anestesia en AQV femenina (Minilaparotomía)	163
Anexo 6. Consentimiento informado en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) femenina y masculina	164
Anexo 7. Indicaciones para pacientes de AQV	168
Anexo 8. Registro de ficha clínica de Planificación Familiar	171
Glosario	185
Bibliografía	195

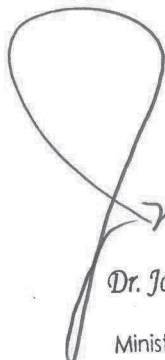
I. Mensaje del Ministro

La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (Decreto No. 87-2005) y su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva tiene como objetivo: "Asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar". En cumplimiento a lo anterior el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, provee los servicios de Planificación familiar garantizando la oferta de la gama de métodos modernos y basados en la fertilidad, asegurando además que los proveedores de salud tengan las competencias técnicas a través de la transferencia de la normativa para la prestación del servicio.

Para garantizar la calidad de atención de los servicios de planificación familiar el Ministerio de Salud Pública y Asistencia social, a través del Programa Nacional de Salud reproductiva presenta la actualización de la Guía Nacional de Planificación Familiar, resultado de una compilación de información basada en evidencia científica sobre los métodos anticonceptivos y el proceso de Planificación Familiar.

La Guía está dirigida a los proveedores de salud en general, y contiene los lineamientos técnico normativos y científicos que deben tomarse en cuenta para la consejería balanceada en métodos de planificación familiar, lo cual fortalece y empodera a los usuarios y usuarias a tomar una decisión libre e informada sobre la utilización de los métodos.

Esta guía es una actualización de la edición 2010, se han integrado cambios y avances, especialmente en el aumento de opciones anticonceptivas dentro del MSPAS, el abordaje diferenciado para la población adolescente y los criterios médicos de elegibilidad entre otros, la actualización de la evidencia científica al respecto de los Métodos anticonceptivos, y los lineamientos actuales de la logística de los mismos: la actualización ha sido elaborada y coordinada por el Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS y cuenta con la participación de expertos en el tema de Planificación Familiar.



Dr. Jorge A. Villavicencio Álvarez
MINISTRO
Ministerio de Salud Pública y A. S.

II. Comité Técnico Revisor

Esta guía fue revisada y actualizada por:

Dra. Ludy del Rosario Rodas López

Coordinadora del Programa Nacional de Salud Reproductiva

**** Dra. Karem Mazuzeth Morales Castañón***

**** Dr. Carlos Fernando Contreras González***

**** Licda. Julieta Marilú Flores Arango***

Con el apoyo técnico de:

- ***Dr. Roberto Molina Barrera***
- ***Dr. Gustavo A. Batres Cerezo***
- ***Dr. Roberto Santiso Gálvez***
- ***Licda. Dina Córdova***
- ***Licda. Claudia Carballo***
- ***Licda. Adela Orozco***
- ***Licda. Amalia Azurdia***
- ***Licda. Blanca Najarro***

Instituciones participantes:

PASMO

- ***Dra. Rossana Cifuentes***
- ***Dr. Edwin Morales***
- ***Dr. Carlos Ruiz***

UNFPA

- ***Dra. Hilda Rivas***
- ***Ing. Donald Cruz***

APROFAM

- ***Dr. Luis Hernández***
- ***Dra. Silvia Palma***

USAID/HEPP

- ***Dra. Marisela de La Cruz***

USAID/DELIVER

- *Licda. Claudia Roca*

USAID/ NUTRISALUD

- *Licda. Indira Nufio*

Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos -CNAA-

- * **Dra. Rebeca Guizar -ISDM-**
- * **Dra. Silvia Palma -APROFAM-**
- * **Dr. Raúl Rosal - IGSS-**
- * **Dr. José Ortiz -IGSS-**
- * **Licda. Thelma Miranda -MINEDUC-**
- * **Licda. Amalia de Mota -MINEDUC-**
- * **Ingrid Sitán -DEMI-**
- * **Anabelí Cuy -DEMI-**
- * **Dra. Jacqueline Lavidalie -AGMM-**
- * **Lic. Héctor Coy -MINFIN-**
- * **Lic. Edgar Fernando Nájera - MINFIN-**
- * **Eugenia Marisol Guzmán - SEPREM-**

III. Introducción

El Programa Nacional de Salud Reproductiva presenta la *Guía Nacional de Planificación Familiar*, la cual es una herramienta para actualizar los conocimientos de los proveedores de salud, en materia de Planificación Familiar.

La actualización de esta guía se presenta como una necesidad dentro de los servicios del Ministerio de Salud, debido a que es un tema que en nuestro contexto social sigue teniendo barreras o limitantes, las creencias acerca de los métodos por parte de la población y el proveedor de salud, por esa razón es necesario contar con una herramienta que establezca la normativa y los conocimientos basados en evidencia científica para aclarar mitos y realizar su actividad dentro del marco legal y científico.

La evidencia disponible sobre la aceptación y uso de métodos anticonceptivos asegura su contribución para disminuir la morbi-mortalidad materna y neonatal, evitar embarazos en los extremos de la vida (adolescentes y mujeres mayores de 35 años), prevenir embarazos no deseados, lograr un espaciamiento intergenésico óptimo y ayudar a la reducción de la desnutrición; además, fortalece y asegura el derecho de las personas a ejercer libre e informada las decisiones sobre su fertilidad.

La presente guía incorpora los siguientes procesos:

- a)** Consejería balanceada, parte fundamental para la toma de decisión de las parejas en el uso de métodos anticonceptivos.
- b)** La atención integral y diferenciada para la población adolescente.
- c)** La actualización de los Criterios Médicos de Elegibilidad con el objetivo de minimizar las barreras de atención médica.
- d)** La logística de métodos anticonceptivos con los nuevos lineamientos para el abastecimiento de los diferentes niveles de salud.
- e)** La inclusión de nuevos métodos anticonceptivos adoptados dentro de la oferta que brinda el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

La guía fue revisada y actualizada con base en la evidencia científica más reciente y disponible. Se contó con el apoyo de profesionales expertos en el tema de Planificación Familiar y la colaboración de entidades de cooperación que se dedican a la promoción de la Planificación Familiar y de la salud reproductiva.

1

Consejería en Planificación Familiar



Consejería en Planificación Familiar



La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora y apoya a otra persona o pareja a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias sobre de su vida reproductiva.

Cabe destacar que cada individuo tiene diferentes necesidades, circunstancias, condiciones económicas y socioculturales para tomar una decisión; por lo tanto, el personal de salud brindará una atención individualizada.

La consejería tiene dos componentes fundamentales: la comunicación, que incluye la información y la educación a las/os usuarias/os y los derechos sexuales y reproductivos.

Derechos

Los derechos sexuales y reproductivos se basan en los derechos humanos que se describen a continuación:

- **Información:** todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de Planificación Familiar, la/el usuaria/o tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de Planificación Familiar.
- **Libertad:** es la capacidad de hacer elecciones básicas y libres sobre la vida y la atención en salud en general que incluye la salud sexual y reproductiva.
- **Privacidad:** en la vida personal y familiar, las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva, (incluido el tamaño de la familia) son de carácter privado, pues se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.
- **Vida libre de daño:** vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene la/el usuaria/o en todos los procedimientos que se le realicen, como el caso de los métodos de Planificación Familiar definitivos sin excluir los demás métodos.

- **Igualdad:** a todas las personas se les brinda un trato digno, sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición. Los métodos de Planificación Familiar deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.

- **Justicia sanitaria:** se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. La/el usuaria/o ejerce este derecho cuando puede acceder a un paquete básico y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y además continua.

Elección informada

La elección informada es una decisión voluntaria e individual que se toma con base en la información, el entendimiento, la comprensión y la verificación de lo que se está informando sobre las diferentes opciones que existen. Las opciones que se ofrecen deben estar disponibles y accesibles.

¿Quiénes pueden dar consejería?

En muchas circunstancias clínicas, puede que no haya persona especialista sino personas que forman parte del personal clínico: enfermeras, educadores, recepcionistas, doctoras/es y trabajadoras comunitarias, quienes podrían ser entrenadas para proporcionar consejería y tienen más probabilidades de convertirse en consejeras/os competentes. Las personas que están motivadas para hacer la consejería tienen más probabilidades de convertirse en consejeras competentes. Las/los encargadas/os de los servicios de salud deben motivar y apoyar a proveedores de servicios y trabajadores comunitarios o voluntarios para que se involucren en consejería. Todos los miembros del personal y trabajadores comunitarios que proporcionan consejería en forma regular y ocasional deben recibir la capacitación apropiada en habilidades de consejería y de comunicación.

El vínculo entre educación/información y consejería

La información que obtengan las/los usuarias/os en forma previa hará que el proceso de consejería sea más fácil y ahorrará tiempo durante las entrevistas personales. Las/los usuarias/os deben conocer acerca de Planificación Familiar, anticoncepción, sexo más seguro, ITS, VIH/sida y otros temas de salud sexual y reproductiva a través de actividades educativas, incluyendo carteles y folletos (en el lenguaje apropiado) colocados en las áreas de espera. *El tiempo que se pasa en las áreas de espera debe usarse para educar a las/os usuarias/os sobre salud reproductiva, anticoncepción, prevención de ITS, VIH/sida y otros temas de salud sexual y reproductiva.*

La consejería es parte del proceso de información y educación. El proporcionar información y educación antes de la consejería puede ahorrar tiempo en la consejería individual, pero la/el proveedora/or debe aún verificar si la/el usuaria/o entiende los hechos básicos en relación con su propia vida.

Consejería en anticoncepción

- Selección del método

Las/os usuarias/os deben tomar sus propias decisiones respecto a cuál método anticonceptivo es el más apropiado para ellos. La/el proveedora/or debe ayudar a cada usuaria/o a armonizar sus necesidades de Planificación Familiar y preferencias con un método seguro y apropiado.

Si la/el usuaria/o está visitando la clínica para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, pregúntele si tiene en mente un método en particular.

Si la/el usuaria/o está considerando un método en particular:

- Trate de determinar, mediante el diálogo y revisión de la historia médica y social del usuario, si el método es apropiado para sus características, necesidades y circunstancias.

- Si el método es apropiado, determine si la/el usuaria/o conoce sobre de otras opciones anticonceptivas y asegúrese de verificar si la elección del método es consistente.

- Si el método no es apropiado (por ejemplo, si la mujer está amamantando; si han pasado menos de 6 meses después del parto y desea usar anticonceptivos orales combinados; o si es improbable que un método de barrera sea utilizado correctamente cuando un embarazo no deseado puede constituir un alto riesgo), explique las desventajas de utilizar ese método, e informe a la/el usuaria/o sobre otras opciones de métodos anticonceptivos más apropiados.

- Si después de discutir todas las opciones anticonceptivas, la/el usuaria/o elige el método preferido originalmente, el método podrá ser proporcionado si los beneficios compensan los riesgos y si no existen contraindicaciones absolutas. (Ver criterios Médicos de Elegibilidad-herramienta: disco de CME)

Si la/el usuaria/o tiene una contraindicación relativa y se le proporciona el método, aconséjele acerca de los signos de peligro relevantes para su condición:

- En estos casos, puede ser necesaria la participación de un miembro del personal con mayor jerarquía en el proceso de tamizado y consejería.

Si la/el usuaria/o no está considerando algún método en particular:

- Pregúntele cuáles métodos anticonceptivos conoce. Esto le da a usted la oportunidad de determinar cuánto sabe su usuario y la oportunidad de corregir cualquier información equivocada que el usuario pueda tener.

- Brevemente, descríblele los diversos métodos anticonceptivos. Proporcionele información adicional sobre aquellos métodos que le interesen. Muéstrole los métodos con el material disponible en el servicio (trifolios, rotafolios, muestrarios, tarjetas, etc). Asegúrese de incluir información sobre los siguientes aspectos sobre el método:

- Indicaciones sobre su uso
 - Efectividad
 - Contraindicaciones médicas
 - Posibles efectos colaterales
 - Ventajas
 - Desventajas
- Aliente la formulación de preguntas
 - Indique las ventajas y desventajas de los diferentes métodos en relación con las características y necesidades de la/el usuaria/o (por ejemplo situación familiar actual, capacidad para recordar que debe tomar una píldora todos los días, cooperación del compañero sexual, frecuencia de las relaciones sexuales o número de compañeros sexuales). Advierta a la usuaria/o que, con excepción del condón, ningún otro método proporciona protección contra el VIH.
 - Determine si la/el usuaria/o está listo para decidirse por un método. Pregunte específicamente: ¿Cuál método ha decidido utilizar?
 - Aún después de haber escuchado sobre todas las opciones anticonceptivas disponibles, la/el usuaria/o podría aún no ser capaz de decidirse por un método y podría pedirle a usted que le recomiende uno. Mediante educación y consejería continua, las opciones se le irán aclarando y eventualmente la/el usuaria/o podrá tomar su propia decisión. Mientras tanto, sugiérale un método que se adecúe lo mejor posible a sus características y necesidades particulares. Si procede de esta forma, explíquele las razones por las cuales le recomienda ese método en particular, asegúrese de que la/el usuaria/o ha comprendido y que está de acuerdo con la recomendación. Si la/el usuaria/o no está de acuerdo, recomíendele otro método, hasta encontrar uno con el cual la/el usuaria/o quede satisfecho. Si todavía hay dudas, déle más tiempo para que valore toda la información antes de tomar una decisión.

Nunca trate de imponer un método en contra de la voluntad de la/el usuaria/o.

Situaciones especiales

- Algunas/os usuarias/os, por razones de salud, no pueden utilizar el método que han seleccionado. Cuando esto ocurra, explíqueles cuáles son las contraindicaciones y ayúdeles a escoger otro método.
- Si la/el usuaria/o selecciona un método que usted no tenga disponible o que no ofrezca, refiérale a otro centro de atención en salud donde obtendrá ese método. Mientras tanto, ayúdele a escoger un método que pueda utilizar hasta que el método preferido esté disponible.
- Si la/el usuaria/o selecciona la esterilización femenina o masculina, necesitará recibir consejería especial, ya que estos métodos son permanentes. La/el usuaria/o debe firmar un consentimiento informado. (Ver anexo)

- Explicación sobre el uso del método seleccionado

• La información específica que debe recibir la/el usuaria/o sobre de cada método se indica en el capítulo 4 *Métodos de Planificación Familiar*. Las siguientes son áreas generales que deben abordarse al discutir el método anticonceptivo seleccionado:

- Cómo utilizar el método.
- Posibles efectos colaterales.
- Señales de alarma que indican la necesidad de seguimiento médico y dónde obtener este seguimiento.
- Información sobre reabastecimiento, en los casos en que esto sea pertinente.
- Cuando tendrá lugar la siguiente visita de seguimiento.

• Pregunte a las/os usuarias/os lo que han entendido de cada uno de los puntos anteriores; pídale que repitan las instrucciones con sus propias palabras. Si es necesario, repita las instrucciones; haga énfasis en los puntos que la/el usuaria/o no ha comprendido bien. Corrija cualquier malentendido y proporcione información necesaria.

• Proporcione a cada usuaria/o información impresa sobre el método seleccionado y en un lenguaje apropiado a su nivel de lectura. Al atender a usuarias/os analfabetas, proporcióneseles material gráfico como apoyo a la consejería individual. Estos materiales son de especial importancia para métodos cuya efectividad depende de su uso correcto.

• Indique a la/el usuaria/o cuándo debe regresar a la clínica para el seguimiento de rutina y para el reabastecimiento. También explíquele que, en los siguientes casos, es especialmente importante la visita:

- Si tiene efectos colaterales.
- Si tiene preguntas.
- Si quiere cambiar de método.
- Si quiere dejar de usar el método.

- Visita de seguimiento

Por lo general, las/os usuarias/os necesitan más de una visita para lograr comprender a fondo la información sobre Planificación Familiar; ayudar a las/os usuarias/os a planificar su familia a lo largo de su vida reproductiva es un proceso continuo. Por ello, las visitas de seguimiento son una oportunidad importante para:

- Reforzar la decisión de las/os usuarias/os de planificar su familia.
- Discutir cualquier problema que esté teniendo con el método seleccionado.
- Contestar cualquier pregunta que tenga
- Explorar la posibilidad de cambios en la salud o en la situación personal de la/el usuaria/o, que indiquen la necesidad de cambiar o de suspender el método anticonceptivo.

Durante la visita de seguimiento:

- Revise la ficha de PF.
- Pregúntele a la/el usuaria/o cómo se siente con el método y si tiene alguna pregunta.
- Si la/el usuaria/o está teniendo algún problema con el método y si tiene alguna pregunta, valore la naturaleza del problema y discuta posibles soluciones.
- Si el problema es un efecto colateral, valore su severidad y ofrezca sugerencias al usuario sobre cómo manejarlo o refiérale para tratamiento.
- Si la/el usuaria/o ya no está utilizando el método, pregúntele el porqué (puede ser debido a problemas relacionales con un malentendido, efectos colaterales o por haberse agotado la provisión). Si la/el usuaria/o todavía desea utilizar un método anticonceptivo, responda a sus preguntas y proporcione información que le permita continuar con un método anticonceptivo de su elección.
- Si la/el usuaria/o todavía está utilizando el método, determine si lo está utilizando correctamente. Si es necesario, déle instrucciones sobre el uso correcto del método.
- Asegúrese que la/el usuaria/o reciba reabastecimiento y si es necesario, un examen apropiado.
- Ayude a la/el usuaria/o a seleccionar otro método si ella/el no está satisfecho con el actual si su situación ha cambiado.
- Si una usuaria desea embarazarse, ayúdele a suspender el uso del método y proporcione información sobre el retorno de la fertilidad. Haga énfasis en la importancia de los servicios prenatales y dónde obtenerlos.

- Problemas con el uso del método

- Si una/un usuaria/o busca ayuda debido a problemas con su método, es importante que las/os proveedores de servicio atiendan sus necesidades psicológicas y su condición médica. *Reconforte a la/el usuaria/o y déle apoyo emocional.*
- Si la/el usuaria/o está descontento con el método que utiliza, pregúntele el porqué. Si lo considera apropiado, déle la información pertinente sobre el método o aconséjele sobre otras opciones anticonceptivas.

- Falla del método

Si ha ocurrido un embarazo, es necesario discutirlo con la usuaria (idealmente también con la pareja) y proporcionarle toda la información y el apoyo necesario. Trate de determinar si el embarazo ha sido por falla del método y si es posible, identifique los factores que hayan contribuido a ello.

Por lo general, no es posible predecir con certeza cuál será el efecto del embarazo sobre la mujer y sobre su pareja. Las reacciones inmediatas pueden ser variadas. Las/os proveedores de servicio deben ser sensibles y comprensivos ante sentimientos cambiantes y proporcionar el apoyo conforme sea requerido.

La usuaria debe ser apoyada y alentada a que regrese para recibir más consejería, si así lo desea.

¿Cómo estar razonablemente seguros(as) de que la mujer no está embarazada?

Antes de iniciar un método anticonceptivo, previa consejería, se debe descartar que la mujer no tenga un embarazo en curso.

Se puede estar razonablemente segura/o de que la usuaria no está embarazada si no presenta ningún síntoma, ni signo de embarazo y si presenta algunas de las siguientes condiciones:

- No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación.
- Ha utilizado en forma correcta y consecuente otro método confiable.
- Se encuentra dentro de los primeros 7 días después de una menstruación normal.
- Se encuentra dentro de las 4 semanas del posparto (para las mujeres no lactantes).
- Se encuentra dentro de los primeros 7 días posaborto.
- Está lactando en forma completa, está en amenorrea y se encuentra dentro de los primeros 6 meses posparto.

Síntomas frecuentemente asociados con el embarazo:

- Menstruación ausente (o alterada)
- Náuseas (con o sin vómitos)
- Fatiga (persistente)
- Dolor a la presión/palpitación en las mamas (y agrandamiento)
- Incremento en la frecuencia de la micción
- Percepción materna de movimientos fetales (síntoma tardío: de las 16 a 20 semanas de gestación)

Lista de verificación de embarazo

Realice a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones:

NO		SÍ
	1 ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está dando pecho exclusivo y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	2 ¿Ha dejado de tener relaciones sexuales desde su última menstruación o parto?	
	3 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	4 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días?	
	5 ¿Ha tenido una pérdida de embarazo un aborto en los últimos 7 días?	
	6 ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera consistente y correcta?	

↑
Si la usuaria respondió “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo.

↑
Si la usuaria contestó “sí” al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

2 Métodos anticonceptivos atención diferenciada para adolescentes



Métodos anticonceptivos atención diferenciada para adolescentes

La adolescencia comprendida entre las edades de 10 a 19 años, es un periodo de transformación y marca el final de la niñez y el inicio de la vida adulta. Es la etapa de cambios biológicos, sociales y psicológicos influenciados por el ambiente sociocultural, el cual es cambiante.

La sexualidad es inherente al ser humano y la genitalidad es una parte de ella. Incluye la organización y el ejercicio del rol sexual de la mujer y del varón. La sexualidad está presente en el individuo desde el momento de su nacimiento hasta su muerte.

Se expresa en distintas formas a lo largo de la vida. Sufre modificaciones según las etapas vitales y las crisis por las que el sujeto atraviesa, la cultura en la que está inserto y el momento histórico en que vive. Los cambios puberales imprimen a la adolescencia un inicio que continuará con la elaboración de los conflictos básicos que posibilite la organización de su etapa adulta.

La sexualidad y la reproducción constituyen dimensiones básicas del desarrollo de cada persona, hombre o mujer, y, por lo tanto, de la salud individual. Es por eso que el derecho a la salud constituye un derecho humano esencial. Los derechos sexuales y reproductivos se reconocen como parte integral de los derechos humanos.

Las y los adolescentes tienen derechos sexuales y reproductivos ya que son derechos humanos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad y son inherentes a todos los seres humanos. Para que puedan ser ejercidos por adolescentes existen dos condiciones: la educación sexual impartida desde la institución escolar y los servicios de salud sexual y reproductiva amigables para adolescentes provistos por los servicios de salud quienes son los responsables de darlos a conocer.

Los aspectos psicológicos y sociales también son importantes a tener en cuenta durante la atención a las/los adolescentes, esto comprende: El Momento evolutivo del adolescente ya que «La pubertad es la transición de una sexualidad inmadura a una sexualidad con fertilidad potencial, en el transcurso de la cual, aparecen los caracteres sexuales secundarios». La asincronía madurativa entre lo biológico, psicológico y lo social pone al adolescente en una *situación de riesgo*, tanto por el embarazo no oportuno como por el riesgo a las infecciones de transmisión sexual y el sida.

El inicio de relaciones sexuales a edad temprana, el número de parejas, el sentimiento de invulnerabilidad, poco conocimiento sobre salud sexual, la presión de los medios de comunicación o dificultad para acceder a los servicios, exponen a muchos adolescentes a situaciones de riesgo. Por esa razón, es tan importante el trabajo en prevención desde edad temprana, en las escuelas junto con las familias.

Los servicios integrales y diferenciados para adolescentes deben asegurar la privacidad y confidencialidad en los procesos de atención, principalmente cuando se trata de información en previsión de información y de métodos anticonceptivos. La comunicación debe darse con enfoque de género e interculturalidad. Se recomienda que al hacer contacto con ellos se establezca un vínculo de respeto y confianza que promueva la continuidad a las actividades.

Marco Legal que sustenta la atención en adolescentes

Ley de Desarrollo Social (Decreto 42-2001)

Constituye el instrumento legal básico en materia de salud sexual y reproductiva. El numeral 4 de Adolescentes establece “En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, ...”

La Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar PF y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (Decreto 87-2005)

En el artículo 3 establece que “son destinatarios de la presente Ley: la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.”

La consulta de la/el adolescente debe tener en cuenta:

- La sexualidad de la/el adolescente.
- El marco legal. (Consulte anexo 1 de esta guía)
- Aspectos que proveedores de salud deben conocer para trabajar en anticoncepción. (Contenido en el capítulo 5 de ésta guía)
- Criterios Médicos de Elegibilidad para la provisión de los métodos anticonceptivos. (Refiérase al capítulo 6 de esta guía)

Sugerencias para la comunicación con las/los adolescentes:

- Hable con calma, claridad y respeto.
- Identifíquese con la/el adolescente, presentese por su nombre y refiriéndose a ella/el por su nombre.
- Preste interés y atención a lo expresado por la /el adolescente.
- Promueva la privacidad y la confidencialidad en un ambiente agradable, idealmente en un espacio destinado para la atención.
- Al dialogar hay que utilizar un lenguaje claro y sencillo sin tecnicismos. Evite los silencios prolongados, los comentarios negativos, los juicios de valor y las críticas.
- Evite la actitud paternalista, crítica u hostil.

**Tabla 1. Adolescentes que desean iniciar actividad sexual.
El proveedor de informar a:**

Ellas	Ellos
Haga énfasis en: a) Retrasar el inicio de la primera relación sexual: • Fortalecer el conocimiento sobre los riesgos y consecuencias de relaciones sexuales tempranas y sin protección. • Empoderar sobre estilos de vida saludables y proyectos de vida. b) Si desea iniciar vida sexual: • Brindar consejería según el capítulo 1 de ésta guía. • Posterior a la consejería, permitir que la adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Aplicar los Criterios Médicos de Elegibilidad. • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para protegerse de las ITS incluyendo VIH. • Referir al espacio amigable más cercano para la adolescente.	Haga énfasis en: a) Retrasar el inicio de la primera relación sexual: • Fortalecer el conocimiento sobre los riesgos y consecuencias de relaciones sexuales tempranas y sin protección. • Empoderar sobre estilos de vida saludables y proyectos de vida. b) Si desea iniciar vida sexual: • Brindar consejería según el capítulo 1 de ésta guía. • Posterior a la consejería, permitir que el adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para protegerse de las ITS incluyendo VIH. • Promover el acercamiento de la pareja al servicio de salud para acceder a información de los servicios de Planificación Familiar promoviendo la decisión en pareja. • Referir al espacio amigable más cercano.

Tabla 2. Adolescentes con vida sexual activa

Ellas	Ellos
Haga énfasis en: • Empoderar sobre estilos de vida saludables y proyectos de vida. • Brindar consejería según el capítulo 1 de ésta guía. • Posterior a la consejería, permitir que el adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Aplicar los Criterios Médicos de Elegibilidad • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para proteger de las ITS incluyendo VIH. • Brindar información sobre tamizaje para cáncer de cérvix y VIH. • Fortalecer la reconsulta para continuidad del método elegido, promueva la confidencialidad y privacidad lo cual facilitará el regreso a la clínica. • Referir al espacio amigable más cercano.	Haga énfasis en: • Fortalecer el conocimiento sobre los riesgos y consecuencias de relaciones sexuales tempranas y sin protección. • Empoderar sobre estilos de vida saludable y proyectos de vida. • Brindar consejería según el capítulo 1 de ésta guía. • Posterior a la consejería, permitir que el adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para proteger de las ITS incluyendo VIH. • Promover el acercamiento de la pareja al servicio de salud para acceder a información de los servicios de Planificación Familiar promoviendo la decisión en pareja. • Recomiende el tamizaje de VIH. • Referir al espacio amigable más cercano.

Tabla 3. Adolescentes con hijas o hijos

Ellas	Ellos
Haga énfasis en: • Informar acerca de la importancia de retomar y replantear su proyecto de vida. • Brindar consejería según el capítulo 1 de esta guía. • Posterior a la consejería permitir que la adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Aplicar los Criterios Médicos de Elegibilidad. • Promover la lactancia materna. • Promover el espacio intergenésico óptimo. (3 a 5 años; Normas de Atención en Salud Integral para primero y segundo nivel, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) • Fortalecer la información sobre métodos anticonceptivos a largo plazo. • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para proteger de las ITS incluyendo VIH. • Brindar información sobre tamizaje para cáncer de cérvix y VIH. • Fortalecer la reconsulta para continuidad del método elegido, promueva la confidencialidad y privacidad lo cual facilitará las visitas posteriores a la clínica. • Referir al espacio amigable más cercano.	Haga énfasis en: • Empoderar sobre estilos de vida saludables y proyectos de vida. • Brindar consejería según el capítulo 1 de esta guía. • Posterior a la consejería, permitir que el adolescente reflexione y que pueda tomar una decisión libre basada en la información provista. • Reforzar el uso correcto y consistente del condón para proteger de las ITS incluyendo VIH. • Recomendar el tamizaje de VIH. • Promover el acercamiento de la pareja al servicio de salud para acceder a información de los servicios de Planificación Familiar promoviendo la decisión en pareja. • Referir al espacio amigable más cercano.

El marco de derechos internacional y nacional faculta a los adolescentes para acceder a servicios de Planificación Familiar, esto implica servicios de consejería, información científica (basada en evidencia) y provisión de los insumos anticonceptivos; al mismo tiempo, fortalece la decisión libre e informada como seres humanos garantes de derecho. Para fortalecer este proceso la Organización Mundial de la Salud ha establecido los Criterios Médicos de Elegibilidad, los cuales dan los lineamientos para la provisión de cada método, de acuerdo a las condiciones específicas de las/los personas que solicitan un método anticonceptivo. La adolescencia, por sí misma, no debe ser un criterio que limite el acceso a servicios de Planificación Familiar, por lo cual la inclusión dentro de esta guía de un espacio destinado a las y los adolescentes es de suma importancia y fortalece las competencias del proveedor de salud calificado, con actitud positiva, para proporcionar la atención y los insumos anticonceptivos a la población adolescente.

Las necesidades anticonceptivas de las y los adolescentes dependerán de cada situación particular, para este fin se clasificarán en grupos de la siguiente manera:

1. Adolescentes que desean iniciar actividad sexual.
2. Adolescentes con vida sexual activa.
3. Adolescentes con hijas o hijos.

Para cada grupo se dan recomendaciones específicas para los adolescentes que responden a las necesidades de información y educación con el deseo de generar cambios de comportamiento en la búsqueda de estilos de vida saludables y decisiones informadas. En la tabla número 1 de este capítulo se describen las recomendaciones que el proveedor de salud debe brindar a las/los adolescentes.

Métodos anticonceptivos para adolescentes

El método deberá ser eficaz para evitar el embarazo; se valorará la efectividad teórica y la real. Debe ser seguro para la salud. Debe ser sencilla su utilización para evitar errores en el uso; el adolescente, muchas veces, no tiene resuelta su genitalidad, lo cual dificulta en la utilización del método. No debe alterar la capacidad reproductiva ni afectar la relación sexual y debe obtenerlo regularmente.

Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de métodos anticonceptivos para las/os adolescentes. La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes como en el momento de la selección del método, pueden ayudar a las/os adolescentes a tratar sus problemas específicos y a tomar decisiones informadas y voluntarias.

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de opciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para negar cualquier método a las adolescentes. Aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en adolescentes, estas deben sopesarse con las ventajas de evitar el embarazo.

Hasta que la adolescente presente ciclos menstruales regulares, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser recomendados.

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables de progestágeno de manera segura y eficaz, de cualquier edad, incluso adolescentes y mujeres de más de 40 años.

¿Cómo afectan los AMPD la densidad ósea?

El uso de AMPD (acetato de medroxiprogesterona de depósito) reduce la densidad ósea. Sin embargo, la investigación no ha encontrado que las usuarias de AMPD de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas. Para las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD. Entre mujeres adultas que dejaron de usar AMPD, después de 2 ó 3 años, la densidad ósea parece ser similar a la de las mujeres que nunca utilizaron AMPD. Entre las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea. No existen datos disponibles sobre NET-EN (enantato de noretisterona) y pérdida ósea, pero se supone que los efectos sean similares a los de AMPD. Por lo anterior se recomienda aplicar el juicio clínico en el seguimiento a largo plazo de la utilización de AMPD por las adolescentes, luego de 2 o 3 años de utilización, para realización de estudios de la densidad ósea.

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

La anticoncepción de emergencia está indicada para evitar el embarazo tras un coito de riesgo. Existe un límite máximo de 5 días para su uso, aunque debe administrarse lo más precozmente posible.

Las indicaciones de la anticoncepción de emergencia son:

- Coito no protegido.
- Accidentes durante el uso de un método anticonceptivo.
- Abusos sexuales o violación.

La eficacia en las primeras 24 horas alcanza el 95% y desciende al 58% a los 3 días.

Para la indicación no se precisa una exploración clínica ni ginecológica, tampoco es necesario realizar el test de embarazo. La lactancia materna no supone contraindicación, aunque es preferible tomar ambos comprimidos justo después de una sesión de lactancia. No se han descrito efectos teratógenos en caso de embarazo. Es importante aclarar que surge efecto antes de un embarazo, por esta razón no es un método abortivo, pero tampoco es un método de planificación familiar que se pueda utilizar de forma habitual. La protección anticonceptiva está limitada a la ingesta de las pastillas en forma correcta. No existen contraindicaciones conocidas a la fecha para su uso ocasional. (Para más información sobre PAE consulte el anexo 3 de esta guía).

El retraso de la primera relación sexual es eficaz para prevenir un embarazo no deseado y las infecciones de transmisión sexual; es una opción personal que requiere motivación y control de sí mismo.

3 Eficacia de los métodos de Planificación Familiar

Más eficaz

Menos de 1 embarazo cada 100 mujeres en un año



Implantes



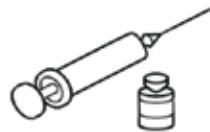
DIU



Esterilización femenina



Vasectomía



Inyectables



MELA



Píldoras



Parche



Anillo vaginal



Condomes masculinos



Diafragma



Condomes femeninos



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad



Retiro



Espemicidas

Menos eficaz

Cerca de 30 embarazo cada 100 mujeres en un año

Eficacia de los métodos de Planificación Familiar

La elección anticonceptiva depende en parte de la eficacia del método anticonceptivo en la prevención de un embarazo no planificado, que, a su vez, depende para algunos métodos no solo de la protección ofrecida por el mismo método sino también de cuán correcta y consistentemente se usa. La tabla 1 compara el porcentaje de mujeres que tienen un embarazo no planificado durante el primer año del uso del método anticonceptivo cuando el método se utiliza a la perfección (correcta y consistentemente) y cuando se lo usa típicamente. El uso correcto y consistente puede variar enormemente en función de algunos factores, tales como la edad, los ingresos, el deseo de la/el usuaria/o de prevenir o demorar el embarazo y la cultura. Los métodos que dependen del uso correcto y consistente por parte de las personas tienen un amplio rango de eficacia. La mayoría de los hombres y las mujeres tienden a ser usuarios más efectivos a medida que adquieren mayor experiencia con un método.

Tabla 1. Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso típico y el primer año de uso perfecto de anticoncepción y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año*.

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año ³ (4)
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfecto ² (3)	
Ningún método ⁴	85	85	
Espermicidas ⁵	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	25		51
Método de los días fijos ⁶		5	
Método de los dos días ⁶		4	
Método de la ovulación ⁶		3	
Esponja anticonceptiva			
Mujeres que han tenido 1 o más partos	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma ⁷	16	6	57
Condón ⁸			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos orales combinados y de progestina sola	8	0.3	68
Parche	8	0.3	68
Anillo	8	0.3	68
AMPD	3	0.3	56
Anticonceptivo inyectable combinado ⁹	3	0.05	56
DIU			

Método (1)	% de mujeres con embarazo no planificado dentro del primer año de uso		% de mujeres que continúan con el método después de un año ³
	Uso típico ¹ (2)	Uso perfecto ² (3)	(4)
T de cobre	0.8	0.6	78
DIU-LNG	0.2	0.2	80
Implante de ETG	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Píldoras anticonceptivas de emergencia: la terapia iniciada dentro de las 72 horas después del coito sin protección reduce el riesgo de embarazo por lo menos en un 75%.¹⁰

Método de amenorrea de la lactancia: El MELA es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.¹¹

* Estados Unidos

Nota: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala oferta únicamente los Métodos anticonceptivos contemplados en el capítulo 4 de esta guía.

Notas

- Entre las parejas típicas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) el porcentaje con un embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Los cálculos de la probabilidad de embarazo durante el primer año de uso típico para espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, diafragma, condón masculino, píldoras y AMDP se tomaron de la National Survey of Family Growth (Encuesta Nacional sobre Crecimiento Familiar) de 1995, corregida en cuanto a la información sobre aborto que no siempre es completa; consulte el texto para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para los otros métodos.
- Entre las parejas que inician el uso de un método (no necesariamente por primera vez) y que lo usan perfectamente (tanto correcta como consistentemente) el porcentaje con embarazo accidental durante el primer año si ellas no interrumpen el uso por ninguna otra razón. Consulte el texto para obtener información acerca de la deducción de los cálculos para cada método.
- Entre las parejas que tratan de evitar el embarazo, el porcentaje que continúa con el uso de un método durante un año.
- Los porcentajes de embarazo en las columnas (2) y (3) están basados en datos de poblaciones donde la anticoncepción no se usa y de mujeres que dejan de usar la anticoncepción para quedar embarazadas. En esas poblaciones donde los anticonceptivos no se usan, casi el 89% de las mujeres quedan embarazadas en el plazo de un año. Este cálculo se redujo levemente (al 85%) para representar el porcentaje de mujeres que quedarían embarazadas en el plazo de un año entre mujeres que actualmente confían en métodos reversibles de anticoncepción si abandonan la anticoncepción totalmente.
- Espumas, cremas, geles, supositorios vaginales y película vaginal.
- El método de la ovulación y el de los dos días se basan en la evaluación del moco cervical. El método de los días fijos evita el coito en los días 8 a 19 del ciclo.
- Con crema o gel espermicida.
- Sin espermicidas.

9. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive technology: eighteenth revised edition. New York, NY: Ardent Media, 2004.

10. El esquema de tratamiento puede ser consultado en el anexo 3 de esta guía.

11. Sin embargo, para mantener una protección eficaz contra el embarazo, se debe usar otro método de anticoncepción tan pronto se reanude la menstruación, se reduzca la frecuencia o la duración de la lactancia natural, se introduzca la alimentación por biberón o la/el bebé alcance los seis meses de edad.

Cuadro 2.1 Porcentaje de mujeres que quedan embarazadas durante los 12 primeros meses de uso correcto y común del método anticonceptivo

Tasas de embarazos no deseados cada 100 mujeres

Método de planificación familiar	Tasas de embarazo primer año (Trussell)		Tasa de embarazo 12 meses (Cleland & Ali)	Clave
	Uso consistente y correcto	Cómo se usa comúnmente	Cómo se usa comúnmente	
Implantes	0.05	0.05		0 - 0.09 Muy eficaz
Vasectomía	0.1	0.15		
DIU de Levonogestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		
T (DIU) de cobre	0.6	0.8	2	1 - 9 Eficaz
MELA (para 6 meses)	0.9 ^c	2 ^c		
Inyectables mensuales	0.05	3		
Inyectables de progestina sola	0.3	3	2	10 - 25 Moderadamente eficaz
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestina sola	0.3	8		
Parche combinado	0.3	8		
Anillo vaginal combinado	0.3	8		26 - 32 Menos eficaz
Condomes masculinos	2	15	10	
Método de la Ovulación	3			
Método de los Dos Días	4			
Método de los Días Fijos	5			
Diafragma con espermicidas	6	16		
Condomes femeninos	5	21		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	9	25	24	
Retiro	4	27	21	
Espermicida	18	29		
Capucha cervical	26 ^d , 9 ^e	32 ^d , 16 ^e		
Sin método	85	85	85	

^a Tasas fundamentales de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher R y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (en imprenta). Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89-96.

^b Tasas para países en desarrollo. Fuente: Cleland J y Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004; 104(2): 314-320.

^c La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KI y col., Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1996;54(1): 55-57.

^d Tasa de embarazo para mujeres que tuvieron partos.

^e Tasa de embarazo para mujeres que nunca tuvieron partos.

Nota:

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala oferta únicamente los Métodos anticonceptivos contemplados en el capítulo 4 de esta guía.

El cuadro anterior muestra las tasas de embarazos imprevistos entre usuarias de diversos métodos de planificación familiar ocurridos en los primeros 12 meses (un año) de uso del método. Para cada método se reportan dos tasas: una se refiere a la tasa de embarazo, cuando el método se usa de manera correcta y consistente, la otra cuando el método se usa en forma común. Una pareja en particular puede tener más o menos éxito de uso que lo que reflejan estos promedios. La primera tasa refleja la más alta eficacia que un usuario puede esperar del método al usarlo correcta y consistentemente. Así, la eficacia de los métodos de planificación familiar puede dividirse en tres grupos:

1. Muy eficaz: Implante subdérmico, la operación del hombre, la operación de la mujer y la T de cobre (DIU)
2. Eficaz: La inyección mensual, la inyección de los dos meses o trimestral, la pastilla y el MELA
3. Moderadamente eficaz: El condón masculino y los métodos basados en el conocimiento de la propia fertilidad (el collar o método de días fijos)
4. No eficaz: Sin método

Siempre debe mencionarse que el condón ofrece doble protección: para evitar el embarazo y para evitar ITS, incluido el VIH, el virus que causa el sida. Por lo tanto, puede usarse en combinación con cualquier otro método.

En el caso de las comadronas, la consejería la brindará de acuerdo al documento *Mi guía para la oferta de método de planificación familiar en la comunidad*.

Métodos anticonceptivos

Métodos modernos

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Anticonceptivos orales en combinación (la «pastilla» o «píldora»)	Contiene dos hormonas (estrógeno y progestágeno)	Evita la liberación de óvulos por los ovarios (ovulación)	>99% si se usa de manera correcta y sostenida	Disminuye el riesgo de cáncer endometrial y ovárico; no debe tomarse mientras se amamanta
			92% como se usa comúnmente	
Pastillas de progestágeno solo «minipastilla» o «minipíldora»	Contiene únicamente progesterona (sin estrógeno)	Hace más espeso el moco del conducto del cuello uterino, lo que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten y previene la ovulación	>99% si se usa de manera correcta y sostenida	Puede usarse mientras se amamanta; debe tomarse todos los días a la misma hora
			Entre 90% y 97% como se usa comúnmente	

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Implantes	Cilindros o cápsulas pequeños y flexibles que se colocan debajo de la piel del brazo; contienen únicamente progestágeno	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno	>99%	Debe ser insertado y extraído por personal sanitario; se puede usar durante 3 a 5 años, según el tipo; las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Progestágeno en forma inyectable	Se inyecta por vía intramuscular cada 2 o 3 meses, según el producto	El mismo mecanismo de las pastillas de progestágeno solo	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Al cesar el uso, la fecundidad tarda en reaparecer (entre 1 y 4 meses); las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Inyectables mensuales o anticonceptivos inyectables en combinación	Se inyectan cada mes por vía intramuscular; contienen estrógeno y progestágeno	El mismo mecanismo de los anticonceptivos orales en combinación	>99% si se usa de manera correcta y sostenida 97% como se usa comúnmente	Las hemorragias vaginales irregulares son comunes pero no dañinas
Dispositivo intrauterino (DIU): de cobre	Dispositivo plástico flexible y pequeño que contiene un asa o cubierta de cobre y se inserta en el útero	El cobre daña los espermatozoides e impide que se junten con el óvulo	>99%	Disminuye la frecuencia de cólico menstrual y los síntomas de endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia menstrual) en un grupo de usuarias
Dispositivo intrauterino (DIU): de levonorgestrel	Dispositivo plástico en forma de T que se inserta en el útero y libera diariamente pequeñas cantidades de levonorgestrel	Suprime el crecimiento del revestimiento de la cavidad uterina (endometrio)	>99%	Disminuye los cólicos menstruales y los síntomas de la endometriosis; amenorrea (ausencia de hemorragia vaginal) en un 20% de las usuarias
Condón masculino	Vaina o cubierta que envuelve el pene erecto	Forma una barrera que impide el encuentro de los espermatozoides con el óvulo	98% si se usa de manera correcta y sostenida 85% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Condón femenino	Vaina o forro que se adapta holgadamente a la vagina; está hecho de un material plástico transparente, fino y suave	Forma una barrera que impide que los espermatozoides y el óvulo se junten	90% si se usa de manera correcta y sostenida 79% como se usa comúnmente	También protege de las infecciones de transmisión sexual, en particular la causada por el VIH
Esterilización masculina (vasectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan los tubos (conductos deferentes) que transportan los espermatozoides desde los testículos	Impide que haya espermatozoides en el semen eyaculado	>99% después de la evaluación del semen a los 3 meses Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen	Tarda en actuar unos 3 meses debido a que quedan espermatozoides almacenados; no afecta el funcionamiento sexual del hombre; es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Esterilización femenina (ligadura de las trompas; salpingectomía)	Anticoncepción permanente por la cual se bloquean o cortan las trompas de Falopio	Los óvulos no pueden juntarse con los espermatozoides	>99%	Es fundamental que sea una elección voluntaria y con conocimiento de causa
Método de la amenorrea del amamantamiento	Es un método de anticoncepción temporal para las mujeres recién paridas que no han vuelto a menstruar; exige el amamantamiento exclusivo, día y noche, de una criatura menor de 6 meses	Impide que los ovarios liberen óvulos (ovulación)	98% como se practica comúnmente	Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural del amamantamiento sobre la fecundidad
Anticoncepción de emergencia (levonorgestrel, 1,5 mg)	Son pastillas de progestágeno que se toman para prevenir el embarazo hasta 5 días después de una relación sexual sin protección	Evita la ovulación	Reduce en un 60% a un 90% el riesgo de embarazo	No altera el embarazo si este ya se ha producido

Métodos tradicionales

Método	Descripción	Cómo funciona	Eficacia para prevenir el embarazo	Observaciones
Método de la retirada (coito interrumpido)	El hombre retira el pene de la vagina y eyacula fuera de esta, con lo que el semen no tiene contacto con los genitales externos de la mujer	Evita que los espermatozoides penetren en la vagina, lo que impide la fecundación	96% si se aplica de manera correcta y sostenida. 73% de la manera como se utiliza comúnmente.	Es uno de los métodos menos eficaces porque a menudo resulta difícil determinar el momento preciso de la retirada
Métodos que requieren el conocimiento de la fecundidad (planificación natural de la familia o abstinencia periódica)	Métodos de calendario: se vigilan los días fecundos en el ciclo menstrual; métodos que se basan en síntomas: se vigilan el moco del cuello uterino y la temperatura corporal/temperature	La pareja evita el embarazo evitando tener coito sin protección durante los días fecundos, generalmente mediante la abstinencia o empleando condones	entre 95 y 97% cuando se usa de manera correcta y regular; 75% de la manera como se utiliza comúnmente.	Puede servir para reconocer los días fecundos por las mujeres que quieren embarazarse y las que desean evitar el embarazo. El uso correcto y regular exige la cooperación del varón.

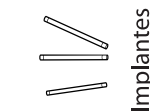
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/>

Nota: El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala oferta únicamente los métodos anticonceptivos contemplados en el capítulo 4 de esta guía.

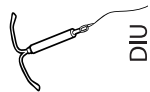
Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar

Más eficaz

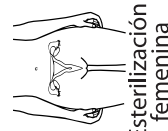
Menos de 1 embarazo cada 100 mujeres en un año



Implantes



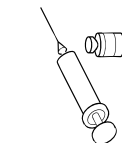
DIU



Esterilización femenina



Vasectomía



Inyectables



MELA



Píldoras



Parche



Anillo vaginal



Condones masculinos



Diafragma



Condones femeninos



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad



Retiro



Espermicidas

Menos eficaz

Cerca de 30 embarazos cada 100 mujeres en un año

Como hacer su método más eficaz

Implantes, DIU, Esterilización femenina:

Después del procedimiento, poco o nada que hacer o recordar.

Vasectomía: Use otro método por los 3 primeros meses.

Inyectables: Repita las inyecciones en fecha.

Método de amenorrea de lactancia

(por 6 meses): amamante con frecuencia, día y noche.

Píldoras: Tome una píldora por día.

Parche, anillo: Mantenga en su lugar, cambie a tiempo.

Condones, diafragmas: use correctamente cada vez que tenga sexo.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

Absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles. Los Métodos más Nuevos (Método de los Días Estándar o Método de los Dos Días) pueden ser más fáciles de usar.

Retiro, espermicidas: Use correctamente cada vez que tenga sexo.

Referencia:

Contraportada Manual Mundial para proveedores
Planificación Familiar
World Health Organization,
Johns Hopking Bloomberg School of public health
United States Agency for International Development.

Fuente: **PF Manual Mundial para Proveedores**

4 Métodos de Planificación Familiar





Métodos Basados en el conocimiento de la Fertilidad

Métodos de Lactancia Amenorrea (MELA)

Descripción

El Método de la Lactancia Amenorrea (MELA) es un método anticonceptivo posparto, moderno y temporal, basado en la infertilidad fisiológica que se da durante la ausencia de la menstruación y la lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses posparto.

¿Cómo actúa?

Cuando una mujer amamanta, el estímulo que el niño provoca al succionar el pezón envía impulsos nerviosos al cerebro de la madre el cual responde a la inhibición de producción de hormonas que son necesarias para estimular la ovulación y la preparación del útero (endometrio) para el embarazo. Por lo tanto, si una mujer posparto no ha visto su regla (está en amenorrea) y está amamantando exclusivamente a su bebé, la probabilidad de que ovule durante los primeros 6 meses es muy baja.

Eficacia

La eficacia es de 98% cuando se practica de manera exclusiva. (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/) Las tres condiciones para el MELA son: no tener retorno de su regla después del parto, da lactancia materna exclusiva y su hija o hijo tiene menos de 6 meses de edad.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
La madre que cumple con las tres condiciones fundamentales: • No ha visto su menstruación o regla después del parto. • Da lactancia exclusiva y a demanda de su hija/o. • La/el lactante tiene menos de 6 meses de edad.	• Madre que inició sus períodos menstruales posparto. • Madre que no esté amamantando en forma exclusiva. • Madre con más de seis meses de posparto. • La madre VIH positiva debe conocer el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. Sin embargo, la madre debe recibir consejería sobre la mejor forma de alimentar a su bebé para tomar su propia decisión*. • Madre que esté recibiendo determinada medicación durante la lactancia (incluyendo medicamentos que afecten el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anticoagulantes).

* Donde la alimentación suplementaria no cumple con los requisitos de ser aceptable, factible, asequible, segura y sostenible (AFASS) los proveedores deben aconsejar a la madre sobre la importancia de la lactancia exclusiva. Se ha demostrado que cuando en la alimentación del bebé se combina leche materna con otros alimentos o líquidos, el riesgo de transmisión del VIH en el niño/a aumenta.

	• Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación al pecho, incluyendo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieren cuidados neonatales intensivos, que no puedan digerir alimentos normalmente, o con mal formaciones en la boca, mandíbula o paladar. • En sepsis puerperal por compromiso de la salud materna y uso de medicamentos que contraindican la lactancia. • Cáncer de mama. • Hepatitis aguda o exacerbación.
--	--

Ventajas y beneficios

Para el recién nacido y lactante

- El amamantamiento reafirma el vínculo madre-hija/o.
- La leche materna proporciona los requerimientos nutricionales óptimos para el crecimiento y desarrollo del niño/a.
- Brinda los aminoácidos y lípidos esenciales para el desarrollo fisiológico.
- Protege al niño/a contra enfermedades infecciosas (inmunización pasiva).
- El MELA favorece la lactancia exitosa y prolongada hasta los dos años.

La lactancia exclusiva implica que la/el niño/a no recibe alimentos ni agua ni líquidos, sólo leche materna (a excepción de vitaminas, medicinas y vacunas indicadas por el proveedor de salud). Otras sustancias, líquidos y alimentos no son necesarios y podrían estar contaminados.

Para la madre

- Da la oportunidad y el tiempo a las mujeres de decidir voluntariamente y con información el método anticonceptivo que quieren utilizar después del MELA.
- Ayuda a que el sangrado posparto sea más corto, menos profuso y disminuye el riesgo de infección puerperal.
- Motiva a la madre a amamantar exclusivamente a su recién nacido.
- Protege a la madre contra el cáncer de mama, ovario y endometrio.
- La protección anticonceptiva comienza inmediatamente después del parto.
- Es un método anticonceptivo moderno tan eficaz como otros métodos modernos.
- No tiene ningún costo; está naturalmente disponible después del parto.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos secundarios.

Limitaciones

- El MELA no es apropiado para mujeres que no estén motivadas, orientadas y/o dispuestas a dar lactancia inmediata, exclusiva y a demanda a su recién nacido.
- Puede ser un método difícil de practicar por circunstancias de separación del bebé por períodos prolongados (más de 4 horas).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Es eficaz sólo en los primeros 6 meses posparto, si se cumplen con las tres condiciones fundamentales.
- Personal de salud que no esté motivado y no dé consejería sobre los beneficios de la lactancia materna inmediata al nacer a demanda y exclusiva hasta los 6 meses después del parto y sobre el MELA.

- Personal de salud o servicios de salud con atención de partos que no favorezcan el alojamiento conjunto y lactancia inmediata; al ofrecer biberones al recién nacido.

Efectos secundarios

Ninguno

Aplicación del método

Para que el MELA sea eficaz, las prácticas de lactancia deben ser óptimas. Esto incluye un proceso completo de información, educación y consejería, preferiblemente durante la atención prenatal.

Debe darse a la madre información sobre otros métodos de Planificación Familiar desde el primer momento. Lo cual le ayudará a seleccionar su próximo método e iniciar su uso al momento que deje de cumplir cualquiera de las tres condiciones del MELA.

Prácticas óptimas de lactancia materna para usar el MELA con éxito

1. Amamantar a la/el hija/o inmediatamente después de nacido y tenerlo a su lado durante todo el tiempo después del parto.
2. Amamantar a libre demanda de día y de noche (de día, períodos sin amamantar no mayores de 4 horas y de noche, períodos sin amamantar no mayores de 6 horas); si la/el niña/o duerme durante ese período, alentarla a mamar.
3. Amamantar exclusivamente durante los primeros 6 meses; exclusivamente quiere decir sin dar agua, té, otros líquidos, jugos o sólidos, dar sólo leche materna.
4. Continuar amamantando aún si la madre o el hijo se enferman, incluso durante infecciones posparto (endometritis, mastitis, etc.).
5. No utilizar pajas, biberones o pepes.
6. Las madres que amamantan deben alimentarse bien y tomar suficientes líquidos para satisfacer su hambre y sed.

Consideraciones especiales

En el siguiente cuadro se muestra el manejo de algunas condiciones especiales.

Cuadro 5.1 Condiciones que requieren precauciones.

Condición	Manejo
Sangrado menstrual	Reforzar las prácticas óptimas de lactancia materna e iniciar otro método anticonceptivo.
Amamantamiento inadecuado o administración de alimentos complementarios antes de los 6 meses de edad	Reforzar las prácticas óptimas de la lactancia materna e iniciar otro método anticonceptivo.

Seguimiento

Como ocurre con todos los métodos anticonceptivos, el seguimiento ayuda a que las usuarias espacien los embarazos con éxito. Es esencial recordarle en cada visita la importancia de empezar a utilizar otro método moderno de Planificación Familiar inmediatamente cuando ya no cumpla con alguna de las tres condiciones del MELA y ayudarla a seleccionar ese otro método.

Evalúe cuidadosamente con la usuaria del MELA su necesidad de seguimiento. Establezca con ella la frecuencia de los controles, el momento y el lugar que más le convengan. Aunque es preferible que la madre y su hijo sean vistos mensualmente, como mínimo, la madre necesita ser vista cada vez que tenga alguna dificultad para lactar o cuando cambie alguna de las tres condiciones del MELA. Es esencial hacer un control cerca de los 6 meses después del parto para determinar los planes de introducción de alimentos complementarios y el cambio a otro método anticonceptivo, una vez la/el niña/o cumpla los 6 meses. Cuando sea posible, trate de hacer coincidir los controles de la usuaria con los controles de su hija/o para evaluación, monitoreo y promoción del crecimiento y/o para inmunizaciones. De esa forma se le dará una atención madre-niña/o integrada.

Cuando sea difícil garantizar un buen seguimiento de la usuaria, provea condones junto con instrucciones sobre cuándo y cómo empezarlos a usar para que la mujer esté protegida de embarazos no deseados y de ITS. Esto es especialmente importante si la usuaria no puede volver cuando necesite cambiar a otro método anticonceptivo. Es esencial enfatizar que la usuaria debería consultar los servicios:

- Cuando tenga dificultades de cualquier tipo con la lactancia materna.
- Si cualquiera de las tres condiciones del MELA ya no se cumplen.
- Antes de cumplir el sexto mes posparto, para seleccionar el anticonceptivo que reemplazará al MELA.

El proveedor deberá hacer lo siguiente:

- Anotar la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registrar la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar. (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- Dar instrucciones apropiadas, según en el material de IEC.
- Entregar material informativo.



El Collar o Método de Días Fijos (MDF)

Descripción

Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural. Utiliza un collar con perlas de diferentes colores que le sirve a las parejas para identificar los días fértiles de la mujer. También se puede utilizar un collar en papel con perlas de diferentes formas que sirve para identificar los días fértiles de la mujer.

¿Cómo actúa?

Está basado en el hecho de que hay ciertos días del ciclo menstrual de la mujer en los que puede quedar embarazada, se identifican los días del 8 al 19 como los días fértiles en ciclos menstruales con duración de 26 a 32 días. La pareja llega a un acuerdo sobre qué práctica debe tener durante los días fértiles de la mujer (uso correcto del condón o abstinencia). Si se evitan las relaciones sexuales desprotegidas durante los días fértiles de la mujer, la mujer no queda embarazada.

Eficacia

Tiene una tasa de eficacia entre 95% y 97% cuando se usa de manera correcta y regular, 75% de manera que se usa comunmente. (Tabla de eficacia OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/)

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Parejas que desean espaciar un embarazo. • Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sexuales en los días fértiles de cada ciclo de la mujer, o usar condón, si las tienen. • Parejas que están dispuestas a llevar el control del ciclo menstrual de la mujer. • Mujeres con ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración. • Mujeres posparto que ya hayan visto su regla durante al menos tres ciclos y los últimos dos sean de 26 a 32 días de duración.	• Madres utilizando MELA o en amenorrea. • Infecciones de transmisión sexual diagnosticadas.

* Planificación Familiar: un manual mundial para proveedores. OMS, JHU/INFO & USAID. 2007; 319; Eficacia de un nuevo método de Planificación Familiar: El método de Días Fijos, Arévalo, et al. Contraception 65. 2002; 333-338.

Ventajas y beneficios

- La pareja no necesita insumos ni someterse a procedimientos clínicos.
- No representa riesgos para la salud de la pareja.
- No requiere supervisión médica.
- Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.
- Ayuda a la mujer a saber cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual a través del tiempo.
- No tiene ningún costo económico.

Limitaciones

- Si la mujer ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestágeno (Ej: Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos 2 ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso del inyectable y antes de empezar a utilizar el método de El Collar o MDF.
- Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido por lo menos dos ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración antes de empezar a utilizar el collar.
- Si la mujer está dando de mamar o ha suspendido la lactancia recientemente, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos posparto y los últimos dos de 26 a 32 días de duración.
- Mujeres con ciclos muy cortos (menores de 26 días) o muy largos (más de 32 días) no deben usar este método.
- No protege contra infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH.

Aplicación del método

El Collar o Método de los Días Fijos (MDF) es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer. El Collar le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo. En esos días la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o, si las tiene, usar condón correctamente. El Collar está formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

- La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado.
- Las perlas cafés representan días infértiles en que no hay embarazo.
- Las perlas blancas representan días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada.
- La perla café oscura marca el día a partir del cual la menstruación debe regresar.
- Si la mujer tiene su regla antes de la perla café oscuro significa que su ciclo es muy corto (menor de 26 días) para usar este método. Y no tiene su regla al día siguiente de haber pasado el anillo por la última perla café significa que su ciclo es muy largo (mayor de 32 días). Si esto ocurre más de una vez en el lapso de 1 año, este método no es apropiado para la mujer.
- El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer.
- El cilindro con una flecha no representa ningún día; únicamente indica hacia dónde debe empezar a marcar, con el hule, los días del ciclo.

¿Cómo usar el Método de Días Fijos o Collar?

1. El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente. A la vez, la pareja debe marcar en su calendario el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos.
2. Al día siguiente (día 2 del ciclo) se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.
3. Los días siguientes se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección y a la misma hora para evitar que se le olvide.
Cuando baje la regla de nuevo se mueve el anillo otra vez a la perla roja para iniciar un nuevo ciclo.
4. Cuando el anillo está sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o, si las tiene, debe usar condón correctamente para que la mujer no quede embarazada.
5. Cuando el anillo está sobre cualquier perla café o durante la menstruación (los días infértiles del ciclo), la pareja puede tener relaciones sexuales.

¿Cómo determinar la duración y regularidad del ciclo menstrual de la usuaria potencial?

Para saber si el método es apropiado para la usuaria potencial, el proveedor debe determinar si sus ciclos regularmente duran de 26 a 32 días. Debe preguntarle:

- ¿Su regla le viene todos los meses?
- ¿Su regla le viene cuando la espera?

Si la menstruación llega todos los meses cuando la espera, esto es indicación de que el ciclo menstrual dura entre 26 y 32 días.

El ciclo menstrual comprende los días entre el primer día de la regla y el día antes de la siguiente regla.

¿Qué hacer si olvida mover el anillo?

Si la pareja no está segura de haber movido el anillo un día, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado y contar en el calendario los días que han pasado desde el primer día de la menstruación hasta la fecha actual. Luego debe contar igual número de perlas en el collar y pasar el marcador a la perla correspondiente.

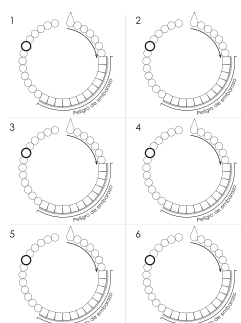
Instructivo adjunto al collar

El Método de los Días Fijos -MDF- (El Collar) en papel

- Si no se cuenta con el collar de perlas, puede utilizarse una ayuda visual en papel (instructivo adjunto al collar). En este carné aparecen seis collares acompañados con un calendario anual en el cual la pareja deberá marcar el primer día de sangrado de cada uno de los ciclos menstruales.
- En el collar en papel, perlas de diferentes formas representan cada día del ciclo:
 - la gota representa el primer día de la regla.
 - los círculos representan los días en que no hay peligro de embarazo.
 - los cuadrados representan los días fértiles de la mujer en que hay peligro de embarazo y debe usar condón correctamente o abstenerse de tener relaciones sexuales.
 - el círculo más grande es el día a partir del cual debe bajar la siguiente regla.

Seguimiento de MDF (Collar del Ciclo y Collar de papel)

- Pregunte a la pareja cómo ha utilizado el método y si está satisfecha con el método. En caso no lo esté, ofrezca otros métodos.
- La duración de su ciclo menstrual podría cambiar con el tiempo. Debe revisar el calendario y verificar que los ciclos de la mujer duren de 26 a 32 días. Si en un año llegara a tener más de un ciclo menor de 26 días o mayor de 32 días de duración, ofrezca otro método.
- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).



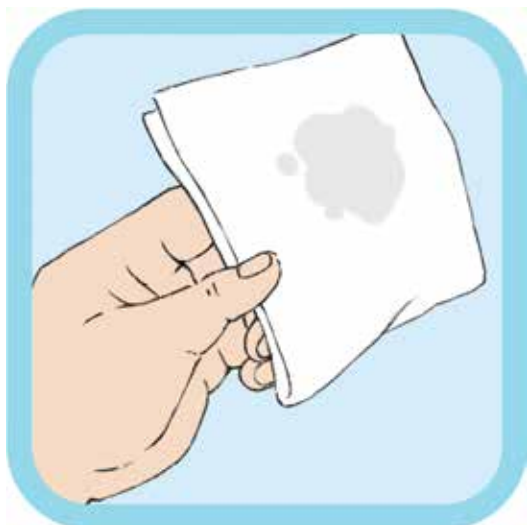
Calendario 2009-2010

JULIO 2009	AGOSTO 2009	SEPTIEMBRE 2009	OCTUBRE 2009
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31

NOVIEMBRE 2009	DICIEMBRE 2009	ENERO 2010	FEBRERO 2010
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28

MARZO 2010	ABRIL 2010	MAYO 2010	JUNIO 2010
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30





Métodos Basados en el conocimiento de la Fertilidad

Método de Dos Días

Descripción

Es un método basado en el conocimiento de la fertilidad. Permite a la mujer y la pareja espaciar los embarazos en forma natural. La mujer identifica la presencia o ausencia de secreciones que puede notar en sus genitales, para identificar si está en un día fértil. Para prevenir un embarazo la pareja usa métodos de barrera o evita las relaciones sexuales en días con secreción.

¿Cómo actúa?

Está basado en la observación diaria de las secreciones cervicales (que la mujer puede notar a nivel de la vulva) para identificar los días fértiles en que un embarazo es muy probable. Con este método cualquier tipo de secreción indica que la mujer está en día fértil. La mujer sólo debe identificar la presencia o ausencia de las secreciones sin necesidad de distinguir la calidad o consistencia de las mismas. Si ella nota cualquier tipo de secreción HOY o AYER, ella se considera fértil el día de hoy y debe abstenerse de las relaciones sexuales o usar condón u otros métodos de barrera ese día. Dos días consecutivos SIN secreciones indica un día infértil.

Eficacia

Entre el 95% y 97% cuando se hace de manera correcta y regular, 75% de la manera que se utiliza comunmente. (Tabla de eficacia OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/)

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres en cualquier edad reproductiva. • Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas. • Mujeres que deseen un método natural. • Mujeres con secreciones sanas que no huelan o estén acompañadas de picazón o dolor. • Mujeres con cualquier regularidad de ciclo menstrual ya que está basado en observación de señales de fertilidad y no en la duración del ciclo.	• Mujeres con infecciones del tracto reproductivo que pueden afectar sus secreciones cervicales. • Mujeres/parejas que no desean o no pueden abstenerse de tener relaciones sexuales o usar un condón o cualquier otro método durante los días en que puede quedar embarazada. • Mujeres que no pueden determinar si tienen o no secreciones cervicales.

Ventajas y beneficios

- Ayuda a la mujer a conocer cómo funciona su fertilidad, observar su ciclo menstrual así como reconocer lo que es normal y señales de posible infección vaginal.
- La mujer no necesita insumos, ni tomar medicamentos o aplicarse nada en su cuerpo.
- No representa riesgos para la salud de la mujer.
- No requiere supervisión médica.
- Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción.

Limitaciones

- Si tiene una infección vaginal que cambie las secreciones cervicales, la mujer debe suspender el método hasta terminar su tratamiento.
- El uso de condones o abstinencia podría ser difícil para algunas parejas.
- NO protege contra las ITS, incluido el VIH.
- Si la mujer ha estado en lactancia o ha usado un método hormonal recientemente, podrá tener muchos más días de secreciones (falsos positivos de días fértiles) y hacer el método más difícil de llevar para la pareja.

Aplicación del método

Revise sus secreciones tan pronto termine su sangrado mensual. Verifique cada día cualquier secreción que usted perciba que viene de su vagina, excepto el sangrado menstrual.

Puede darse cuenta si tiene secreciones viéndolas, tocándola o sintiéndolas. Revíselas en su ropa interior o en el papel o tocándolas en sus genitales con sus dedos limpios o sintiendo la humedad en sus genitales.

Preste atención a sus secreciones varias veces al día, a partir del medio día hasta antes de acostarse.

Hágase dos preguntas sencillas cada día: ¿tuve secreciones hoy o tuve secreciones ayer?

- Si hoy o ayer tuvo secreciones, hoy está en un día fértil en que puede haber embarazo.
- Si no notó ninguna secreción ni hoy ni ayer (dos días seguidos sin secreción), hoy está en un día en que un embarazo es poco probable.

Si no está segura si tuvo o no secreción, considérese fértil hoy y evite tener relaciones sexuales o use un condón u otro método de barrera.

Consideraciones especiales

Ofrecer información esencial a la mujer sobre las características de las secreciones, cómo se presentan y cómo observarlas.

¿Cómo se presentan las secreciones?

Después de la menstruación puede haber unos días sin secreciones. Luego empiezan a bajar muy poquitas. Al principio son pocas y luego se vuelven abundantes. Después vienen varios días sin secreciones hasta que empieza la menstruación de nuevo. Esto ocurre todos los meses.

¿Cómo son las secreciones?

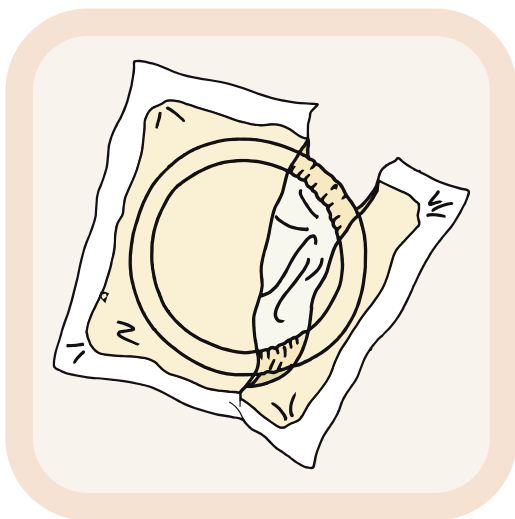
Las secreciones no siempre son iguales. A medida que pasan los días se ven y se sienten diferentes. Como al principio son pocas, tiene que prestar más atención para poder verlas o sentir las. Luego son más abundantes y más fáciles de ver y sentir. Las secreciones cambian en cantidad o se ven diferentes.

ADVERTENCIA: Cualquier secreción indica que usted puede embarazarse.

Seguimiento

Indique a la mujer que debe regresar al centro de salud en los siguientes casos:

- Tiene preguntas o problemas.
- Tiene dificultad en saber si tuvo o no secreciones.
- Si ella o su pareja tiene dificultad usando métodos de barrera o en abstenerse de tener relaciones sexuales los días en que puede embarazarse. Usted puede cambiar de método.
- Si tiene menos de 5 días con secreciones al mes lo cual indica dificultad para detectarlas.
- Si tiene más de 14 días con secreciones al mes lo cual puede indicar una patología.
- Si tuvo relaciones sexuales en un día fértil y quiere evitar un embarazo.
- Si no le ha bajado la menstruación y cree que podría estar embarazada.
- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar.



Método de barrera

El condón masculino

Descripción

Es un método temporal y de barrera para el hombre. Consiste en una delgada bolsa o funda hecha de látex que se coloca en el pene erecto antes de cada relación sexual.

¿Cómo actúa?

El condón impide de manera mecánica o química el encuentro del óvulo de la mujer con los espermatozoides del hombre. Por ello se le conoce como un método de barrera.

Eficacia

98% si se usa de manera correcta y sostenida, 85% como se usa comunmente. Los condones pueden prevenir muchas de las ITS si son utilizados de manera consistente y correcta. Las ITS también pueden reducirse por otras vías: limitando el número de parejas, absteniéndose de las relaciones sexuales y teniendo una relación de fidelidad mutua con una pareja no infectada.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Hombres que desean participar activamente en la Planificación Familiar y en la prevención de ITS incluyendo el VIH. • Parejas que necesiten anticoncepción inmediata. • Parejas que necesiten un método temporal mientras esperan por un método de largo plazo. • Parejas que requieren de doble protección para evitar un embarazo y una ITS, incluyendo el VIH. • Parejas que mantienen relaciones sexuales ocasionales. • Parejas en las que uno o ambos tengan más de una pareja sexual (aunque estén usando otro método). • Parejas que usen un método natural (MELA, Collar, Método de Dos Días) y deseen tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer. • En combinación con cualquier otro método (Inyección, Implante, T de Cobre, Pastilla, AQVF y AQVM).	• Parejas que necesiten una alta eficacia del método anticonceptivo. • Parejas que son alérgicas a los materiales con los que se fabrica el condón (látex).

Ventajas y beneficios

- Fáciles de adquirir.
- No tiene riesgos para la salud de los usuarios.
- Tiene eficacia inmediata.
- No requiere supervisión médica.
- Puede usarse después del parto.
- Se puede interrumpir su uso en cualquier momento.
- Disminuye el riesgo de embarazo ectópico.
- Fáciles de mantener a la mano en caso de que la relación sexual ocurra en forma inesperada.
- Pueden ser usados por hombres de cualquier edad.
- Ayuda a reducir la eyaculación prematura.
- Fomenta la participación del varón en la anticoncepción.
- A pesar de que ningún método de barrera es 100% eficaz, el uso correcto y consistente del condón puede reducir el riesgo de transmisión de algunas ITS incluyendo el VIH y los embarazos inesperados.
- No necesita examen médico previo a su uso.

Limitaciones

- Se requiere el uso de un condón en cada relación sexual.
- En algunos casos, reduce la sensibilidad del pene.

Aplicación del método

Demuestre el uso correcto del condón de la siguiente manera:

- Explique que el condón tiene una fecha de vencimiento, la cual debe verificarse al igual que la burbuja de aire en el empaque.
- Explique que el empaque del condón tiene una muesca por donde es más fácil abrirlo para extraer el condón. El empaque debe abrirse con los dedos, nunca con las uñas o con los dientes.
- Asegúrese de que el usuario comprende cómo abrir el empaque y extraer el condón sin dañarlo.
- Demuestre (utilizando cualquier ayuda al alcance) la colocación correcta del condón en el pene erecto del hombre.

Verifique que el usuario comprenda lo siguiente:

- No debe haber nunca contacto de órganos sexuales sin tener puesto el condón.
- El condón debe ser utilizado cada vez que la pareja tenga relaciones sexuales.
- Se debe utilizar un condón nuevo en cada relación.
- No utilizar lubricantes derivados del petróleo, aceite mineral o de cocina porque dañan el condón.
- Desenrollar el condón en el pene erecto antes de la relación sexual, sin dejar arrugas.
- Dejar un pequeño espacio sin aire en la punta del condón al insertarlo en el pene para recoger el semen.

- Después de la eyaculación, con el pene aún erecto, sujetar el anillo del condón a medida que se retire el pene para prevenir que el condón se salga y/o se derrame el semen.
- El retiro del pene de la boca, vagina o ano deberá ocurrir antes de que el pene pierda la erección.
- Usar papel higiénico para evitar el contacto con el semen y flujo vaginal.
- Desecharlo en un lugar apropiado (letrina o basurero).

NOTA: Es importante indicar al usuario que los condones deben ser almacenados en lugares ventilados, secos y libres de la acción del sol.

Consideraciones especiales

- Verificar la fecha de vencimiento y descartar el condón si está vencido.

Si el condón se rompe o se sale durante el coito...

- Explicar que el usuario o su pareja debe consultar con el proveedor de salud más cercano.

Si el condón se rompe o se sospecha una ruptura antes del coito...

- Explicar que, si antes del coito el condón se rompe, el usuario debe descartarlo y utilizar un condón nuevo.

Efectos secundarios

- Los condones pueden ocasionar escozor en gente que tiene alergia al látex.
- Alergia al lubricante que se utiliza en algunas marcas de condones

Seguimiento

- Este método no requiere de seguimiento. Suministre al usuario 12 condones en la primera consulta y luego 24 condones cada mes.
- Para profilaxia sexual (trabajadoras de sexo) se entregan de 90 a 150 condones al mes (se calcula de 3 a 5 condones por día por 30 días).
- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar)
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- Dé instrucciones según el material de IEC.
- Entregue el trifoliar del condón.

Elección de una estrategia de doble protección

Cada usuaria de Planificación Familiar tiene que pensar en la prevención de ITS incluyendo el VIH aquellas personas que creen no presentar ningún riesgo. El proveedor puede analizar con las/os usuarias/os el tipo de situaciones que aumentan el riesgo de ITS incluyendo VIH y las/os usuarias/os pueden entonces preguntarse si esas situaciones riesgosas aparecen en sus propias vidas, si es así, pueden tener en cuenta 5 estrategias de protección doble. La misma persona o la misma pareja podrá utilizar diversas estrategias en diferentes situaciones o momentos. La mejor estrategia es aquélla que la persona puede aplicar eficazmente en cada situación.

Estrategia 1: Uso correcto de condón masculino o femenino en cada acto sexual. Este método ayuda a evitar el embarazo, las ITS incluyendo el VIH.

Estrategia 2: Uso consistente y correcto de condones, más otro método de Planificación Familiar. Agrega más prevención del embarazo en caso de que el condón no sea utilizado correctamente. Puede ser una buena opción para mujeres que quieren estar seguras de evitar el embarazo, pero que no siempre pueden contar con sus parejas para el uso correcto y consistente de condones.

Estrategia 3: Ambos en la pareja tienen la seguridad de no estar infectados, utilizan un método de Planificación Familiar para prevenir el embarazo y mantienen una relación de mutua fidelidad. Muchos usuarios de Planificación Familiar integran este grupo y están, por tanto, protegidos contra las ITS incluyendo VIH. Esta estrategia depende de la comunicación y confianza en la pareja.

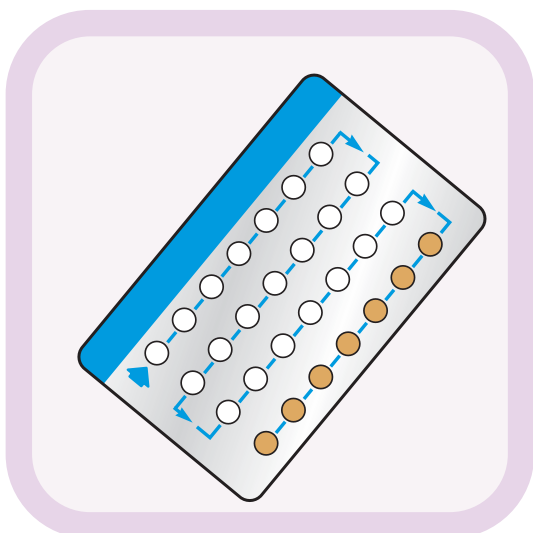
Entre las estrategias, que no implican el uso de anticonceptivos, están:

Estrategia 4: Practicar solamente una intimidad sexual segura evitando el coito y que el semen y los fluidos vaginales entren en contacto con los genitales del otro. Esta estrategia depende de la comunicación, la confianza y el auto control. Si esta es la primera opción de una persona o pareja, conviene tener condones a mano por si desean tener sexo penetrativo.

Estrategia 5: Postergar o evitar la actividad sexual (sea evitando el sexo cada vez que pudiera ser riesgoso o absteniéndose por un período más prolongado). Si esta es la primera opción de estrategia de una persona, conviene tener condones a mano por si desea tener sexo penetrativo. Esta estrategia siempre es posible si no se dispone de condones.

Muchas usuarias requerirán de ayuda y orientación para tener éxito en su estrategia de protección doble. Por ejemplo, pueden necesitar ayuda para preparar una conversación con sus parejas acerca de la protección de las ITS incluyendo el VIH, aprender a utilizar condones y otros métodos y manejar asuntos prácticos tales como obtener suministros y dónde guardarlos. Si puede ayudar en tales asuntos, ofrézcase a ayudar; si no, refiera a la usuaria a otro proveedor que pueda brindar consejería y/o aprendizaje de destrezas, tales como juegos de roles para practicar a negociar el uso del condón.

La Pastilla



Descripción

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son preparados hormonales que contienen estrógeno y progestágeno. Se administran con fines anticonceptivos de carácter temporal y reversible. Se toma una pastilla cada día a la misma hora, durante 21 o 28 días dependiendo de la presentación. En la red de servicios del MSPAS sólo se utilizan presentaciones de 28 días.

¿Cómo actúan?

Los anticonceptivos orales inhiben la ovulación y aumentan la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. Producen cambios en el endometrio: lo adelgaza y produce atrofia de las glándulas por lo que el sangrado menstrual es minimizado.

Eficacia

99% si se usa de manera correcta y sostenida. 92% como se usa comúnmente (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/). La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de pastillas con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más pastillas cerca del inicio o del final de una caja de pastillas.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres en edad reproductiva. • Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas. • Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva. • Mujeres que estén amantando (después de la 6 semana posparto). • Mujeres en posaborto (iniciar inmediatamente o durante los primeros 7 días). • Mujeres que presentan anemia. • Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes (dismenorrea e hipermenorrea). • Mujeres con historia de embarazo ectópico. • Mujeres que fumen menos de 15 cigarrillos por día si son menores de 35 años de edad. • Mujeres con VIH, con o sin terapia antirretroviral. • Mujeres que estén en posparto inmediato y que no estén amamantando.	• Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado). • Mujeres con enfermedad hepática activa. • Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos al día y mayores de 35 años edad. • Mujeres con historia de enfermedad cardíaca, infarto, hipertensión arterial (>140/90), alteraciones de la coagulación o diabetes (de más de 20 años y con compromiso vascular). • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres que no recuerdan tomar una pastilla a diario. • Mujeres dando de lactar durante los primeros 6 meses después del parto.

Anticonceptivos Orales Combinados para mujeres con VIH

Las mujeres infectadas de VIH, con sida o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar AOC con seguridad. Recomiende a estas mujeres utilizar condones junto con los AOC. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de ITS incluyendo el VIH cuando son utilizados de manera consistente y correcta. Los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV. No existe certeza de que los medicamentos ARV reduzcan la efectividad de los AOC.



Ventajas y beneficios

- Eficacia elevada cuando se toman diariamente.
- Eficacia inmediata si se inician en los primeros 7 días del ciclo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Pocos efectos colaterales.
- El uso puede interrumpirse con facilidad.
- Pueden ser proporcionados por personal no médico.
- Flujos menstruales menos profusos y dolorosos.
- Pueden mejorar la anemia.
- Regularizan los ciclos menstruales.
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Previene el embarazo ectópico.
- Ayuda a prevenir quistes de ovario.
- Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).
- Puede usarse a cualquier edad, desde la adolescencia hasta la perimenopausia.
- Permite el retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpa el uso.

Limitaciones

- Depende de la usuaria (motivación continuada y uso diario).
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia, tuberculosis y antirretrovirales.
- Requieren de la disponibilidad de suministros.
- No brindan protección contra las ITS, incluyendo el VIH.
- Efectos secundarios comunes:
 - Náuseas (muy común en los primeros tres meses).
 - Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora en tomarlas.

- Dolor de cabeza leve.
- Sensibilidad en las glándulas mamarias.
- Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja).
- Amenorrea (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja).
- En algunas mujeres ocasiona cambios de temperamento, depresión y menor deseo sexual.

Aplicación del método

¿Cuándo iniciar el método?

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que se esté razonablemente seguro/a de que la mujer no está embarazada.
- En el posparto: después de 6 semanas si no está amamantando y después de los 6 meses posparto si está amamantando.
- En el posaborto: En los primeros 7 días después del legrado o Aspirado Manual Endouterino (AMEU).

Con las presentaciones de 28 pastillas:

- Iniciar la toma en cualquier momento entre el primero y séptimo día del ciclo menstrual.
- Tomar una pastilla cada día, de preferencia a la misma hora, durante 28 días consecutivos hasta finalizar el paquete.
- Iniciar un nuevo ciclo, independientemente de haber o no presencia de sangrado, sin descansos o interrupciones.
- Repetir este esquema hasta desear un embarazo o cambiar de método.

Consideraciones especiales

Para considerar el uso de los anticonceptivos orales combinados ante cualquier condición clínica se recomienda revisar el disco de los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) de la OMS, 2009.

¿Qué hacer en caso de olvido?

Si olvida tomar una pastilla (sólo pastillas hormonales o blancas):

- Debe tomar una pastilla blanca inmediatamente al acordarse y continuar el resto del paquete tomando una pastilla cada día.
- No necesita usar condón para protegerse de un embarazo, pero sí necesita utilizarlo si desea protegerse de ITS incluyendo el VIH.

Si olvida tomar dos pastillas (sólo pastillas blancas):

- Al acordarse, tomar dos pastillas cada día por dos días consecutivos. Continuar tomando las demás pastillas una cada día.
- La usuaria debe abstenerse de tener relaciones sexuales por 7 días seguidos o usar condones hasta el próximo sangrado.

Si olvida tomar tres pastillas (sólo pastillas blancas):

- Interrumpir el método, usar condones o no tener relaciones sexuales; es probable que en cinco días se presente la menstruación, la cual se puede aprovechar para reiniciar el método con un paquete nuevo.
- En caso de ser repetitivo el olvido, orientar para el cambio de método.
- Orientar a la mujer sobre la posibilidad del manchado al olvidar tomar la pastilla. Esto no es signo de peligro.

Si olvida cualquiera de las pastillas inactivas (no hormonales):

- Recordar que las pastillas café son de hierro, por lo cual olvidar tomarlas no causa ningún problema a la usuaria.
- La mujer debe descartar las pastillas de color café que olvidó y continuar hasta completar los 7 días de pastillas inactivas. Iniciar un nuevo cartón tomando una pastilla a diario.

Aclaración de rumores e información equivocada

- La pastilla debe tomarse a diario, aunque la mujer tenga relaciones sexuales o no las tenga.
- Las pastillas no provocan infertilidad. Cualquier mujer en cualquier momento de su vida puede tener problemas de infertilidad, pero no debe ni puede asociarlo al uso de los anticonceptivos orales.

Observaciones especiales

El MSPAS sólo distribuye la presentación de 28 días: 21 pastillas del principio activo y 7 pastillas de hierro o placebo. Los preparados que más frecuentemente se encuentran en los servicios de salud son:

- Norgestrel 0.3 mcg y Etinilestradiol 0.03 mcg
- Levonorgestrel 0.15 mcg y Etinilestradiol 0.03 mcg

En el siguiente cuadro se presentan los efectos secundarios más comunes y su manejo.

Los anticonceptivos orales combinados no son abortivos. Las investigaciones sobre los AOC han encontrado que no interrumpen un embarazo en curso.

Cuadro 5.2. Manejo de los efectos secundarios comunes de las pastillas anticonceptivas

Efectos secundarios	Manejo
Amenorrea (ausencia de toda mancha o sangrado vaginal después de concluir el ciclo de pastillas)	Descarte un embarazo. Si la usuaria está tomando las pastillas en forma correcta, tranquilícela. Explíquele que la ausencia de menstruación es debida, con gran probabilidad, a cambios en el endometrio. Si la usuaria no está satisfecha, pruebe con pastillas con alta dosis de estrógeno (50µg de etinilestradiol) de estar disponibles y siempre que no existan condiciones que requieran precaución. El riesgo de embarazo es mayor si se olvida tomar las pastillas o si se toman con retraso. Si las pastillas se toman en forma continua (presentación de 28 días) el resultado puede ser una amenorrea. Esto no es dañino. De confirmarse un embarazo intrauterino, oriente a la usuaria respecto a la atención prenatal. Interrumpa el uso y asegúrele que la pequeña dosis de estrógeno y progestágeno presente en las pastillas no tendrá efecto dañino alguno sobre el feto. Si no está embarazada, no se requerirá tratamiento alguno, aparte de brindarle orientación y tranquilizarla. En general, la amenorrea persistirá si ella continúa usando las pastillas. Adviértale a la usuaria que regrese a la clínica si la amenorrea sigue siendo un motivo de preocupación.
Náusea / mareos / vómitos	Descarte un embarazo. Si vomita en un lapso de una hora, que tome una nueva pastilla. De estar embarazada, maneje el caso como se indicó arriba. De no estar embarazada, aconséjele que tome la pastilla con la cena o antes de acostarse. Tranquilícela diciéndole que, por lo general, los síntomas disminuyen después de los primeros tres ciclos de pastillas.
Manchas / sangrado vaginal	Descarte un embarazo y otras indicaciones ginecológicas. Aconséjele que tome las pastillas a la misma hora cada día. Tranquilícela diciéndole que las manchas/sangrado menstrual leve es común durante los tres primeros meses de uso de las pastillas y después disminuye. De persistir, proporciónale pastillas con un mayor contenido de estrógeno (etinilestradiol) o ayude a la usuaria a escoger otro método.

Signos de alarma

- Dolor en el pecho y dificultad respiratoria
- Dolor de cabeza con visión borrosa
- Dolor fuerte en las piernas
- Ausencia de cualquier sangrado mientras toma las pastillas de hierro o placebo
- Ictericia

Seguimiento

Usuaría nueva:

- Provea a la usuaria 1 ciclo de pastillas y verifique la comprensión del uso del método.
- Cite al mes para investigar efectos secundarios y reforzar consejería.
- Dé instrucciones según el material de IEC.
- Entregue el trifoliar sobre las pastillas.
- La comadrona no entregará ciclos en usuaria nueva, únicamente en reconsulta.

Reconsulta:

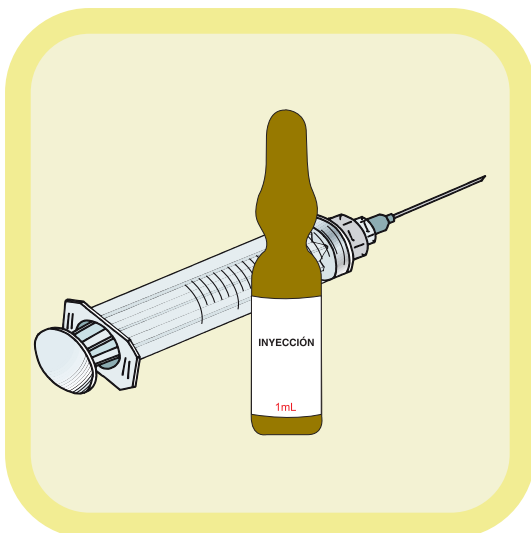
- Investigue sobre la satisfacción con el método.
- Entregue 3 ciclos. En el reabastecimiento no es necesario que la usuaria pase a consulta médica.
- Cite cada 3 meses para reabastecimiento hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método.

En todo caso:

- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- Cite en 1 mes para investigar sobre los efectos secundarios y reforzar consejería.
- Informe que puede regresar al servicio en cualquier momento.
- Recomiende tamizaje cervicouterino.

Anticonceptivos Inyectables Combinados (AIC)

Inyección mensual



Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, administrado por inyección intramuscular mensual. Contiene progestágeno y estrógeno sintético.

¿Cómo actúa?

La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio.

Eficacia

La eficacia es superior al 99% si se usa de manera correcta y sostenida, 97% como se usa comúnmente. (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/). La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación de la inyección; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su aplicación o la omite.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres en cualquier edad reproductiva. • Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas. • Mujeres que deseen una protección altamente eficaz. • Mujeres que no están amamantando, después de las 6 semanas posparto. • Mujeres posaborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días). • Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes. • Mujeres con historia de embarazo ectópico. • Mujeres con anemia. • Mujeres que no puedan acordarse de tomar las pastillas diariamente.	• Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo. • Mujeres con enfermedad hepática activa. • Mujeres con historia de enfermedad trombo-embólica, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica y reumática. • Mujeres que serán sometidas a cirugía mayor en un período de 4 semanas. • Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años de edad. • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres con diabetes de más de 20 años de duración y con compromiso vascular. • Mujeres dando lactancia durante los primeros 6 meses posparto.

Inyectables mensuales para mujeres con VIH

Las mujeres infectadas con VIH o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden usar inyectables mensuales de manera segura.

Recomiende a las mujeres con VIH a utilizar condones junto con los inyectables mensuales. Utilizados de manera consistente y correcta, los condones ayudan a evitar la transmisión de las ITS incluyendo el VIH.



Ventajas y beneficios

- Es altamente eficaz.
- Eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual.
- No interfiere con la relación sexual.
- Conveniente y fácil de usar.
- Ocasiona pocos efectos colaterales.
- Puede ser administrado por personal capacitado no médico.
- Disminuye la cantidad, duración y dolor durante el período menstrual.
- Protege contra el cáncer ovárico y del endometrio.
- Disminuye la enfermedad benigna de la mama.
- Puede mejorar la anemia.
- No requiere de ninguna acción diaria.
- Su uso es discreto; nadie se entera si una mujer está usando la inyección.
- Pueden interrumpirse en cualquier momento, sólo debe esperar a que pase el efecto de la inyección administrada en el mes.
- Puede utilizarse como método de larga duración.

Aclaración de rumores e información equivocada

Los inyectables mensuales:

- Pueden interrumpir las menstruaciones, pero eso no es perjudicial para la salud. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan adelanto de la menopausia.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No alteran el comportamiento sexual de la mujer.

Limitaciones

- Puede causar cambios en el patrón del sangrado menstrual durante los primeros seis meses de uso.
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Una vez administrado el método, la usuaria no puede interrumpir su uso, puesto que es un método de depósito intramuscular. Debe esperar hasta que pase el efecto.
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia o tuberculosis.

Aplicación del método

Se aplica cada 30 días, hasta, más o menos, con tres días de diferencia de la dosis anterior, por vía intramuscular.

¿Cuándo iniciar el método?

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- Siempre que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada.
- En el posparto: después de 3 semanas si la madre no está amamantando y después de 6 meses posparto si está amamantando.
- Posaborto: en los primeros 7 días pos legrado o AMEU.

Manejo de los efectos secundarios comunes

El manejo de los efectos secundarios comunes se presenta en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.3. Manejo de los efectos secundarios comunes de los inyectables combinados

Efectos secundarios	Manejo
Ausencia de sangrado vaginal periódico	Descarte un embarazo. De confirmarse un embarazo intrauterino, oriente a la usuaria con respecto a la atención prenatal. Interrumpa el uso de los anticonceptivos inyectables y asegúrele que la pequeña dosis de estrógeno y progestágeno presente en los Anticonceptivos Inyectables Combinados no tendrá efecto dañino sobre el feto. Si no está embarazada, no se requerirá tratamiento alguno aparte de brindarle orientación y tranquilizarla. En general, la amenorrea persistirá si ella continúa usando los AIC. Asegurarle que la amenorrea no constituye síntoma de peligro. Sin embargo, si la mujer desea cambiar de método, ayudarla a elegir otro.

Náusea / mareos / vómitos	Descarte un embarazo. De estar embarazada, maneje el caso como se indicó arriba. De no estar embarazada, tranquilícela diciéndole que, por lo general, los síntomas disminuyen después de las primeras tres inyecciones.
Manchas / sangrado vaginal frecuente	Descarte un embarazo, ITS u otras condiciones ginecológicas. Tranquilícela diciéndole que las manchas/sangrado menstrual leve son comunes durante los 6 primeros meses de uso de los AIC y después disminuye. De persistir, y si inquieta a la usuaria, ayúdela a escoger otro método.

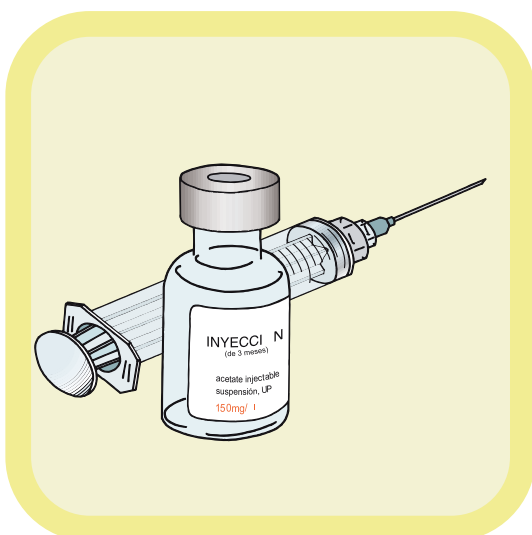
Seguimiento

- Inyecte una dosis a la usuaria y verifique la comprensión del uso del método.
- Cite al mes para investigar efectos secundarios y reforzar consejería.
- Dé instrucciones según el material de IEC.
- Entregue el trifoliar de la inyección.
- Informe que puede regresar al servicio en cualquier momento.

Reabastecimiento:

- Investigue la satisfacción con el método.
- Inyecte una dosis a la usuaria. En el reabastecimiento no es necesario que la usuaria pase a consulta médica.
- Cite cada mes para reabastecimiento hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método.

Injectables solo de progestágenos



La inyección bimensual y trimestral

Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible administrado por inyección intramuscular cada 2 meses o trimestral. Contienen un progestágeno sintético de depósito.

¿Cómo actúa?

Inhibe la ovulación (salida del óvulo de los ovarios) y aumenta la consistencia del moco cervical lo que dificulta el paso de los espermatozoides. También produce cambios en el endometrio, alterando su crecimiento y grosor, lo que origina ausencia del sangrado menstrual.

Eficacia

La eficacia es superior al 99% si se usa de forma correcta y sostenida, 97% como se usa comúnmente. (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/). La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.

Quién puede usarlo	Quién no puede usarlo
• Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años (con algunas salvedades, ver Criterios Médicos de Elegibilidad). • Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas. • Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva. • Mujeres en período de lactancia (después de la sexta semana posparto). • Mujeres que estén en el posparto inmediato y que no estén amamantando. • Mujeres en posaborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días). • Mujeres fumadoras (independientemente de la edad y cantidad de cigarrillos que fumen al día). • Mujeres que reciben medicamentos para la epilepsia o tuberculosis.	• Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado). • Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado. • Mujeres con antecedentes de o con cáncer de mama. • Hipertensión no controlada. • Trombosis venosa profunda aguda. • Ictus. • Infarto. • Cardiopatía isquémica. • Tumor hepático. • Cáncer de mama actual.

Anticonceptivos inyectables de progestina sola para mujeres con VIH

Las mujeres VIH positivas, con sida, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar inyectables con progestina sola con seguridad.

Recomiende a estas mujeres utilizar condones junto con los inyectables con progestina sola. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS si se utilizan de manera consistente y correcta.



NOTA: El MSPAS sugiere al proveedor sopesar cuidadosamente riesgos y beneficios en cada caso, en los extremos de la edad reproductiva.

Los CME ubican a este método como categoría 2 en adolescentes y mayores de 40 años (Disco de CME, OMS).

Recomiende usar condones para prevención de ITS.

Ventajas y beneficios

- Alta eficacia.
- Eficacia rápida (de iniciarse en los primeros 7 días del ciclo).
- No se requiere un examen pélvico antes del uso.
- No interfiere con el coito.
- No afecta la lactancia materna aplicada después de 6 semanas posparto; no altera la cantidad y calidad de la leche materna.
- Pocos efectos secundarios.
- Puede ser administrada por personal capacitado no médico.
- No contiene estrógeno.
- Puede disminuir los dolores menstruales.
- Mejora la anemia.
- Brinda protección contra el cáncer del endometrio, patologías benignas de la mama y fibromas uterinos.
- Confiere privacidad a la usuaria.
- Puede utilizarse como método de larga duración.

Limitaciones

- La amenorrea es un efecto esperado del anticonceptivo, especialmente después del primer año de uso.
- Aumento de peso (más o menos 4 libras cada año).
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias).
- Es necesario el reabastecimiento (volver a la clínica cada 60 +/- 7 días para inyección de 2 meses o cada 90 +/- 15 días para la inyección trimestral).
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.
- Retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección, independientemente del tiempo de uso (Criterios de Elegibilidad de la OMS, 2009).
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres.

Aplicación del método

¿Cuándo iniciar?

En cualquier momento:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.

Posparto:

- Después de las 6 semanas si está amamantando.
- Inmediatamente si no sobrevive el niño o sino está amamantando.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA), después de 6 semanas posparto o cuando ya no se cumpla alguno de los tres requerimiento del MELA.

Posaborto:

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.

Administraciones subsiguientes

- Cada inyección de acetato de medroxiprogesterona (AMPD) se administra tres meses después de la anterior. Sin embargo, se puede aplicar 2 semanas antes o 2 semanas después de la fecha exacta.
- Cada inyección de enantato de noretisterona (NET-EN) se administra 2 meses después de la anterior. Sin embargo, se puede aplicar una semana antes o una semana después de la fecha exacta.

Consideraciones especiales

Las presentaciones más usadas son:

- Enantato de noretisterona (NET-EN) 200 mg para administrar cada 2 meses (60 días)
- Acetato de medroxiprogesterona (AMPD) 150 mg para administrar cada 3 meses (90 días)

No realizar masaje en el área de la inyección.

Manejo de los efectos secundarios comunes

El manejo de los efectos secundarios comunes se presentan en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.4. Manejo de los efectos secundarios comunes de los inyectables solo de progestágenos

Efectos secundarios	Manejo
Amenorrea (ausencia de manchas o sangrado vaginal)	Descarte un posible embarazo. De no estar embarazada, no se requiere tratamiento alguno aparte de tranquilizar a la usuaria. Explíquela que con la amenorrea, la sangre no se acumula dentro del útero. La acción continuada de pequeñas cantidades de progestágeno adelgaza el endometrio, lo cual conduce a un menor sangrado menstrual y en algunas mujeres a la ausencia total de sangrado. Por último, adviértale a la usuaria que debe regresar a la clínica si continúa preocupada por la amenorrea. De confirmarse un embarazo, oriente a la usuaria respecto a la atención prenatal. Deje de administrar el anticonceptivo inyectable y asegúrele que la pequeña dosis de progestágeno no tendrá efecto dañino alguno sobre el feto. De sospecharse un embarazo ectópico, refiérala de inmediato para una evaluación completa. No administre un tratamiento hormonal (anticonceptivos orales combinados) para inducir el sangrado por retiro de los anticonceptivos; lo cual no es necesario y, por lo general, no es exitoso a menos que se administren 2 o 3 ciclos de los anticonceptivos orales combinados.

Sangrado / manchas vaginales	De no encontrarse problema alguno, aconseje a la usuaria diciéndole que el sangrado/manchas no representa un problema grave y que por lo general no requiere tratamiento. La mayoría de las mujeres pueden esperar que el patrón de sangrado alterado se regularice después de 6 a 12 meses de uso. Si la usuaria no está satisfecha después de la orientación y de tranquilizarla, ofrezca otro método, pero si desea continuar con los anticonceptivos inyectables, se recomiendan dos opciones de tratamiento: • Un ciclo de anticonceptivos orales combinados (30–35 µg de EE), o • Ibuprofén (400 mg 3 veces al día por 5 días) u otro medicamento antiinflamatorio no esteroide (AINES) Asegúrese de decirle a la usuaria que debe esperar que se produzca el sangrado durante la semana después de haber terminado el paquete de los anticonceptivos orales combinados (paquete de 21 pastillas) o durante las últimas 7 pastillas, si se trata de un paquete de 28 pastillas. En los casos de un sangrado profuso, adminístrele: • 2 pastillas de anticonceptivos orales combinados por día durante 7 días, seguido por 1 ciclo de anticonceptivos orales combinados. Si el sangrado persiste ofrezca otro método.
Cefaleas / dolor de cabeza	Determine si ha habido un cambio en el patrón o severidad de los dolores de cabeza desde que inició el anticonceptivo inyectable. De no ser así y si los dolores de cabeza son leves, trátelos con analgésicos y tranquilice a la usuaria. Si los dolores de cabeza son fuertes o han empeorado, deje de administrar el anticonceptivo inyectable y ayude a la usuaria a elegir otro método (no hormonal).
Náusea / mareos / nerviosismo	Determine si está embarazada. De estarlo, maneje la situación como se indicó anteriormente. De no estar embarazada, tranquilícela como se indicó antes.

Aumento o pérdida de peso y cambios en el apetito	Aconseje a la usuaria explicándole que las fluctuaciones de peso son comunes con el uso de los anticonceptivos inyectables. Analice la dieta si el cambio en el peso corporal es excesivo. Si el aumento (o la pérdida) de peso siguen siendo inaceptables para la usuaria aun después de la orientación nutricional, interrumpa el uso del anticonceptivo y ayude a la usuaria a elegir otro método.
---	---

Seguimiento

• Usuaria nueva de inyección (NET-EN o DMPA):

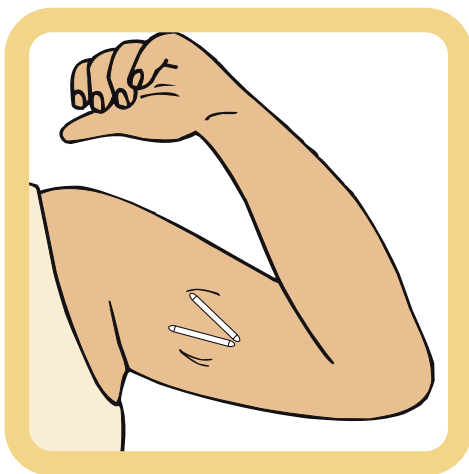
- Inyecte una dosis.
- De cita a los 3 meses para DMPA para investigar efectos secundarios y reforzar consejería.
De cita a los 2 meses para NET-EN.
- De instrucciones según el material de IEC.
- Entregue el trifoliar de la inyección.

• Reabastecimiento:

- Investigue la satisfacción con el método.
- Inyecte una dosis. En el reabastecimiento no es necesario que la usuaria pase a consulta médica.
- Dé cita cada 3 meses para DMPA para reabastecimiento y así sucesivamente hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método.
- Dé cita cada 2 meses para NET-EN para reabastecimiento y así sucesivamente hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método.

Aclaración de rumores e información equivocada

- Los inyectables en ningún caso producen infertilidad (hay retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección, independientemente del tiempo de uso).
- Para la mujer que está amamantando los inyectables solo de progestina son seguros, pero deben empezar a utilizarse después de la sexta semana posparto.
- Los anticonceptivos inyectables no pueden causar un aborto en ningún momento, si se administró accidentalmente durante el embarazo.
- No causan defectos al nacimiento de un bebé, si accidentalmente se administró el inyectable a una mujer embarazada.



Métodos reversibles de larga duración

Implantes subdérmicos

Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por cinco años. Está compuesto por cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón que contienen una hormona llamada levonorgestrel. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, usualmente el izquierdo.

¿Cómo actúa?

Impiden la ovulación y condensan el moco cervical para que no pasen los espermatozoides. Al igual que la inyección trimestral, producen alteración en el endometrio lo que origina cambios en el sangrado menstrual.

Efectividad

El Implante Subdérmico tiene una efectividad del 99% (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/). Es un método muy efectivo.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres en cualquier edad reproductiva. • Mujeres con cualquier parida, incluyendo nulíparas. • Mujeres que quieran una protección altamente eficaz y de larga duración. • Mujeres amamantando (después de las seis semanas posparto). • Mujeres en posparto inmediato que no estén amamantando. • Mujeres en posaborto (iniciar de inmediato o dentro de los 7 días siguientes al aborto). • Mujeres con presión arterial alta, con problemas de coagulación sanguínea. • Mujeres fumadoras (el fumar cigarrillos produce serios daños a la salud). • Mujeres que no puedan o no quieran usar estrógenos. • Mujeres con problemas para recordar tomar pastillas diariamente.	• Mujeres con embarazo posible o confirmado. • Mujeres con sangrado vaginal de causa no diagnosticada (hasta que se evalúe). • Mujeres que no toleren cambios en su patrón de sangrado menstrual. • Mujeres con cáncer de mama. • Mujeres que estén tomando medicamentos para la epilepsia o la tuberculosis. • Trombosis venosa profunda sin terapia anticoagulante. • Cáncer de mama actual. • Hemorragia vaginal inesperada.

Ventajas y beneficios

- Eficacia elevada.
- Eficacia rápida (en menos de 24 horas) si se inicia en los primeros 7 días del ciclo.
- Duración prolongada (hasta 5 años).
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- Retorno inmediato de la fertilidad al removerse.
- Pocos efectos secundarios.
- La usuaria no necesita suministros.
- Puede ser colocado por proveedor no médico capacitado.
- Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales.
- Disminución de las patologías benignas de la mama.
- Disminuye la frecuencia del embarazo ectópico.

Limitaciones

- En la mayoría de las mujeres causa cambios del patrón menstrual (manchado/sangrado irregular inicialmente, ausencia de menstruación).
- Puede haber aumento o disminución de peso.
- Requiere un proveedor capacitado y disponible para su inserción y remoción.
- No brinda protección contra las ITS incluyendo el VIH.

Los implantes subdérmicos comienzan a perder eficacia después de 5 años de uso en mujeres que pesan entre 70-79 kg.

En mujeres de más de 80 kg pierde eficacia después de 4 años de uso. Por lo que es aconsejable que estas mujeres cambien el método antes o al cumplir los 4 años de uso.

Aplicación del método

¿Cuándo iniciar?

En cualquier momento:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual en que se pueda estar razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada.

Posparto:

- Después de las 6 semanas posparto, si la madre está amamantando al bebé.
- Inmediatamente, si no sobrevive la/el niña/o o no está amamantando.
- Si está utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) a las 6 semanas posparto o cuando no se cumpla alguno de los tres requisitos del MELA.

Posaborto:

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
- Si está utilizando otro método como la T de cobre, la AMPD o pastillas puede insertarse en cualquier momento.

Manejo de los efectos secundarios

En el siguiente cuadro se presentan los efectos secundarios y su manejo.

Cuadro 5.5. Manejo de los efectos secundarios de los implantes subdérmicos

Efectos secundarios	Manejo
Amenorrea (ausencia de manchas o sangrado vaginal)	Descarte un posible embarazo. De no estar embarazada, no se requiere tratamiento alguno aparte de tranquilizar a la usuaria. Explíquela que con la amenorrea, la sangre no se acumula dentro del útero. La acción continuada de pequeñas cantidades de progestágeno (levonorgestrel) adelgaza el endometrio, lo cual resulta en un menor sangrado menstrual y en algunas mujeres, en la ausencia total de sangrado. Por último, adviértale a la usuaria que debe regresar a la clínica si sigue preocupada por la amenorrea. De confirmarse un embarazo intrauterino, oriente a la usuaria respecto a la atención prenatal. Remueva los implantes y asegúrele que la pequeña cantidad de progestágeno (levonorgestrel) no tendrá efecto dañino alguno sobre el feto. De sospecharse un embarazo ectópico, refiérala de inmediato para una evaluación especializada. No administre un tratamiento hormonal (AOC) para inducir el sangrado por retiro de los anticonceptivos. Ello no es necesario y, por lo general, no es exitoso.
Sangrado / manchas vaginales	De no encontrarse problema alguno, aconseje a la usuaria diciéndole que el sangrado/manchas no representan un problema grave y que, por lo general, no requieren tratamiento. La mayoría de las mujeres pueden esperar que el patrón de sangrado alterado se regularice después de 6 a 12 meses. Si la usuaria no está satisfecha después de la orientación y de tranquilizarla, pero desea continuar con los implantes, se recomiendan dos opciones de tratamiento: • Un ciclo de anticonceptivos orales combinados (30–35 µg de EE), o • Ibuprofén (hasta 400 mg 3 veces al día por 5 días) u otro medicamento antiinflamatorio no esteroide.

Efectos secundarios	Manejo
Sangrado / manchas vaginales	Asegúrese de decirle a la usuaria que debe esperar que se produzca el sangrado durante la semana después de haber terminado el paquete de los anticonceptivos orales combinados (paquete de 21 píldoras) o durante las últimas 7 pastillas si se trata de un paquete de 28 pastillas. Si el sangrado no se reduce entre 3 a 5 días o si es muy abundante, adminístrele 2 pastillas de anticonceptivos orales combinados por día durante el resto del ciclo (mínimo de 3 a 7 días), seguido por 1 ciclo de anticonceptivos orales combinados o cambie a 50 µg estrógeno etinilestradiol (EE) por 14–21 días. En los casos de sangrado profuso, adminístrele 2 píldoras de AOC por día durante el resto del ciclo (mínimo de 3 a 7 días), seguido por 1 ciclo de AOC, o cambie a 50 µg estrógeno etinilestradiol (EE) o a 1,25 mg de estrógeno conjugado por 14–21 días.
Expulsión de los implantes / barritas	Extraiga los implantes expulsados parcialmente. Verifique si están en su sitio. • Si la zona de inserción no está infectada (no hay dolor, calor ni rubor) reemplace los implantes. • Si la zona de inserción está infectada: – extraiga los implantes restantes e inserte un nuevo juego en el otro brazo y – trate la infección. • Si la usuaria ya no quiere usar este método, ayúdela a elegir otro método a través de la consejería.
Infección en el sitio de la inserción	De haber infección (sin absceso), lave la zona con agua y jabón y administre el antibiótico oral apropiado por 7 días. No extraiga los implantes. Pídale a la usuaria que regrese después de 1 semana. De no haber mejoría, extraiga los implantes e inserte un nuevo juego en el otro brazo o ayude a la usuaria a elegir otro método.

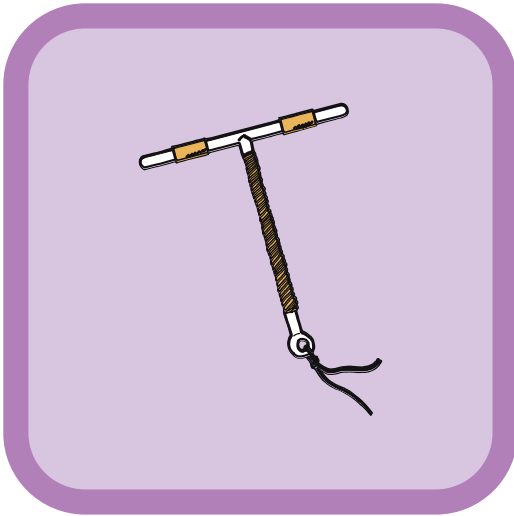
Efectos secundarios	Manejo
Cefaleas / dolor de cabeza	Determine si ha habido un cambio en el patrón o la severidad de los dolores de cabeza desde que se insertaron los implantes. De no ser así, y si los dolores de cabeza son leves, trátelos con analgésicos y tranquilice a la usuaria. Si los dolores de cabeza son fuertes o han cambiado, remueva los implantes y ayude a la usuaria a elegir otro método (no hormonal).
Náusea / mareos / nerviosismo	Determine si está embarazada, de estarlo, maneje la situación. Tranquilícela y refiérela a la atención prenatal, asegúrele que pasará en unos días si hay embarazo. De no estar embarazada, tranquilícela como se indicó con anterioridad.

Seguimiento

- Cite a los 8 días para evaluación y descartar complicaciones.
- Cite anualmente hasta completar los cinco años de eficacia del método o en cualquier momento si la mujer desea que se le retire o tiene dudas.
- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- De instrucciones según el material de IEC .

Métodos reversibles de larga duración

T de cobre 380A



Descripción

La T de cobre es un pequeño dispositivo de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible. El más usado actualmente es la T de cobre 380A que consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm² de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre

se localizan en el vástago vertical y 33 mg en cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno.

¿Cómo actúa?

La T de cobre reduce la posibilidad de que el espermatozoide fertilice el óvulo:

- Afectando la capacidad de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina a las trompas inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Alterando la consistencia del moco cervical, espesándolo y disminuyendo de esta forma la movilidad de los espermatozoides.
- Aumentando la fagocitosis (proceso mediante el cual células especializadas degradan y destruyen células y sustancias extrañas) en la cavidad endometrial.

Eficacia

La T de cobre tiene una efectividad de 99% en el primer año de uso; (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/); brinda una protección anticonceptiva de 10 años.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres en edad reproductiva. • Mujeres de cualquier paridad incluyendo nulíparas. • Mujeres solteras o casadas. • Mujeres que deseen una protección altamente eficaz. • Mujeres que deseen un método de larga duración y no deseen o no puedan operarse todavía. • Mujeres que desean cambiar de método para continuar planificando su familia. • Mujeres que olviden tomar la pastilla cada día o presenten dificultad para asistir periódicamente a un servicio de salud a recibir un método de Planificación Familiar.	• Mujeres con sospecha de embarazo. • Mujeres con sangrado genital no diagnosticado (hasta que se haya determinado la causa del sangrado y se haya tratado el problema). • Mujeres con enfermedad pélvica actual • Infección de transmisión sexual con gonorrea o clamidia actual. • Mujeres posaborto o posparto séptico. • Mujeres con anomalías uterinas congénitas o tumores uterinos benignos (miomas) que alteren la forma de la cavidad uterina y mujeres con estenosis cervical severa (cuello de la matriz cerrado o rígido).

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Mujeres que presenten contraindicaciones para realizarse la operación. • Mujeres que presenten enfermedad hepática activa. • Mujeres con diabetes. • Mujeres con antecedentes de enfermedad de mama incluyendo cáncer. • Mujeres fumadoras de más de 35 años de edad. • Mujeres que estén amamantando. • Mujeres en el posparto; hay tres momentos para insertarla: - Inmediatamente pos alumbramiento normal (después de la salida de la placenta). - Antes del egreso hospitalario (antes 48 de horas posparto). - Dentro de la cuarta a sexta semana del puerperio cuando no hay antecedentes de infección. • Mujeres posaborto que no presenten signos de infección pélvica (insertar inmediatamente o dentro de los primeros siete días posaborto). • Mujeres con bajo riesgo de infección del tracto genital y otras ITS por ejemplo VIH. • Mujeres que no quieren o no pueden utilizar métodos hormonales. • Mujeres que hayan tenido un embarazo ectópico La mujer puede comenzar a utilizar un dispositivo intrauterino (DIU): (ninguno de estos es requisito para utilizar DIU) • Sin realizarse exámenes de ITS. • Sin sospecha de embarazo. • Sin realizarse prueba de VIH. • Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio. • Sin realizar una pesquisa de cáncer cervical. • Sin realizar un examen de mamas.	• Mujeres con cáncer cervical, endometrial u ovárico. • Mujeres con enfermedad del trofoblasto. • Mujeres con antecedentes de tuberculosis pélvica o enfermedad tuberculosa activa pélvica. • Gran probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia.

Ventajas y beneficios

- Eficacia inmediata.
- Método a largo plazo.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No afecta la lactancia materna.
- Retorno inmediato de la fertilidad al retirarla.
- Pocos efectos colaterales.
- No necesita de insumos de reemplazo.
- Económico.

Limitaciones

- Requiere un examen pélvico y evaluación de la presencia de infecciones del tracto genital antes de la inserción.
- Requiere de un proveedor capacitado para la inserción y remoción.
- Aumenta el sangrado y cólico menstrual en los primeros meses de uso.
- Puede ser expulsada espontáneamente.
- Aunque raro, puede ocurrir perforación uterina (1 en 1000 casos) durante la inserción.
- No brinda protección contra infecciones del tracto genital, ITS incluyendo el VIH.
- Si tiene sida y no está en terapia antirretroviral o no está bien clínicamente, no debe utilizarse.

Aplicación del método

La T de cobre se puede insertar en las siguientes oportunidades:

- Intervalo

Se puede insertar en cualquier momento del ciclo menstrual si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.

- Posparto y cesárea

La inserción puede realizarse inmediatamente después del alumbramiento o durante la cesárea. También puede insertarse de 4 a 6 semanas posparto.

- Posaborto

La T de cobre puede insertarse inmediatamente después de un aborto sin complicaciones. El riesgo de complicaciones siguientes a la inserción posaborto no es mayor que el relacionado con la T de cobre de intervalo, siempre y cuando no haya infección del cérvix o de la cavidad uterina y el útero se haya evacuado totalmente.

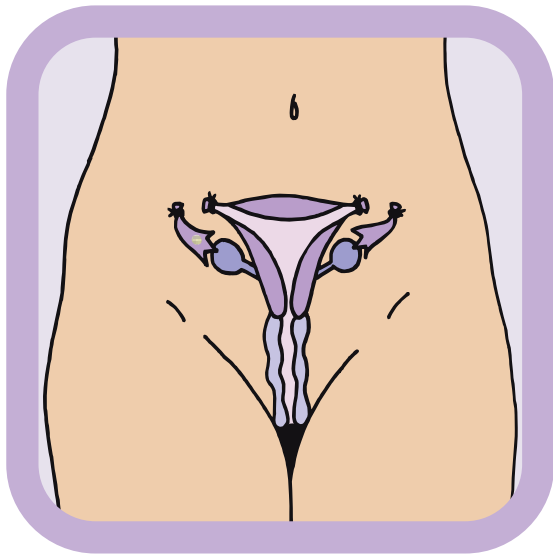
Cuadro 5.6. Manejo de los efectos secundarios de la T de cobre

Condición	Manejo
Manchado, sangrado y hemorragia	Las usuarias de la T de cobre pueden presentar aumento de los días de sangrado, sangrado persistente, manchado entre ciclo y ciclo, palidez o debilidad. Deben excluirse otras causas de sangrado como: procesos infecciosos, disfunción endocrina, cáncer cervical y endometrial, pólipos, perimenopausia, miomatosis, sangrado pos coito o expulsión parcial de la T de cobre. Si el sangrado se relaciona con la T de cobre, se recomienda la extracción en caso de: • sangrado asociado con endometritis. • la usuaria desea que se la retiren. Cuando existe aumento del sangrado menstrual, la orientación apropiada, la amabilidad y la confianza pueden aumentar la aceptación de este efecto secundario. Se ha comprobado que el tratamiento con tabletas de fumarato ferroso compensa la pérdida de sangre, 1 tableta semanal por 1 a 3 meses. También se recomienda el uso de Ibuprofén durante el episodio del sangrado para disminuirlo (400 mg cada 8 horas por 1 semana). En general, el sangrado profuso disminuye después de varios ciclos menstruales; pero si continúa, debe retirarse la T de cobre.
Dolor, cólico e infección	Debe buscarse la causa del dolor; de no encontrarse causa y los dolores no sean severos, proporciónale un anti inflamatorio (Ibuprofén, 400 mg tres veces al día). Si se diagnostica una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) -flujo vaginal o cervical, dolor abdominal o, al movilizar el cérvix, sangrado anormal, fiebre, escalofríos u otro- tratar y dar seguimiento a la infección (ver manejo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria –EPI- en páginas 1-25 y 2-20 del Tomo II <i>Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual</i>).
Ausencia de los hilos de la T de Cobre	Casi siempre se detecta en la visita médica de control y sucede más a menudo en la usuaria de la T de cobre posparto. Se debe tomar en cuenta que la T de cobre: • Pudo haber sido expulsada. • Puede encontrarse dentro del útero. • Puede estar en la cavidad abdominal.

	Algunas veces, los hilos se encuentran mediante un sondeo suave del canal endocervical. Se puede usar una sonda helicoidal o una pinza de lagarto para enganchar los hilos. Debe descartarse la presencia de un embarazo. En caso negativo, debe referirse a la usuaria a un servicio que cuente con ayudas diagnósticas especiales (Rx y de ultrasonido).
La T de cobre y el embarazo	Cuando la usuaria de la T de cobre queda embarazada, es indispensable considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Existe mayor riesgo de aborto espontáneo, aborto séptico y parto prematuro cuando la usuaria queda embarazada y la T de cobre se deja en el útero. Si se detecta un embarazo, la T de cobre debe retirarse si los hilos están visibles, en el primer trimestre (antes de las 13 semanas); en caso contrario, se debe dejar en su lugar a no ser que sea fácil su extracción sin causar daño. Es preciso informar a la usuaria acerca de los riesgos asociados y referirla a un servicio que atienda casos de mayor complejidad.
Perforación uterina	Es una complicación muy rara y cuando ocurre, es casi siempre en el momento de la inserción. Los procedimientos básicos para manejar esta complicación son iguales que los que se siguen para la inserción de intervalo y posparto. Si la perforación se confirma o sospecha durante la inserción, se debe seguir los siguientes pasos: • Suspender el procedimiento de inmediato. Si ya se ha colocado la T de cobre, retirarla, si es posible, halando los hilos suavemente. • Mantener a la usuaria en reposo y observar si presenta síntomas de sangrado intraabdominal, como caída de la presión arterial, aumento del pulso, dolor abdominal severo, sensibilidad, defensa o rigidez de la pared abdominal. • Controlar los signos vitales cada 15 minutos durante los 90 minutos siguientes a la perforación. Hacer que la paciente se incorpore. Observar si presenta signos de desmayo o un cambio brusco en el pulso.

Seguimiento

- Anote la atención en el SIGSA (3H, 3C/S, 3P/S o 4 C/S, según el tipo de clínica que atiende el servicio de Planificación Familiar).
- Registre la atención en el carné de Planificación Familiar y ficha clínica de Planificación Familiar (centros comunitarios, puestos de salud, centros de salud y hospitales).
- Inserción de intervalo: cite al mes (una semana después de haber terminado su menstruación) para descartar expulsión parcial o total de la T de cobre, descartar infección, asegurar la satisfacción de la usuaria y reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control, cuando ella lo desee o presente complicaciones.
- Inserción posparto o transcesárea: cite a las 6 semanas para control, descartar expulsión parcial o total de la T de cobre o infección, cortar los hilos y para asegurar la satisfacción de la usuaria, reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control, cuando ella desee o presente complicaciones.
- Inserción posaborto: Cite al mes para descartar expulsión parcial o total de la T de cobre o infección; asegurar la satisfacción de la usuaria y reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control cuando ella desee o presente complicaciones.
- Dé instrucciones según el material de IEC.



Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina

Operación de la mujer

Descripción

Es un método anticonceptivo quirúrgico de carácter permanente para mujeres que ya no desean tener más hijos. Consiste en la oclusión tubárica bilateral (OTB). También se le llama esterilización tubárica, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQVF), salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y “la operación de la mujer”.

¿Cómo actúa?

Al bloquear las trompas de Falopio (mediante corte, cauterización, colocación de anillos o grapas) se impide que los espermatozoides lleguen al óvulo y lo fertilicen.

Eficacia

Eficacia mayor al 99%. (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/). La tasa de fallo es muy baja; ocurre un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso (5 en 1,000 mujeres operadas en el primer año de uso).

¿Cómo se realiza la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina?

Los dos abordajes quirúrgicos más utilizados son:

- La minilaparotomía: supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión para cortarlas o bloquearlas.
- La laparoscopia: supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente a través de una pequeña incisión. El laparoscopio permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas de Falopio en el abdomen.

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQVF) funciona porque al cortar o bloquear las trompas, los óvulos liberados por los ovarios ya no pueden entrar y moverse por las trompas bloqueadas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

¿Quien puede usarlo?	¿Quien no puede usarlo?
• Mujeres de 18 años de edad o mayores conscientes de que es un método irreversible (permanente), que hayan recibido consejería completa, que consientan el procedimiento voluntariamente y firmen el consentimiento informado. • Mujeres para las cuales el embarazo representa un alto riesgo. • Mujeres de cualquier paridad incluso que no tengan hijos. • Mujeres solteras o casadas. • Mujeres sin autorización de la pareja. • Mujeres en el posparto inmediato (en los últimos 7 días) o después de 6 semanas del parto (operación de intervalo). • Mujeres que estén amamantando. • Mujeres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente. • Mujeres posaborto (hasta 7 días). • Durante el procedimiento de cesárea, si así lo desean y han firmado previo el consentimiento informado. • Mujeres con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral. En algunas de las situaciones anteriores, es importante que haya un asesoramiento especialmente cuidadoso para asegurarse que la mujer no lamente su decisión y que el procedimiento se lleve a cabo con seguridad. La mujer se puede someter a esterilización femenina (los siguientes no son requisito para realizarse el AQVF): • Sin hacerse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina. • Sin someterse a pesquisa de cáncer cervical. • Aun cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (realizar prueba verbal de embarazo).	• Mujeres con infecciones pélvicas o sistémicas agudas (hasta que se resuelvan o controlen). • Mujeres con contraindicaciones para el procedimiento quirúrgico (incluyendo el embarazo). • Mujeres que no estén seguras si desean tener hijas/os en el futuro. • Mujeres que manifiesten inestabilidad emocional o inestabilidad con su pareja. • Mujeres que no den ni firmen su consentimiento voluntario e informado.

Ventajas y beneficios

- Eficacia inmediata y elevada.
- Método permanente y difícilmente reversible.
- No interfiere con la lactancia materna.
- No interfiere con el coito.
- El gozo sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones de un embarazo.
- Buen método en el caso de usuarias para quienes el embarazo tenga un alto riesgo para su salud.
- Cirugía sencilla que generalmente se realiza bajo anestesia local y no necesita de hospitalización.

- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios ni sobre la menstruación.
- No necesita suministros ni visitas repetidas.

Esterilización femenina para mujeres con VIH

Las mujeres infectadas con VIH/sida, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden someterse sin peligro a la esterilización femenina. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con VIH/sida es preciso realizar algunos preparativos especiales.

Recomiende a las mujeres con VIH/sida usar siempre condones además de la esterilización femenina. Usados consistente y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.

Nadie debe ser sometido a coerción ni presión para realizarse la esterilización femenina, incluyendo a las mujeres con VIH/sida.

Limitaciones

- Debe considerarse como un método permanente (no reversible).
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad.
- Toda cirugía implica un riesgo.
- Requiere un equipo médico capacitado.
- No brinda protección alguna contra las ITS incluyendo el VIH.

Manejo de efectos colaterales y complicaciones

Informe a las usuarias que los efectos secundarios y complicaciones son poco frecuentes; las complicaciones pueden ser tratadas como se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro 5.7. Manejo de efectos o complicaciones de la operación de la mujer

Efectos secundarios	Manejo
Fiebre e infección de la herida operatoria	Si se presenta fiebre e infección de la herida, emplee antibióticos tales como: Amoxicilina 1 tableta de 500 mg cada 8 horas durante 7 días o Ampicilina 1 tableta de 500 mg cada 6 horas durante 7 días. De haber absceso, drénelo y trátelo con Penicilina Procaina 800,000 UI I.M. cada 24 horas, durante 10 días más Metronidazol 1 tableta de 500 mg, cada 8 horas, por 10 días o Clindamicina 1 cápsula de 300 mg, cada 6 horas, durante 10 días. Limpie la zona con agua y jabón o un antiséptico a diario. Algunas personas pueden requerir hospitalización según criterio médico.
Dolor en el área operatoria	Determine si hay una infección o absceso y administre el tratamiento. Indicar acetaminofén 1 tableta de 500 mg cada 6 horas por 72 horas o Ibuprofén 1 tableta de 400 mg cada 6 horas durante 72 horas.
Lesiones vesicales o intestinales (muy raras)	Diagnostique el problema y manéjelo en la forma apropiada. De haber una lesión vesical o intestinal y de reconocerse la misma durante el procedimiento, haga la reparación primaria. De descubrirse la lesión en el postoperatorio, remita a la usuaria al centro de mayor resolución quirúrgica según se requiera.
Hematomas (subcutáneos)	Aplique compresas húmedas calientes en el área afectada y observe evolución ya que por lo general se resuelve espontáneamente. Si es muy extenso, tal vez requiera drenaje. Refiera a la usuaria al centro de mayor resolución.

Condiciones que requieren tomar precauciones

- Epilepsia o uso de medicinas para convulsiones (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos o primidona).
- Uso de antibióticos: Rifampicina o Griseofulvina.
- Diabetes sin enfermedad vascular
- Cirrosis hepática leve, tumores hepáticos o esquistosomiasis con fibrosis de hígado (ojos o piel amarillos)
- Anemia drepanocítica
- Anemia hereditaria
- Enfermedad renal
- Hernia diafragmática

- Desnutrición grave (según evaluación nutricional)
- Obesidad (según evaluación nutricional)
- Cirugía abdominal electiva en la época en que se desea la AQVF
- Enfermedad cardíaca sintomática
- Trastornos de la coagulación sanguínea
- Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) previa/actual

Las usuarias con problemas médicos significativos podrían requerir un manejo especial para el procedimiento y seguimiento. Por ejemplo, el procedimiento podría tener que hacerse en una instalación de alto nivel y no en una instalación ambulatoria. Siempre que sea posible, los problemas médicos significativos deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Consentimiento informado

Ver anexo 5.

Aplicación del método

La operación de la mujer se puede realizar en las oportunidades que muestra el cuadro 5.8

Cuadro 5.8 Oportunidades para la realización de la operación de la mujer

Intervalo	Efectuar en los primeros 7 días o en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
Trancesárea	Efectuar durante la operación cesárea, después de la expulsión placentaria y luego de haber suturado la cavidad uterina y controlado el sangrado.
Posparto	Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días posparto. El fondo uterino está cerca del ombligo lo cual permite que a través de una pequeña incisión subumbilical de 2 cm de longitud se tenga un fácil acceso a las trompas.
Posaborto	Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días después del aborto siempre que no haya infección.

Instrucciones para la usuaria

Indicar a la usuaria que antes del procedimiento debe de cumplir con las siguientes indicaciones:

- Firmar el consentimiento informado posterior a la consejería (ver anexo 5).
- No comer o beber ningún alimento 6 horas antes de la cirugía.
- No tomar ningún medicamento 24 horas antes, a menos que sea por prescripción médica.
- Bañarse con agua y jabón antes de la cirugía, especialmente lavar bien el abdomen, lugar donde se hará la incisión.
- Vaciar totalmente la vejiga antes del procedimiento.
- No rasurarse.
- Acudir al hospital con ropa limpia y floja.
- No aplicarse maquillaje ni llevar joyas.
- Ir acompañada de un familiar o amigo/a.

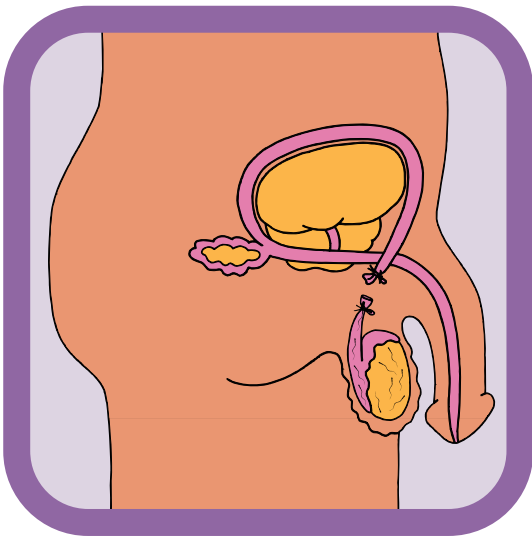
Además:

- Dé instrucciones según el material de IEC.
- Entregue el trifoliar sobre operación de la mujer.
- Entregue la hoja *Recomendaciones para después de la operación de la Mujer*.

Seguimiento

- Explique a la usuaria que después del procedimiento debe cumplir con las siguientes indicaciones:
 - Mantener seco y limpio el sitio de la incisión durante 2 días.
 - Descansar 2 o 3 días. Reiniciar las actividades normales cuando se sienta bien para hacerlo.
 - Evitar relaciones sexuales por una semana. Una vez reiniciadas, interrumpirlas si siente molestias.
 - Evitar levantar cosas pesadas por una semana.
- Indique que luego de la operación puede haber dolor; si se presenta, tomar una o dos tabletas analgésicas (acetaminofén o paracetamol) cada 4 o 6 horas. No debe tomar aspirina o Ibuprofén ya que estos retardan la coagulación sanguínea.
- Dígle que debe visitar el centro de salud o lugar indicado para el control a los 8 días del procedimiento o en caso se presente alguno de los siguientes signos o síntomas de complicaciones:
 - Fiebre mayor de 38°C
 - Mareos con desmayo
 - Dolor abdominal persistente o en aumento
 - Sangre o fluidos que salen por la incisión
 - Signos o síntomas de embarazo

- Verifique que tiene el consentimiento informado debidamente lleno y coloque el original en el registro clínico de la paciente y la copia amarilla en el folder de sala de operaciones.
- Asegúrese de llenar el libro de sala de operaciones.
- Anote la información en el registro clínico de la paciente.
- La usuaria debe recibir instrucciones escritas y verbales sobre los cuidados posoperatorios en un lenguaje claro y sencillo y en su idioma materno (utilice traductor de ser necesario)
- La información debe incluir una cita escrita entre los siete y 10 días del posoperatorio para evaluación y retiro de puntos de piel, si es necesario.
- El control posoperatorio debe realizarse de preferencia en el lugar donde se practicó el procedimiento quirúrgico. En caso de no ser posible, debe controlarse a la usuaria en el centro de salud o puesto de salud más cercano.
- Entregue la hoja *Recomendaciones para después de la operación de la mujer*. (Ver anexo 6)



Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina

Operación del hombre (vasectomía)

Descripción

La operación del hombre o vasectomía es un procedimiento quirúrgico voluntario que provee anticoncepción permanente a los hombres o parejas que no quieren tener más hijos.

¿Cómo actúa?

Al bloquear los conductos deferentes (un par de tubos por donde pasan los espermatozoides) se impide que los espermatozoides lleguen al semen. El hombre sigue eyaculando, pero su semen ya no tiene espermatozoides, por lo que no podrá fertilizar a un óvulo. La vasectomía no afecta el desempeño sexual ya que los testículos siguen funcionando normalmente.

Eficacia

Eficacia mayor de 99% después de la evaluación del semen a los 3 meses. Entre 97% y 98% si no se evalúa el semen. (Tabla OMS 2013, www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/es/)

La vasectomía brinda una tasa de fallo muy baja, 2 embarazos por cada 1000 operaciones en el primer año de uso; esto significa que de cada 1000 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía 998 no van a quedar embarazadas en el primer año de uso.

Es importante dar a conocer a los usuarios de que este método no brinda protección contra el embarazo hasta que se observe que no hay espermatozoides en una muestra de semen sometida a un examen microscópico, lo cual ocurre aproximadamente hasta que el usuario haya eyaculado 20 veces o hasta que hayan transcurrido 12 semanas después de la operación. El hombre debe usar condón durante este tiempo.

Explicación del procedimiento

El aprendizaje del procedimiento de vasectomía requiere entrenamiento y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no busca dar instrucciones detalladas.

El hombre que ha elegido la vasectomía debe conocer el procedimiento lo cual puede explicarse de la siguiente manera:

El proveedor usa en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones.

Consejería

En primer lugar, se debe averiguar si el hombre quiere más hijos en el futuro o no. Una vez seleccionado el método de vasectomía se debe preguntar qué sabe el usuario sobre el método. A partir de esta información, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas. La consejería debe incluir información detallada del método y el procedimiento.

- La operación del hombre (vasectomía) es eficaz después de 20 eyaculaciones o 12 semanas pos procedimiento o después de que el espermiograma informe azoospermia (ausencia de espermatozoides). El indicador más eficaz es la ausencia de espermatozoides. Durante este tiempo el hombre debe utilizar condón en las relaciones sexuales.
- La vasectomía no brinda protección alguna contra las ITS incluyendo el VIH. Si alguno de los miembros de la pareja tiene riesgo de contraer estas enfermedades, el hombre deberá usar condón, aún después de la operación (vasectomía).
- El método es permanente, es decir, dura para siempre.

Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque:

- La pareja no usó otro método (condón u otro) durante los primeros 3 meses siguientes al procedimiento.
- El proveedor cometió algún error.
- Los extremos del corte, de uno o los dos conductos deferentes, se juntaron permitiendo el paso de espermatozoides.

¿Quién puede usarlo?	¿Quién no puede usarlo?
• Hombres de cualquier edad reproductiva. • Hombres con el número de hijos deseados. • Hombres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente. • Hombres cuyas parejas aún están en edad de tener hijos y corren un alto riesgo de salud en caso de quedar embarazadas. • Hombres que comprenden y voluntariamente consienten a que se realice el procedimiento; deben leer y firmar la hoja de consentimiento informado. Con el debido asesoramiento y consentimiento informado, todos los hombres pueden hacerse una vasectomía de manera segura, incluyendo a los hombres que: • No tienen hijos o tienen pocos hijos. • No están casados. • No cuentan con la autorización de su esposa o pareja. • Son jóvenes. • Tienen anemia falciforme. • Están infectados con VIH con o sin tratamiento antirretroviral.	• Hombres que no estén seguros acerca de sus intenciones reproductivas. • Parejas que no estén seguras del número de hijos que desean tener. • Hombres que no den su consentimiento voluntario e informado; que no firmen la hoja de consentimiento antes del procedimiento.

Condiciones que requieren tomar precauciones

- Es mejor postergar la operación (vasectomía) en hombres con problemas médicos como:
 - Enfermedad cardíaca sintomática
 - Trastornos de la coagulación sanguínea
 - Varicocele
 - Hernia inguinal
 - Filariasis
 - Infección local en piel o escrotal
 - Orquitis
 - Historia de traumatismo o cirugía previa
- Los usuarios con problemas médicos significativos requieren manejo especial para el procedimiento y seguimiento. El procedimiento podría tener que hacerse en una instalación del tercer nivel de atención y no en una instalación ambulatoria. Siempre que sea posible, los problemas médicos significativos deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Ventajas y beneficios

- Es permanente.
- No interfiere con el coito (relaciones sexuales).
- Implica menor riesgo quirúrgico y menor gastos que la operación de la mujer.
- Buen método en el caso de usuarios para los que el embarazo de su pareja encierre un alto riesgo para la salud.
- Cirugía sencilla que se realiza bajo anestesia local y no requiere hospitalización.
- No tiene efectos secundarios a largo plazo.
- No produce cambios en la función sexual; no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los testículos.

Limitaciones

- Eficacia retardada (requiere tiempo y hasta 20 eyaculaciones pos operación).
- Debe considerarse como un método permanente (no reversible).
- Puede haber arrepentimiento con posterioridad si no hay correcta orientación.
- Toda cirugía implica un riesgo.
- Requiere un proveedor capacitado.
- No brinda protección alguna contra las ITS incluyendo el VIH.

Consentimiento informado

Ver anexo 5.

Aplicación del método

La operación del hombre (vasectomía) se puede aplicar en cualquier momento de la vida reproductiva del hombre, cuando él decida que no desea tener más hijos.

Aclaración de rumores e información equivocada

La vasectomía:

- No implica extirpar los testículos. Se bloquean los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos al pene. Los testículos quedan en su lugar.
- No disminuye el impulso sexual.
- No afecta la función sexual. La erección del hombre tiene la misma firmeza, dura lo mismo y eyacula igual que antes.
- No hace que el hombre engorde o se debilite ni lo hace menos masculino o menos productivo.
- No provoca ninguna enfermedad más adelante en la vida.
- No impide la transmisión de ITS incluyendo el VIH.

Instrucciones para el usuario

- Indique al usuario que antes del procedimiento debe de cumplir con las siguientes indicaciones:
 - Bañarse concienzudamente antes de presentarse para la cirugía. Lavarse su muy bien los testículos, vestir ropa limpia y cómoda.
 - Se recomienda que lleve un suspensorio escrotal (no indispensable) o calzoncillo ajustado para después de la operación.
 - Rasurarse el vello de la bolsa escrotal.
 - No tomar ninguna medicina 24 horas antes de la operación.
- Explique al usuario que después del procedimiento debe cumplir con las siguientes indicaciones:
 - Mantener limpio y seco el sitio de la incisión durante dos días.
 - Descansar por 2 días. Reiniciar sus actividades normales cuando se sienta bien para hacerlo.
 - Evitar relaciones sexuales por una semana. Una vez reiniciadas dichas relaciones, interrumpirlas si siente molestia.
 - Acordarse de usar condón u otro método de planificación familiar, hasta asegurar la azoospermia (ausencia de espermatozoides) que ocurre 3 meses después de la operación o después de 20 eyaculaciones.
 - Evitar levantar cosas pesadas por una semana.
 - Si tiene dolor, tomar una o dos tabletas analgésicas (acetaminofén o paracetamol) cada 4 o 6 horas. No tomar aspirina ni Ibuprofén ya que retardan la coagulación sanguínea.
 - Usar un suspensorio escrotal o calzoncillo apretado por varios días.
 - Aplicar bolsa de hielo local en caso de dolor o edema (hinchazón).
 - Cite al usuario para que regrese a la clínica 7 días después si se utilizaron puntos, para retirarlos y realice una evaluación general. Luego, citar 3 meses después de la operación (o después de 20 eyaculaciones) para realizar un espermograma, si fuera posible.
 - Indique acudir al servicio de salud si se presenta alguno de los siguientes síntomas o signos de complicaciones:
 - Fiebre mayor de 38°C en los primeros 8 días
 - Hinchazón excesiva del escroto
 - Dolor persistente o en aumento
 - Sangre o fluidos que salen por la incisión
 - Si su cónyuge no presenta menstruación o cree que podría estar embarazada

Manejo de efectos colaterales y complicaciones

Informe al usuario que los efectos secundarios y complicaciones son poco frecuentes. Los más comunes pueden tratarse según se muestra en el cuadro 5.9.

Cuadro 5.9. Manejo de efectos y complicaciones de la operación del hombre (vasectomía)

Efectos secundarios	Manejo
Fiebre e infección de la herida operatoria	Limpie la zona con agua y jabón o un antiséptico. Si se presenta fiebre e infección de la herida, emplee antibióticos. De haber absceso, drénelo y trátelo según corresponda. Algunas personas pueden requerir hospitalización según criterio médico.
Dolor en el área operatoria	Aplice hielo en el área afectada varias veces al día. Si persiste el dolor, determine si hay una infección o absceso y administre el tratamiento indicado según hallazgos. Indicar analgésicos (no aspirina ni Ibuprofén).
Hematomas	Aplice compresas húmedas calientes en el área afectada y observe evolución ya que por lo general se resuelve espontáneamente. Si es muy extenso, tal vez requiera drenaje.

Consideraciones especiales

- El usuario tiene derecho a cambiar de idea en cualquier momento antes del procedimiento.
- No debe darse incentivo alguno a los usuarios para que acepten la esterilización voluntaria.
- Es necesaria la firma de un consentimiento informado para el procedimiento (Ver anexo 5).

Seguimiento

- Verifique que tiene el consentimiento informado debidamente llenado y coloque el original en el registro clínico del paciente y la copia amarilla en el folder de sala de operaciones.
- Asegúrese de llenar el libro de sala de operaciones.
- Anote la información en el registro clínico del paciente.
- El usuario debe recibir instrucciones escritas y verbales sobre los cuidados posoperatorios, en un lenguaje claro y sencillo y en su propio idioma (utilice traductor de ser necesario).
- Entregue hoja *Recomendaciones para después de la operación del hombre* (ver anexo 6)
- Debe informar al usuario sobre posibles complicaciones y dónde acudir en caso que se presenten. Indique que se debe de realizar un espermograma (recuento de espermatozoides) después de 20 relaciones o 3 meses de realizada la operación, si fuera posible.
- El control pos operatorio debe realizarse de preferencia en el lugar donde se practicó el procedimiento quirúrgico.
- En caso de no ser posible, debe controlarse al usuario en el centro de salud o puesto de salud más cercano.
- Dé instrucciones según el material de IEC.

5 Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos



Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2009) se basan en métodos de trabajo rigurosos descritos en documentos aparte. Los criterios se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad en el uso de anticonceptivos.

Cada condición se definió como una representación de características de una persona (por ejemplo: edad o antecedentes de embarazo) o una condición médica patológica preexistente conocida (por ejemplo: diabetes o hipertensión). Se espera que los lugares de prestación de servicio de salud institucional y nacional decidan los medios más adecuados de detección para las condiciones de acuerdo con su importancia en la salud pública. Los antecedentes de la/el usuaria/o generalmente representan el método más apropiado.

Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada método anticonceptivo se clasificaron en una de las cuatro categorías siguientes:

1. Una condición para la que no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.
2. Una condición donde la ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4. Una condición que representa un riesgo de salud inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

El siguiente cuadro presenta las mismas categorías con sus indicaciones de la conducta a seguir por el proveedor de servicios.

Cuadro 5.1. Categoría de elegibilidad y conducta a seguir para métodos temporales

Categoría	Con juicio clínico	Con juicio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia con criterio clínico.	SÍ (use el método) con criterio clínico limitado
2	En general, use el método.	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados.	NO (use el método)
4	No se debe usar el método.	

Cuadro 5.2. Categoría para Esterilización Femenina

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
Precaución (C)	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá demorarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
Especial (S)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad de decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar o si se demora por algún motivo.

☐	= Usa el método
☐	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
☐	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

	= Usa el método
	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica	

CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS											
Embarazo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	D	
Edad	Menarca a < 40 años			Menarca a < 18 años				Menarca a < 20 años		Juven-tud	
	I	I	I	I	2	I	--	2	2	C	
	≥40 años			18 a 45 años				≥20 años			
	2	2	2	I	I	I	--	I	I		
				> 45							
				I	2	I	--				
Paridad											
Nulípara (no tuvo partos)	I	I	I	I	I	I	--	2	2	A	
Para (tuvo partos)	I	I	I	I	I	I	--	I	I	A	
Lactancia											
< 6 semanas posparto	4	4	4	3 ^a	3 ^a	3 ^a	I	b	b	*	
≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (básicamente amamantando)	3	3	3	I	I	I	I	b	b	A	
≥ 6 meses postparto	2	2	2	I	I	I	I	b	b	A	
Posparto (no amamantando)											
< 21 días	3	3	3	I	I	I	--	b	b	*	
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	3	3	3	I	I	I	I	b	b		
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	3/4	3/4	2	I	I	I	I	b	b		
≥ 21 días a 42 días	I	I	I	I	I	I	--	b	b	*	
(i) sin otros factores de riesgo para TEV	2	2	I	I	I	I	I	b	b		
(ii) con otros factores de riesgo para TEV	2/3	2/3	I	I	I	I	I	b	b		
Posaborto											
Primer trimestre	I	I	I	I	I	I	--	I	I	*	
Segundo trimestre	I	I	I	I	I	I	--	2	2		
Inmediatamente después de aborto séptico	I	I	I	I	I	I	--	4	4		
Embarazo ectópico pasado	I	I	I	2	I	I	I	I	I	A	
Antecedente de cirugía pélvica	I	I	I	I	I	I	--	I	I	C*	

(Continúa)

* Para patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos orales de emergencia y la esterilización femenina.

^a En condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible a mujeres en lactancia inmediatamente posparto.^b Uso del DIU posparto: para mujeres en lactancia y mujeres que no están amamantando, la colocación del DIU a <48 horas es categoría 2 para el DIU de cobre y categoría 3 para el DIU de levonorgestrel. Para ambos DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas es categoría 3; ≥4 semanas, categoría 1; sepsis puerperal, categoría 4.

☐	= Usa el método
☐	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
☐	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS										
Fumadora										
Edad < 35 años	2	2	2	I	I	I	--	I	I	A
Edad ≥ 35 años										
< 15 cigarrillos/día	3	2	3	I	I	I	--	I	I	A
≥ 15 cigarrillos/día	4	3	4	I	I	I	--	I	I	A
Obesidad										
Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	I	I	I	--	I	I	C
Menarquia a < 18 años e índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ²	2	2	2	I	AMPD=2 EN-NET=1	I	--	I	I	C
Presión arterial no disponible	NA _c	NA _c	NA _c	NA _c	NA _c	NA _c	--	NA	NA	NA
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR										
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad, mayor; tabaquismo, diabetes, e hipertensión)	3/4 _d	3/4 _d	3/4 _d	2	3	2	--	I	2	S
Hipertensión										
Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluyendo hipertensión en embarazo)	3	3	3	2 _c	2 _c	2 _c	--	I	2	NA
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la presión arterial	3	3	3	I	2	I	--	I	I	C
Presión arterial elevada										
Sistólica 140 – 159 o diastólica 90 – 99	3	3	3	I	2	I	--	I	I	C _f
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 _g	4	4	4	2	3	2	--	I	2	S _f

(Continúa)

c En condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, no deberá negarse el acceso a la mujer solamente porque no se le puede medir la presión arterial.

d Cuando existan múltiples factores mayores de riesgo, cualquiera de los cuales por sí solo podría incrementar sustancialmente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso del método podría incrementar su riesgo hasta un nivel inaceptable. Sin embargo, no se pretende una simple suma de categorías para múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, una combinación de factores asignada a la categoría 2 podría no necesariamente garantizar una categoría superior.

e Asumiendo que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Una única lectura de presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

f La presión arterial elevada debería controlarse antes del procedimiento y monitorearse durante el mismo.

g Esta patología puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. La mujer deberá ser advertida que debido a las tasas de embarazo relativamente más altas, del modo que son utilizados comúnmente, los espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, capuchones cervicales, diafragmas, o condones masculinos o femeninos pueden no ser la opción más apropiada.

☐	= Usa el método
☐	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
☐	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

	= Usa el método
	= No usa el método
	= Inicio del método
	= Continuación del método
	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica	

Patología	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*			
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	--	I	2	S			
Antecedentes de hipertensión en el embarazo (donde la presión arterial actual es mensurable y normal)	2	2	2	I	I	I	--	I	I	A			
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)													
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	I	2	A			
TVP/EP agudas	4	4	4	3	3	3	*	I	3	D			
TVP/EP y recibe terapia anticoagulante	4	4	4	2	2	2	--	I	2	A			
Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	2	I	I	I	*	I	I	A			
Cirugía mayor													
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	--	I	2	D			
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	I	I	I	--	I	I	A			
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	I	I	2	I	I	I	--	I	I	A			
Mutaciones trombogénicas conocidas (ej. Factor V Leiden, Mutación de protrombina; Deficiencia de Proteína S, Proteína C y de antitrombinas) _g	4	4	4	2	2	2	*	I	2	A			
Trombosis venosa superficial													
Venas varicosas	I	I	I	I	I	I	--	I	I	A			
Trombosis superficial	2	2	2	I	I	I	--	I	I	A			
Cardiopatía Isquémica_g				I C		I C			I C				
Actual													
Antecedentes de	4	4	4	2	3	3	2	3	*	I	2	3	D
Accidente CV (antecedentes de accidente cerebrovascular) _g	4	4	4	2	3	3	2	3	*	I	2	C	
Hiperlipidemias conocidas	2/3h	2/3h	2/3h	2	2	2	--	I	2	A			

(Continúa)

^h Evaluar de acuerdo al tipo y severidad de la hiperlipidemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

☐ = Usa el método
☐ = No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
☐ = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
 NA = No aplica

Patología

	= Usa el método	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
	= No usa el método										
I	= Inicio del método										
C	= Continuación del método										
	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA = No aplica											

Patología																		
Valvulopatía																		
No complicada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	C ⁱ								
Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, antecedentes de la endocarditis bacteriana subaguda) ^g	4	4	4	1	1	1	—	2 ⁱ	2 ⁱ	S*								
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA																		
Cefaleas	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C		
No migrañosas (leves o severas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	A	
Migraña													2					
Sin aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C		
Edad < 35	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A	
Edad ≥ 35	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A	
Con aura a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1	2	3	A	
Epilepsia	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	—	1	1	C		
TRASTORNOS DEPRESIVOS																		
Trastornos depresivos	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	—	1	1 ^l	C		
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR																		
Patrones de sangrado vaginal															I	C		
Patrón irregular sin sangrado profuso	1	1	1	2	2	2	—	1	1	1	A							
Sangrado profuso o prolongado (incluyendo patrones regulares e irregulares)	1	1	1	2	2	2	—	2	1	2	A							
Sangrado vaginal inexplicado (sospechoso de una afección grave), antes de la evaluación	2	2	2	2	3	3	—	I	C	I	C	D						
								4	2	4	2							
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	—	2	1	S								
Tumores benignos de ovario(incluyendo quistes)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A								
Dismenorrea severa	1	1	1	1	1	1	—	2	1	A								
Enfermedad trofoblástica																		
Benigna	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A								

ⁱ Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.

^j Categoría para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular.

^k Si está tomando anticonvulsivantes, referirse a la sección sobre interacciones medicamentosas.

^l Ciertas medicaciones pueden interactuar con el método reduciendo su eficacia.

	= Usa el método
	= No usa el método
	= Inicio del método
	= Continuación del método
	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

= Usa el método	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
= No usa el método												
I = Inicio del método												
C = Continuación del método												
= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método												
NA = No aplica												
Patología												
Maligna ^a	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D		
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Neoplasia intraepitelial cervical (CIN)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A		
Cáncer cervical (tratamiento en espera)	2	2	2	1	2	2	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
Enfermedad mamaria												
Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A		
Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Antecedente familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
Cáncer de mama												
En curso ^b	4	4	4	4	4	4	—	1	4	C		
Pasado, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A		
Cáncer endometrial ^c	1	1	1	1	1	1	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
Cáncer de ovario ^c	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	D
Fibroma uterino												
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C		
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	C		
Anomalías anatómicas												
Cavidad uterina alterada	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—		
Otras anomalías sin distorsión de la cavidad uterina ni interferencia con la colocación del DIU (incluyendo estenosis cervical o laceraciones)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—		
Enfermedad inflamatoria pélvica(EIP)												
EIP pasada (se supone que no hay factores de riesgo para ITS)								I 1	C 1	I 1	C 1	
Con embarazo posteriormente	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A

(Continúa)

^mTrate la EIP usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de retirar el DIU si la paciente desea seguir usándolo.

- ☐ = Usa el método
☐ = No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
☐ = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
 NA = No aplica

Patología

	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Sin subsecuente embarazo	1	1	1	1	1	1	—	2	2	C
EIP en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2 ^m	D
Infecciones de transmisión sexual (ITS)^g								I	C	
Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2	D
Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Vaginitis (incluyendo tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Riesgo incrementado de ITS	1	1	1	1	1	1	—	2/ 3 ⁿ	2	A
VIH / Sida										
								I	C	
Riesgo alto de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Infectada de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Sida	1	1	1	1	1	1	—	3	2	S ^o
En terapia antiretroviral	2	2	2	2	2	2	—	2/ 3 ^p	2	S ^o
OTRAS INFECCIONES										
Esquistosomiasis										
Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Fibrosis hepática (si es severa, ver cirrosis en página siguiente) ^g	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
Tuberculosis^g								I	C	
No pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Pélvica conocida	1	1	1	1	1	1	—	4	3	S
Malaria	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
PATOLOGÍAS ENDOCRINAS										
Diabetes										
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A ^q

ⁿ La patología es categoría 3 si la mujer tiene una muy alta probabilidad individual a la exposición a gonorrea o clamidia.

^o La presencia de una enfermedad conexas con el sida puede requerir una postergación del procedimiento.

^p El sida es categoría 2 para la colocación para los que están bien en su terapia antiretroviral; de no ser así es categoría 3 para la colocación.

^q Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda derivar a un servicio de nivel superior.

☐	= Usa el método
☐	= No usa el método
I	= Inicio del método
C	= Continuación del método
☐	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA	= No aplica

Patología

	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Diabetes no vascular										
No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C ^{i,q}
Insulino dependiente ^g	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C ^{i,q}
Diabetes (continúa)										
Con daño en riñones, ojos, o sistema nervioso ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	S
Otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración n ^g	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	S
Trastornos de tiroides										
Bocio simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	S
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES										
Patología de vesícula										
Sintomática										
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
En curso	3	2	3	2	2	2	—	1	2	D
Asintomática	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Antecedentes de colestasis										
Vinculada al embarazo	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hepatitis viral	I C	I C	I C							
Aguda o con exacerbación	3/4 2	2 3	3/4 2	3	3	3	2	1	3	D
Portadora	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Crónica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cirrosis										
Leve (compensada)	I	I	I	I	I	I	—	1	I	C ^t
Grave (descompensada) ^g	4	3	4	3	3	3	—	1	3	S

(Continúa)

^r Evaluar de acuerdo a la severidad de la patología.

^s En mujeres con hepatitis viral sintomática, postergue este método hasta que el hígado restablezca su funcionamiento normal o 3 meses después de que la mujer se torne asintomática, lo que ocurra primero.

^t Debe evaluarse la función hepática.

	= Usa el método									
	= No usa el método									
I	= Inicio del método									
C	= Continuación del método									
	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método									
NA = No aplica										
Patología	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Tumores hepáticos										
Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	—	1	3	C ^t
i) Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C ^t
ii) Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	—	1	3	C ^t
Maligno (hepatoma) ^g	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	C ^t
ANEMIAS										
Talasemia	1	1	1	1	1	1	—	2	1	C
Anemia falciforme ^g	2	2	2	1	1	1	—	2	1	C
Anemia por deficiencia de hierro	1	1	1	1	1	1	—	2	1	D/C ^u
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS										
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas										
Rifampicina	3 ^I	2	3 ^I	3 ^I	2	3 ^I	—	1	1	—
Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3 ^I	2	3 ^I	3 ^I	2	3 ^I	—	1	1	—
Antibióticos (excluyendo la rifampicina)										
Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	—	1	1	—
Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—

^u Para hemoglobina < 7 g/dl, postergar. Para la hemoglobina ≥ 7 to < 10 g/dl, cautela.

Patologías y condiciones adicionales vinculadas con los anticonceptivos de emergencia

Categoría 1: Uso repetido; violación.

Categoría 2: Antecedentes de complicaciones cardiovasculares severas (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular u otras patologías tromboembólicas y angina de pecho).

- ☐ = Usa el método
☐ = No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
☐ = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
 NA = No aplica

Patología

	Anticonceptivos orales combinados	AIC	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	AMPD EN-NET	Implantes LNG/ETG	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)										
Las personas con LES tienen un riesgo mayor de cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular y tromboembolismo venoso. Las categorías asignadas a estas condiciones en esta guía deben ser iguales para las mujeres con LES con estas condiciones. Para todas las categorías de LES, las clasificaciones se basan en el supuesto de que no hay otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; estas clasificaciones deben modificarse en presencia de dichos factores de riesgo.										
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	4	4	3	3	3	--	I	3	
Trombocitopenia severa	2	2	2	2	2/3	2	--	2/3	2	
Terapia inmunosupresora	2	2	2	2	2	2	--	1/2	I	
Ninguna de las condiciones anteriores	2	2	2	2	2	2	--	I	I	
Enfermedad Trofoblástica Gestacional										
Niveles reducidos o indetectables de BhCG (gonadotropina coriónica humana)	I	I	I	I	I	I	--	3	3	
Niveles persistentemente elevados de BhCG o enfermedad maligna	I	I	I	I	I	I	--	4	4	
Terapia Antirretroviral										
Inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (INTI)	I	I	I	I	I	I	--	2/3	2/3	
Inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa inversa (INNNTI)	2	2	2	I	1/2	2	--	2/3	2/3	
Inhibidores de la proteasa reforzados con ritonavir	3	3	3	I	1/2	2	--	2/3	2/3	
Terapia Anticonvulsiva										
Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3	2	3	I	1/2	2	--	I	I	
Lamotrigina	3	I	3	I	I	2	--	I	I	
Terapia Antimicrobiana										
Antibióticos de amplio espectro	I	I	I	I	I	I	--	I	I	
Antifúngicos	I	I	I	I	I	I	--	I	I	
Antiparasitarios	I	I	I	I	I	I	--	I	I	
Terapia con rifampicina o rifabutina	3	2	3	I	I	2	--	I	I	

Patologías adicionales vinculadas con esterilización femenina

Cautela: Hernia diafragmática, nefropatía, deficiencias nutricionales severas, cirugía abdominal o pélvica previa, concomitante con cirugía de elección.

Demora: Infección de piel abdominal, enfermedad respiratoria aguda (bronquitis, neumonía), infección sistémica o gastroenteritis, cirugía de emergencia (sin asesoramiento previo), cirugía por una patología infecciosa, ciertas patologías posparto (7 a 41 días después del parto), eclampsia/preeclampsia severa; ruptura prolongada de membranas (24 horas o más); fiebre durante o inmediatamente después del parto, sepsis posterior al parto, hemorragia severa, trauma severo en el tracto genital, desgarro cervical o vaginal al momento del parto), ciertas afecciones postaborto (sepsis, fiebre, o hemorragia severa, trauma severo en el tracto genital, desgarro cervical o vaginal al momento del aborto, hematometra aguda), endocarditis bacteriana subaguda, fibrilación auricular no controlada.

Preparativos especiales: Trastornos coagulatorios, asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar, útero fijo debido a cirugía previa o infección, hernia umbilical o de la pared abdominal, ruptura o perforación uterina posparto, perforación uterina posaborto.

Patologías y condiciones vinculadas con la vasectomía

Sin consideraciones especiales: Alto riesgo de VIH, infectada con VIH, enfermedad falciforme.

Cautela: Juventud, trastornos depresivos, diabetes, herida escrotal previa, varicocele o hidrocele de gran tamaño, criptorquidia (puede requerir derivación).

Demora: ITS activa (excluyendo VIH y hepatitis), infección de la piel escrotal, balanitis, epididimitis u orquitis, infección sistémica o gastroenteritis, filariasis, elefantiasis, tumoración intraescrotal.

Preparativos especiales: Sida (enfermedades vinculadas con el sida pueden requerir postergación), trastornos de la coagulación, hernia inguinal.

Patologías vinculadas con los condones masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y el método de la amenorrea de lactancia (MELA)

Todas las otras patologías enumeradas en las páginas previas que no aparecen aquí son una categoría I o no corresponden para condones masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas y capuchones cervicales y no enumeradas en los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Método de Amenorrea de Lactancia.

☐ = Usa el método	Condomes masculinos y femeninos	Espermicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia**
☐ = No usa el método					
☐ = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método					
NA = No aplica					
Patología					
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS					
Paridad					
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	—
Para (tuvo partos)	1	1	2	2	—
< 6 semanas posparto	1	1	NA ^v	NA ^v	—
PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR					
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) ^g	1	1	2	2	—
TRASTORNOS E INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Cáncer cervical	1	2	1	4	—
Anomalías anatómicas	1	1	NA ^w	NA ^x	—
VIH / SIDA					
Riesgo alto de VIH	1	4	3	3	—
Infectada de VIH	1	4	3	3	C ^y
Sida	1	4	3	3	C ^y

(Continúa)

^v Espere para ajustar/usar hasta que la involución uterina esté completa.

^w El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolapso uterino.

^x El uso del capuchón no es apropiado para una paciente con una anatomía cervical severamente distorsionada.

^y Las mujeres con VIH/sida deberían evitar amamantar si la alimentación sustituta es asequible, viable, aceptable, sostenible y segura. De otro modo, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y debería discontinuarse luego por un período de 2 días a 3 semanas.

☐ = Usa el método
☒ = No usa el método
☐ = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método
 NA = No aplica

Patología

OTRAS	Condomes masculinos y femeninos	Espemicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia**
Antecedentes de síndrome de shock tóxico	1	1	3	3	—
Infección del tracto urinario	1	1	2	2	—
Alergia al látex ^z	3	1	3	3	—

^z No es aplicable a condones, diafragmas y capuchones cervicales de plástico.

**Patologías adicionales vinculadas al método de lactancia de amenorrea

Medicación usada durante la lactancia: Para proteger la salud del bebé, no se recomienda la lactancia para mujeres que utilizan medicamentos tales como antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (dosis altas), ciclosporina, ergotamina, litio, medicamentos que alteran el humor, medicamentos radioactivos y reserpina.

Patologías que afectan al recién nacido y pueden dificultar la lactancia: Deformidades congénitas de la boca, mandíbula, o paladar; recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros y que requieren cuidados intensivos y algunos trastornos metabólicos.

Patologías vinculadas a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

☐ A = Acepta ☐ C = Cautela ☐ D = Demora

Patología	Métodos basados en los síntomas	Métodos basados en el calendario
Edad: post menarca o perimenopausia	C	C
Amamantando < 6 semanas posparto	D	D ^{aa}
Amamantando ≥ 6 semanas posparto	C ^{bb}	D ^{bb}
Posparto, no amamantando	D ^{cc}	D ^{aa}
Postaborto	C	D ^{dd}
Sangrado vaginal irregular	D	D
Flujo vaginal	D	A
Toma medicamentos que afectan la regularidad del ciclo, hormonas y/o signos de fertilidad	D/C ^{ee}	D/C ^{ee}
Enfermedades que elevan la temperatura corporal		
Aguda	D	A
Crónica	C	A

^{aa} Postergue hasta que la mujer tenga 3 ciclos menstruales regulares.

^{bb} Cautela tras el retorno de sangrado menstrual o secreciones normales (en general por lo menos 6 semanas después del parto).

^{cc} Postergue hasta que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (en general < 4 semanas posparto).

^{dd} Postergue hasta que la mujer tenga un ciclo menstrual regular.

^{ee} Postergue hasta que se determine el efecto del medicamento, luego use cautela.

Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu)

CONDICIÓN		AOC	DMPA	Im- plantes	DIU-Cu
Embarazo	Lactancia materna	NA	NA	NA	NA
	Menos de 6 semanas posparto				
Posparto	6 semanas a < 6 meses posparto				NC
	6 meses posparto o más				
Postparto	Menos de 2 días, sin dar de amamantar				NC
	< 48 horas incluida posplacenta inmediata				
Postaborto	≥ 48 horas a menos de 4 semanas	NC	NC	NC	
	Sepsis puerperal				
Tabaquismo	Post-sepsis inmediata				
	Edad ≥ 35 años, < 15 cigarrillos/día				
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular	Edad ≥ 35 años, ≥ 15 cigarrillos/día				
	Historia de PA (donde no se puede evaluar)				
Hipertensión	PA esta controlada y se puede evaluar				
	PA elevada (sistólica 140 - 159 o diastólica 90 - 99)				
PA = presión arterial	PA elevada (sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100)				
	Enfermedad vascular				
Trombosis venosa profunda (TVP) y embolia pulmonar (EP)	Historia de TVP/EP				
	TVP/EP aguda				
Múltiples tromboembolismos diagnosticados	TVP/EP, establecida en tratamiento con anticoagulantes				
	Cirugía mayor con inmovilización prolongada				
Cardiopatía isquémica (actual o historia de) o (historia de) accidente cerebrovascular					
Hipertensión diagnosticada					
Cardiopatía valvular complicada					
Lupus eritematoso sistémico	Anticuerpos antiofosfolípidos positivos o no diagnosticados				
	Trombocitopenia grave				
Dolores de cabeza	Tratamiento inmunosupresor				
	No migrañosos (leves o graves)				
Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)	Migraña sin aura (edad < 35 años)				
	Migraña sin aura (edad ≥ 35 años)				
Migraña con aura (a cualquier edad)	Migraña con aura (a cualquier edad)				
	Irregular, sin sangrado abundante				
Patrones de sangrado vaginal	Abundantes o prolongados, irregulares y regulares				
	Sangrado inexplorado (antes de la evaluación)				

Condición 1 No hay restricciones para su uso.

Condición 2 Generalmente se usa, puede necesitarse algún seguimiento.

Condición 3 Usualmente no se recomienda; para su uso se requiere juicio clínico y acceso continuo a los servicios clínicos.

Condición 4 No se debe usar el método.

US AID
UNITED STATES OF AMERICA
DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES

Family Health International
© 2009

Tabla 2. Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA), implantes sólo de progestina, dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu). Fuente: Family Health International, USAID. Cuadro de Referencia Rápida para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS. 2009.

Fuente: Adaptado de Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Comité de Organización Mundial de la Salud, actualizado en el 2008. Disponible en: http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/whofamplm.htm

6 Logística de métodos anticonceptivos



Lineamientos de logística de métodos de Planificación Familiar y suministros afines a salud reproductiva

Un sistema de administración logística eficiente contribuye a que el proveedor de salud, proporcione a la/el usuaria/o atención de calidad, mediante el cumplimiento de los seis correctos: la adquisición de métodos anticonceptivos, en las cantidades, en la condición, entregados en el lugar, en el momento y al costo correcto.

Objetivos

- Proporcionar una herramienta metodológica a los proveedores de salud de los diferentes niveles de atención para el manejo eficaz de métodos de planificación familiar y suministros afines a salud reproductiva.
- Estandarizar normas y procedimientos técnico-administrativos de los componentes del ciclo logístico.



Componentes del ciclo logístico

1. Selección de productos
2. Programación
3. Adquisición
4. Sistema de control de inventarios
5. Almacenamiento
6. Distribución

7. Sistema de información
8. Atención al usuario
9. Supervisión y monitoreo
10. Políticas
11. Adaptabilidad
12. Control de calidad

1. Selección de productos

DEFINICIÓN: Es la elección crítica de los métodos de Planificación Familiar y suministros afines que se ofertan en los servicios de salud del MSPAS de conformidad con criterios técnicos y científicos. Como resultado de este proceso se obtiene la lista básica de medicamentos (que debe incluir los métodos de Planificación Familiar).

Criterios para la integración de los métodos de Planificación Familiar, a la lista básica de medicamentos

1. De conformidad con la Guía Nacional de Planificación Familiar y el Comité de Farmacoterapia, debe incluir en la lista básica de medicamentos los insumos y anticonceptivos necesarios para el espaciamiento oportuno de embarazos.
2. La lista básica de medicamentos debe ser socializada, a los proveedores de salud: médicos, enfermeras, encargados de logística, trabajadoras/es sociales y psicólogas/os.

Revisión y actualización

El Equipo de Análisis de Suministros y/o Comité de Farmacoterapia tiene a su cargo la integración, actualización y socialización de la lista básica de medicamentos en la que se incluyen los métodos de planificación familiar.

El Programa Nacional de Salud Reproductiva, en cumplimiento de sus funciones, adquiere los métodos de Planificación Familiar que se describen, a continuación:

Especificaciones técnicas de métodos de Planificación Familiar ofertados por el MSPAS

Nombre genérico	Concentración	Presentación	Características generales	Inspección visual
Levonorgestrel + Etinilestradiol Anticonceptivo oral combinado (AOC)	0.15mcg + 0.03mcg	Blister, ciclo de 28 pastillas	Vida útil: 5 años Temperatura ideal: (18 a 25° C), baja humedad.	El empaque debe estar completo. No distribuir ni entregar cuando: hay daños visibles en las píldoras (rotas, quebradas, desmoronadas, descoloridas), cuando falta una o más pastillas en el paquete.
Condón masculino, hecho de látex, tamaño 49mm a 53mm de diámetro	Sin concentración	Sobre	Vida útil: 4 años Temperatura ideal: hasta 40° C, ambiente templado protegido de humedad, no exponer a la luz fluorescente directa que libera ozono y afecta el látex.	No distribuir ni entregar cuando: el empaque del condón esté: quebradizo o dañado, el sello de la envoltura del condón esté roto, amarillento o vencido.

Dispositivo Intrauterino -DIU-, T de cobre 380A	Principio activo 380 mm de cobre aproximadamente, 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33 mg en cada brazo horizontal.	Sobre estéril	Vida útil: 7 años, tiempo de inserción 10 años Temperatura ideal: no mayor de 30° C.	El obscurecimiento en la T de cobre es justificado por la interacción de los productos que son utilizados en el proceso de esterilización del anticonceptivo para empaque. No distribuir ni entregar cuando: la envoltura estéril está rota o perforada, falta algún accesorio del paquete.
Enantato de Noretisterona + Valerato de estradiol Anticonceptivo Inyectable Combinado (AIC) inyección mensual	50mg + 5mg	Ampolla	Vida útil: 4 años; ambiente fresco protegido de la humedad. Temperatura ideal: no mayor de 30° C.	Asegurar que el traslado de las ampollas a los servicios de salud se realice adecuadamente para evitar pérdidas por quebradura.
Acetato Medroxiprogesterona inyección trimestral	150 mg. de 1 mL	Frasco	Vida útil: 5 años; ambiente fresco protegido de la humedad Temperatura ideal: no mayor de 30° C.	Verificar la fecha de expiración. No distribuir ni entregar cuando: El material sólido permanece en el fondo de la ampolla, incluso después de agitarla vigorosamente y la ampolla de vidrio no tiene tapa.
Enantato de Noretisterona solución inyectable bimensual	200mg	Ampolla 1mL	Vida útil: 5 años; ambiente fresco protegido de la humedad. Temperatura ideal: no mayor de 30° C, proteger de la luz.	Verificar que el traslado de las ampolla a los servicios de salud se realice adecuadamente para evitar las pérdidas por quebradura.
Collar del ciclo Método de Días Fijos -MDF- con calendario vigente, sin concentración, unidad	Sin concentración	Collar de perlas	Vida útil: 5 años Temperatura ideal: hasta 40° C.	Verificar que esté vigente el calendario y que el anillo de hule del collar esté en buen estado.
Levonorgestrel, micronizado, implante subdérmico	2 de 75mg, implante	Caja	Vida útil: 5 años; Temperatura ideal: no mayor de 30° C.	No distribuir ni entregar cuando: hay daños en el empaque.
Levonorgestrel	0.75 mg.	Caja conteniendo 2 tabletas	Temperatura ideal: no mayor de 25° C.	No distribuir ni entregar cuando: el medicamento haya vencido o esté deteriorado.

2. Programación

DEFINICIÓN: Proceso mediante el cual se determina: a) la cantidad de métodos de Planificación Familiar a adquirir, para un período de tiempo determinado (un año); b) el valor en quetzales; y c) se incluye en el Plan Anual Operativo (POA del MSPAS). Como parte del proceso de programación se realizan las siguientes actividades:

- El Programa Nacional de Salud Reproductiva, como parte de sus funciones, recopila, analiza y consolida la información de consumo contenida en los BRES mensuales de las 29 DAS, para integrarlo al POA.
- El equipo técnico de la DAS elabora la proyección anual de métodos de Planificación Familiar, con base en datos históricos logísticos; se integra información de hospitales y extensión de cobertura (PEC); la cual se envía al Programa Nacional de Salud Reproductiva en las fechas establecidas.

3. Adquisición

DEFINICIÓN: La adquisición de métodos de Planificación Familiar se define como el proceso mediante el cual el Programa Nacional de Salud Reproductiva, gestiona ante la Gerencia General Administrativa Financiera la compra centralizada de métodos de Planificación Familiar, a través de organismos internacionales o regionales, con el propósito de obtener precios a economía de escala, productos de calidad, entregas en la cantidad, lugar, condición y tiempo programado; de conformidad con las especificaciones técnicas del medicamento.

4. Sistema de control de inventarios máximos y mínimos

Es un sistema que garantiza las cantidades de existencias dentro de un rango establecido. El propósito del sistema de control de inventarios consiste en: a) determinar la cantidad de insumos en existencia/saldo; b) cuando hacer un pedido, o hacer una distribución; y c) la cantidad a solicitar.

Niveles de seguridad máximos y mínimos

Es función del Programa Nacional de Salud Reproductiva definir los niveles de seguridad máximos y mínimos; que consiste en establecer la cantidad de métodos de planificación familiar necesarios para cubrir la demanda de las/os usuarias/os traducido en unidades de tiempo. Son indicadores que contribuyen a evitar:

- Desabastecimientos
- Sobreabastecimientos
- Vencimientos de métodos de planificación familiar e insumos en los servicios de salud.

Niveles de abastecimiento mínimos y máximos

Dependencia	Nivel mínimo	Nivel máximo
Dirección de área de salud	2	4
Servicios de salud (hospitales, extensión de cobertura, entre otros)	1	3

5. Almacenamiento

DEFINICIÓN: El almacenamiento de métodos de Planificación Familiar e insumos consiste en realizar las actividades de recepción, clasificación, ubicación, custodia, manipulación y control de existencias. Tiene como objetivo conservar las características de los medicamentos e insumos durante su permanencia dentro del almacén, con el fin de que lleguen a las/os usuarias/os en condiciones óptimas para su uso y puedan ejercer la acción terapéutica esperada. Así mismo, el almacenamiento debe asegurar una rápida localización, identificación y el máximo aprovechamiento del espacio.

Pasos para un adecuado almacenamiento

Actividad	Propósito
Almacenar los métodos anticonceptivos en un lugar con adecuada iluminación y ventilación.	Garantizar un adecuado sistema de iluminación para facilitar la localización de los productos. Prevenir los daños, debido al calor excesivo. Evitar que los medicamentos estén expuestos a la luz solar directa, ya que reduce la vida útil.
Gestionar reparación de filtraciones en la bodega.	Asegurar que el lugar y el techo estén libres de filtraciones de agua, para evitar el deterioro de los empaques o medicamentos.
Organizar, limpiar y desinfectar la bodega o almacén.	Evitar que las plagas (roedores e insectos) destruyan los productos.
Utilizar el sistema PEPE.	Asegurar que se distribuyan. Primero los medicamentos próximos a vencer; de acuerdo al sistema PEPE, Primero en Expirar Primero en Entregar, para evitar vencimientos.
Asegurar la custodia de los medicamentos en el almacén.	Asegurar que en las puertas y ventanas existan barrotes, llaves, candados y pasadores.
Apilar las cajas a una distancia mínima de 10 cms. del piso: 15 cms. de las paredes y a una altura no mayor de 2.5 metros del piso; de manera que se identifique: fecha de expiración/vencimiento, fecha de manufactura y número de lote. Colocar las cajas con las flechas apuntando en la dirección indicada por el fabricante.	Apilar las cajas adecuadamente facilita: la circulación del aire, reduce daños causados por agua o humedad y evita el aplastamiento de las cajas por el peso.
Llevar un sistema de registro oportuno y confiable en el almacén.	Registros básicos de información logística en el almacén: a) recepción, b) almacenamiento de medicamentos e insumos, c) traslado o movimientos de medicamentos entre almacenes, d) entrega de medicamentos a las/os usuarias/os, e) elaboración de registros oportunamente, f) archivo y custodia de la documentación, medicamentos e insumos de salud reproductiva.
Realizar inspección visual.	Al realizar los inventarios físicos, se debe realizar inspección visual para verificar el estado del empaque del insumo.
Gestionar espacio adecuado.	Asegurar el espacio adecuado del almacén/bodega para facilitar el manejo de anticonceptivos, insumos y equipos de salud reproductiva, considerando envíos en tránsito y programación.

6. Distribución

DEFINICIÓN: El sistema de distribución es la cadena completa de instalaciones y transporte por la cual tienen que pasar los métodos de Planificación Familiar para ser entregados al usuario; incluyendo bodegas, medios de transporte y personal de salud.

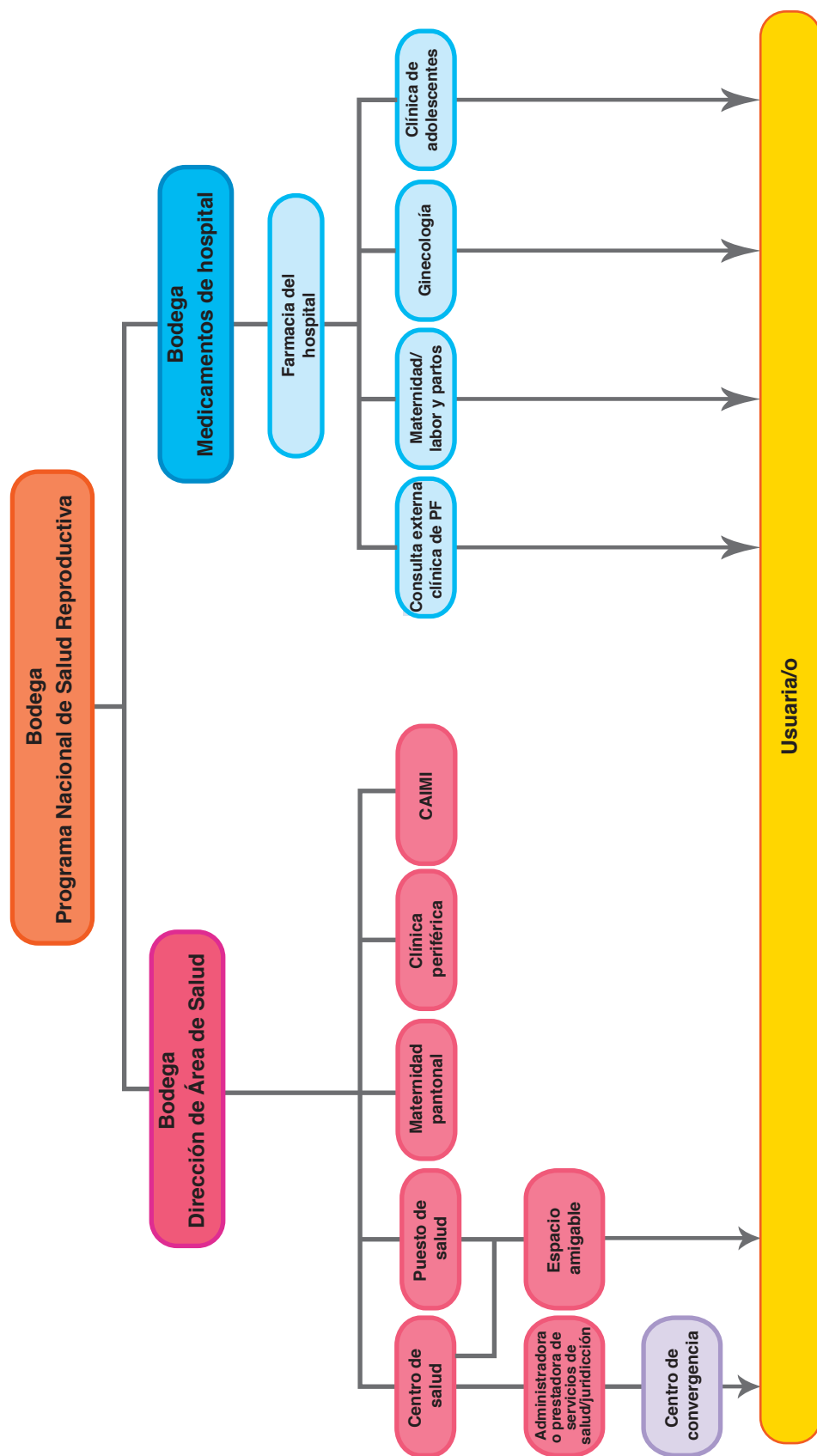
PROCEDIMIENTO: Los encargados de logística de las DAS, distritos de salud, hospitales y extensión de cobertura, deben realizar las siguientes actividades:

1. Elaborar programación anual para la asignación de: transporte, combustible y piloto, la cual debe indicar las rutas de distribución definidas y establecidas para los diferentes niveles de atención, aprobada por el gerente administrativo financiero.
2. Verificar que el balance, requisición y envío de suministros –BRES- se elabore de acuerdo a las Guías de uso para formularios BRES, con el propósito de facilitar la revisión y autorización de entrega de métodos de Planificación Familiar.
3. Entregar el BRES consolidado de la DAS al Programa Nacional de Salud Reproductiva o al jefe inmediato superior, firmado y sellado, en las fechas establecidas en el calendario de información según el nivel de atención.
4. La Dirección de Área de Salud nombra al encargado de logística, auxiliar de almacén o auxiliar de enfermería de la DAS para recibir los métodos de Planificación Familiar, en la bodega del Programa Nacional de Salud Reproductiva.
5. Cuando los servicios de salud necesiten métodos anticonceptivos de manera urgente, en fechas no establecidas en el calendario de distribución, deberán hacer requisición, la cual será analizada y autorizada por el jefe inmediato superior.
6. En caso de documentar la existencia de faltantes, daño o vencimiento de métodos anticonceptivos, proceder de acuerdo a lo establecido en el *Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Medicamentos y Anticonceptivos* del MSPAS de Guatemala y al Acuerdo Ministerial 534-2011 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

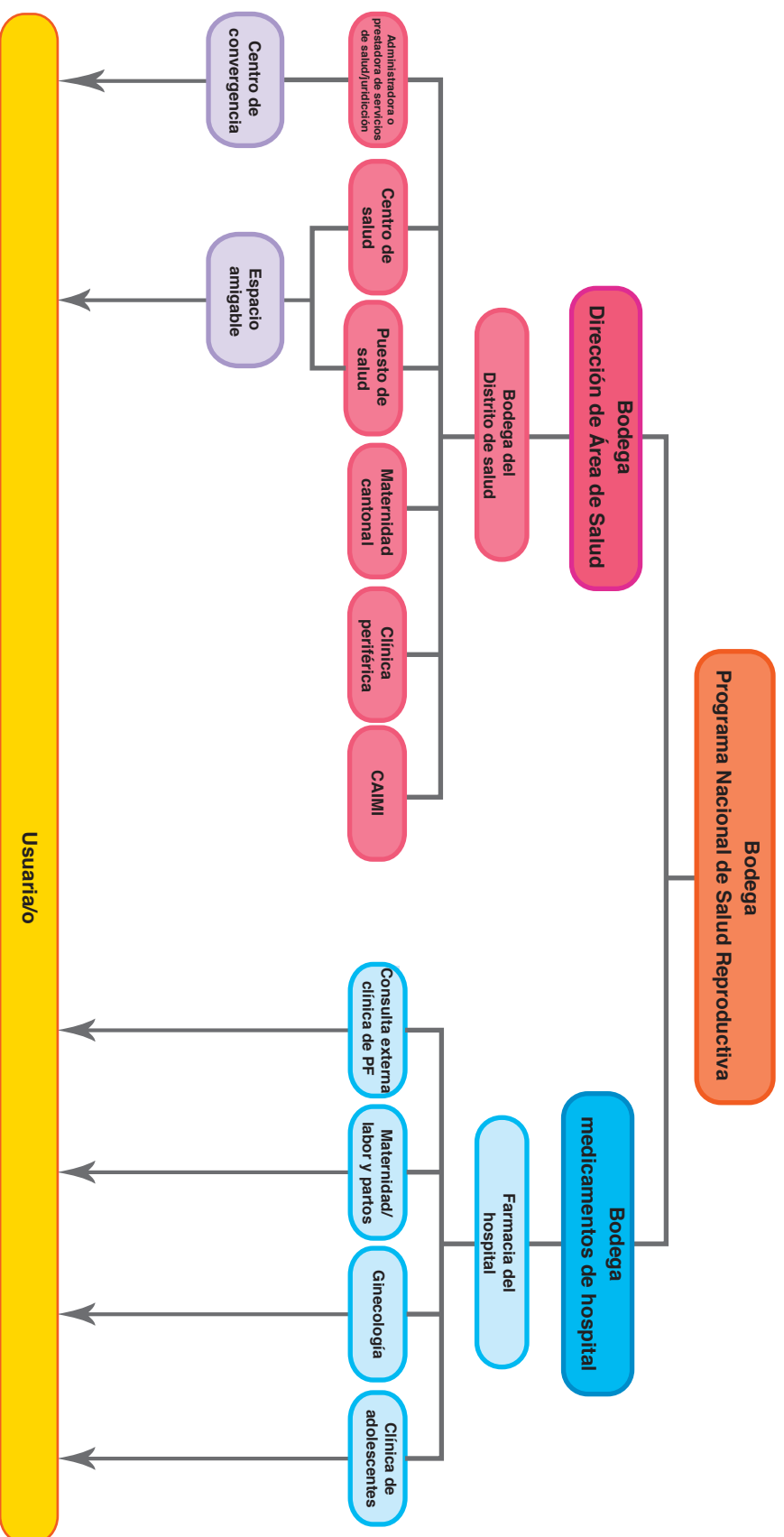
Nota

Ver en páginas siguientes los flujogramas de los sistemas de distribución e información por nivel de atención.

Sistema de distribución directo de métodos de Planificación Familiar



Sistema de distribución indirecto de métodos de Planificación Familiar



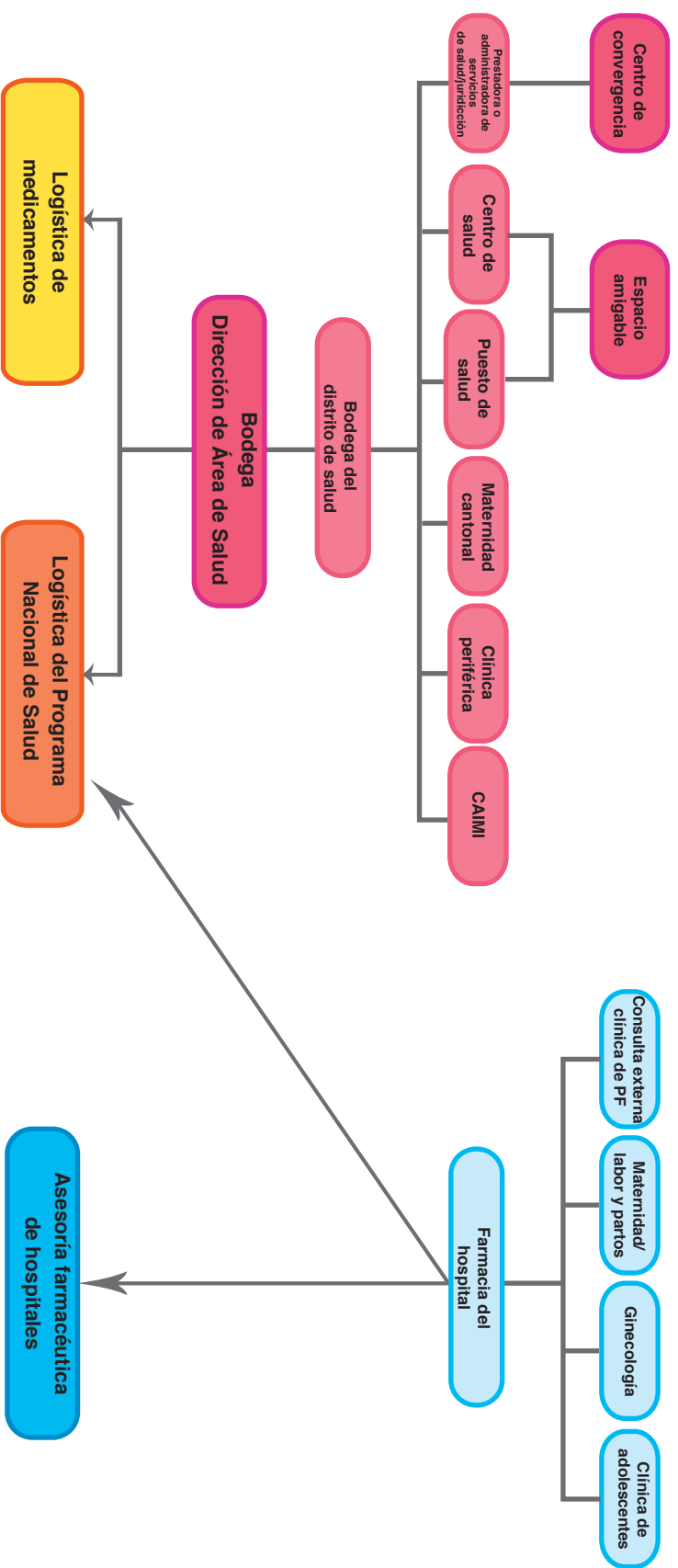
7. Sistema de información

DEFINICIÓN: Es el conjunto organizado de datos y registros interrelacionados que proporcionan información logística de calidad el cual facilita la toma de decisiones oportuna.

Instrumentos del sistema de información

- Tarjeta de control de suministros Kardex: este formulario se utiliza en bodegas/almacenes y servicios de salud en los que se depositan los métodos anticonceptivos y suministros afines con el objetivo de llevar el control de las existencias de cada uno de los productos comprados o donados.
- Registro diario de demanda real: este formulario debe llenarse al final de cada día, con el propósito de registrar las cantidad de métodos de Planificación Familiar y suministros afines entregados y no entregados al usuario. Obteniendo la demanda real de los servicios de salud.
- Balance, requisición y envío de suministros: instrumento que proporciona información relacionada con las existencias y movimientos generales de métodos de Planificación Familiar y suministros afines, debe ser elaborado por el encargado de logística de la DAS y servicios de salud.
- Requisición/envío de bodega: formulario a través del cual se solicitan y entregan métodos de Planificación Familiar, medicamentos, insumos, de conformidad con el balance, requisición y envío de suministros –BRES- mensual.
- Formulario de inventario físico: formulario por medio del cual se realiza inventario físico. Consiste en realizar el conteo físico de medicamentos e insumos en bodegas/almacenes, farmacias y servicios de salud con el propósito de comparar las existencias físicas con la documentación de entradas y salidas de productos, verificar las fechas de vencimiento, número de lote y las condiciones físicas del medicamento. Debe realizarse inventario físico dos veces al año (marzo y septiembre).
- Formularios SIGSAs 3P/S o 4C/S del Sistema de Información Gerencial en Sald –SIGSA- tiene como propósito recopilar información diaria de pos consulta de usuarias/os, que reciben métodos de Planificación Familiar, debe ser llenado en los servicios de salud, anotando la cantidad entregada y la cantidad no entregada de métodos de Planificación Familiar al usuario.

Sistema de información de métodos de Planificación Familiar



Organización y personal

El éxito del sistema logístico consiste en la organización y el personal capacitado y eficiente designado a la realización de las funciones de logística.

Presupuesto

El eficaz funcionamiento del sistema logístico consiste en la asignación de fondos para la ejecución de actividades establecidas en el –POA–; entre las que se puede mencionar la adquisición de métodos de Planificación Familiar, el almacenamiento y la contratación de proveedores de salud que trabajan en la gestión de medicamentos.

Supervisión

La supervisión periódica de los sistemas logísticos facilita el funcionamiento adecuado y contribuye a evitar o resolver los problemas de forma oportuna.

Monitoreo

Consiste en verificar periódicamente a través de indicadores sencillos si los procedimientos se están realizando de acuerdo a la normativa de logística.

Indicadores

El indicador Años Protección Pareja -APP- representa el total de años de protección anticonceptiva proporcionada por cada método anticonceptivo.

Para calcular el APP de cada método se multiplica la cantidad total de cada método anticonceptivo entregado a la usuaria/o en un año por el factor de conversión. Ver ejemplo en el cuadro No. 1.

Evaluación

La evaluación de un sistema de logística consiste en verificar que todos los puntos de la cadena de suministros de todos los niveles cumplan con los seis “correctos”; con el propósito de garantizar que las/os usuarias/os reciban los suministros que desean y necesitan.

Políticas

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha establecido las políticas de selección, programación, adquisición, almacenamiento y distribución. La Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos –CNAA- incide ante el Congreso de la República para incluir artículo de excepción en la Ley de Ingresos y Egresos del Estado en cada ejercicio fiscal, para la adquisición de insumos anticonceptivos por medio de organismos internacionales con el propósito de adquirir insumos de calidad, a precios de economía de escala, en las cantidades requeridas y en las fechas programadas.

Adaptabilidad

En el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social la adaptabilidad consiste en la capacidad del sistema logístico para gestionar los recursos financieros para adquirir los anticonceptivos, incorporar insumos en nuevos servicios y fortalecer las capacidades de los proveedores de salud.

Control de calidad

Es un proceso de regulación a través del cual se mide la calidad la cual se compara con la normativa y se implementan planes de mejora. Se debe aplicar a cada una de las actividades del ciclo logístico, incluyendo la capacidad técnica de los proveedores de salud en el desempeño de sus labores.

8. Atención al usuario

Consiste en cumplir con las necesidades de la población prestando servicios de calidad en un ambiente de respeto y adecuados a su realidad. Para la oferta de métodos de planificación familiar, se debe utilizar la consejería balanceada, Guía Nacional de Planificación Familiar, normas de atención y protocolos.

Cuadro No. 1

Reporte de consumo y Años Protección Pareja -APP- de métodos anticonceptivos a nivel nacional de enero a diciembre 2012			
Método anticonceptivo	Consumo anual 2012	Factor de conversión	APP
Condón	5,916,312	0.0083	49,105
T de cobre	5,834	4.6	26,836
Inyectable trimestral	1,294,734	0.25	323,684
Ciclos orales	348,723	0.067	23,364
Collar del ciclo	2,251	1.5	3,377
Norigynon	152,080	0.167	25,397
Implante Subdérmico	7,006	3.8	26,623
AQV masculina	95	10	950
AQV femenina	5,869	10	58,690
MELA	66,366	0.25	16,592
Total	7,799,270		554,618

Fuente: BRES Y SIGSA

Cuadro No. 2

Reporte de consumo y Años Protección Pareja -APP- y porcentaje de la mezcla de métodos anticonceptivos a nivel nacional de enero a diciembre 2012				
Método anticonceptivo	Consumo anual 2012	Factor de conversión	APP	Porcentaje de la mezcla
Condón	5,916,312	0.0083	49,105	75.9
T de cobre	5,834	4.6	26,836	0.1
Inyectable trimestral	1,294,734	0.25	323,684	16.6
Ciclos orales	348,723	0.067	23,364	4.5
Collar del ciclo	2,251	1.5	3,377	0.0
Norigynon	152,080	0.167	25,397	1.9
Implante subdérmico	7,006	3.8	26,623	0.1
AQV masculina	95	10	950	0.0
AQV femenina	5,869	10	58,690	0.1
MELA	66,366	0.25	16,592	0.9
Total	7,799,270		554,618	100.0

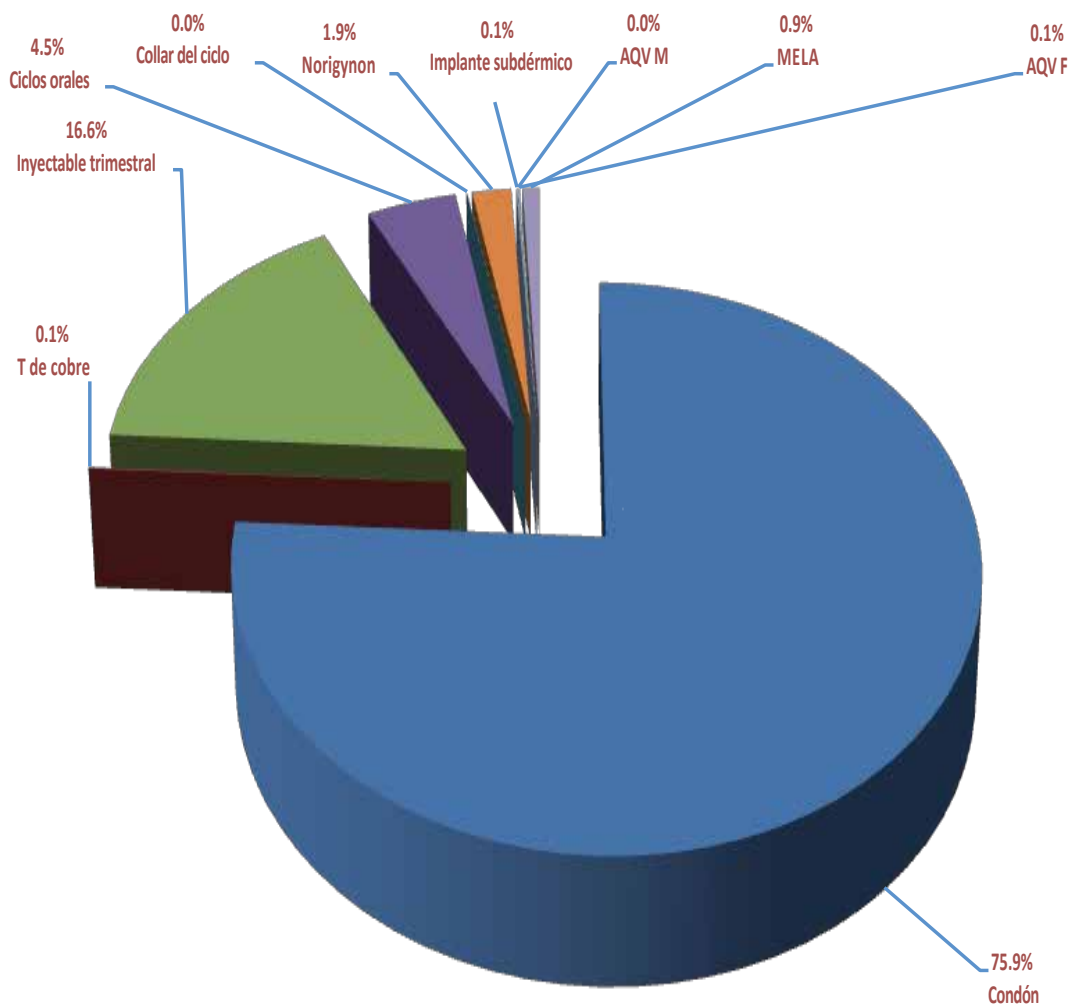
Fuente: BRES Y SIGSA

El cuadro que antecede muestra la mezcla de consumo de métodos anticonceptivos a nivel nacional de enero a diciembre de 2012.

**Cuadro 3. Factores de conversión de métodos de Planificación Familiar
a Años de Protección Pareja -APP-**

Método de Planificación Familiar	Factor de conversión
Condón	120 unidades por -APP- ($1/120= 0.0083$)
Ciclos orales	15 ciclos por APP ($1/15= 0.067$)
Implante subdérmico	3.8 APP por implante
T de cobre (DIU)	4.6 APP por DIU insertado
Método de Días Fijos (Collar)	1.5 APP por usuaria
Inyectable trimestral	4 dosis al año por APP ($1/4= 0.25$)
Inyectable mensual	13 dosis al año por APP ($1/13= 0.077$)
Inyectable bimensual	6 dosis al año por APP ($1/6=0.167$)
MELA (Método de Lactancia Amenorrea)	4 usuarias activas por APP ($1/4 =0.25$)
AQV masculina	10 -APP- por usuario
AQV femenina	10 -APP- por usuaria

**Gráfica No. 1 Mezcla de consumo de métodos anticonceptivos,
a nivel nacional enero a diciembre año 2012**



En la gráfica anterior se muestra el porcentaje de consumo de cada uno de los métodos anticonceptivos ofertados por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ANEXOS



Anexo 1

Marco Legal de la Planificación Familiar

Ley de Desarrollo Social. Decreto 42-2001 del Congreso de la República de Guatemala

CAPÍTULO III

ARTÍCULO 15. Paternidad y maternidad responsable. La Política de Desarrollo Social y Población considerará, promoverá e impulsará planes, programas y acciones para garantizar el ejercicio libre y pleno de la paternidad y maternidad responsable, entendidas éstas como el derecho básico e inalienable de las personas a decidir libremente y de manera informada, veraz y ética el número y espaciamiento de sus hijos e hijas, el momento para tenerlos, así como el deber de los padres y madres en la educación y atención adecuada de las necesidades para su desarrollo integral; para tal efecto, el Estado fortalecerá la salud pública, la asistencia social y la educación gratuita.

CAPÍTULO V SECCIÓN II

ARTÍCULO 25. Salud reproductiva. Para propósitos de la presente Ley, la salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, psíquico, personal y social en todos los aspectos relacionados con la sexualidad humana, con las funciones y procesos del sistema reproductivo, con una vida sexual coherente con la propia dignidad personal y las propias opciones de vida que conduzcan a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, así como con la libertad de procrear o no, y de decidir cuándo y con qué frecuencia, de una forma responsable.

ARTÍCULO 26. Programa de salud reproductiva. Sin perjuicio de las atribuciones y obligaciones que dispongan otras leyes, y de conformidad con lo que establezca la Política Nacional de Desarrollo Social y Población, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en coordinación con el Ministerio de Educación, debe diseñar, coordinar, ejecutar y promover el Programa de Salud Reproductiva, que sea participativo, sin discriminación e incluyente, y que tome en cuenta las características, necesidades y demandas de mujeres y hombres. El Programa de Salud Reproductiva deberá cumplir y apegarse a las siguientes disposiciones:

1. **Objeto.** El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.
2. **Servicios.** Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, está obligado a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino

y el de mama, atención a la menopausia y climaterio, diagnóstico y tratamiento de enfermedades de próstata, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y esterilidad, diagnóstico, tratamiento y prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida) y atención a la población en edad adolescente.

3. Planificación familiar. Para fortalecer los servicios de salud reproductiva, se llevarán a cabo programas y servicios de planificación familiar, basados en información veraz, objetiva y ética, es decir, fundada en la naturaleza de las personas y de la propia sexualidad humana, completa y fácil de entender, accesibles para todas las personas y parejas, en los establecimientos de salud pública y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en relación con sus afiliados y beneficiarios. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social deberá elaborar, informar verazmente y difundir las normas y guías sobre la distribución y uso de los métodos anticonceptivos, tanto naturales como artificiales, ofrecidos en los servicios de salud.

4. Adolescentes. En todas las unidades de salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se proporcionará atención específica y diferenciada para la población en edad adolescente, incluyendo consejería institucional en la naturaleza de la sexualidad humana integral, maternidad y paternidad responsable, control prenatal, atención del parto y puerperio, espaciamiento de embarazos, hemorragia de origen obstétrico y prevención y tratamiento de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (sida).

5. Maternidad saludable. La vida y la salud de las madres e hijos son un bien público, por lo que la maternidad saludable es un asunto de urgencia nacional. Se promoverán, apoyarán y ejecutarán acciones que disminuyan efectivamente la tasa de mortalidad materna e infantil, incluyendo cuando menos las siguientes:

- a) Crear y fomentar la instalación de unidades de salud con capacidad de resolución de las urgencias obstétricas, ubicadas en puntos estratégicos del país, con prioridad en los lugares con mayores índices de mortalidad materna y perinatal.
- b) Considerar como urgencia médica de tratamiento y atención inmediata, las hemorragias obstétricas, y fortalecer la prestación de los servicios preventivos, necesarios tendientes a evitarlas y prevenirlas.
- c) Desarrollar e instrumentar un programa específico y permanente de capacitación para el personal médico, enfermeras, auxiliares de enfermería y comadronas y otro personal, para promover y asegurar que las madres reciban cuidados adecuados en el momento y lugar donde se detecte la emergencia.
- d) Desarrollar, instrumentar, asegurar y garantizar mecanismos de referencia y contrarreferencia de emergencia obstétrica.
- e) Promover la lactancia materna mediante acciones de divulgación, educación e información sobre los beneficios nutricionales, inmunológicos y psicológicos para el recién nacido, en los casos en que clínicamente esté indicada.
- f) Divulgar los beneficios de posponer o evitar los embarazos a edades muy tempranas o tardías y otros riesgos, así como las ventajas de ampliar el espacio intergenésico a dos o más años.
- g) Promover programas de divulgación orientados a la atención y cuidados del recién nacido.

6. **Capacitación.** Definir los lineamientos para diseñar y llevar a la práctica programas y cursos para capacitar adecuadamente a los funcionarios y servidores públicos para que estén en condiciones de impartir educación y/o prestar orientación y atención a las personas en forma correcta, oportuna y veraz, sin discriminación, alguna para alcanzar los objetivos previstos en esta Ley.

**Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.
Decreto 87-2005 del Congreso de la República de Guatemala**

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO

Que la Constitución Política de la República de Guatemala en el artículo 47 establece que se garantizarán la protección social, económica y jurídica de la familia, promoviendo igualdad de derechos de los cónyuges, paternidad responsable y el derecho de las personas a decidir libremente el número y espaciamiento de sus hijos.

CONSIDERANDO

Que el Código de Salud, Decreto Número 90-97 del Congreso de la República, en el artículo 9 establece, que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social debe formular, organizar, dirigir la ejecución de las políticas, planes, programas y proyectos para la entrega de servicios de salud a la población.

CONSIDERANDO

Que la Ley de Desarrollo Social, Decreto Número 42-2001 del Congreso de la República, en los artículos 25 y 26 contempla la implementación de un programa que conlleve entre otros aspectos, la capacidad de las personas de disfrutar de una vida sexual plena, responsable y con libertad para elegir el número de hijos y decidir el momento y frecuencia de los embarazos.

CONSIDERANDO

Que se debe asegurar la sostenibilidad del componente de planificación familiar dentro del Programa de Salud Reproductiva, para garantizar el abastecimiento y disponibilidad de métodos de alta calidad para el espaciamiento de embarazos en todos los servicios públicos de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y organizaciones privadas que trabajen o implementen programas que provean servicios básicos a la población.

POR TANTO:

En ejercicio de las funciones que le confiere el artículo 171, literal a) de la Constitución Política de la República de Guatemala,

DECRETA

La siguiente:

Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Artículo 1. Objeto. La presente ley tiene como objeto asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar, que conlleve la información, consejería, educación sobre salud sexual y reproductiva a las personas y provisión de métodos de planificación familiar. Además establecer mecanismos dirigidos a la consecución de nuevas fuentes de financiamiento local, reduciendo la dependencia histórica de los servicios de planificación familiar de donantes internacionales.

Artículo 2. Observancia. Las disposiciones de la presente Ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud, incluyendo al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, en adelante denominado IGSS, entidades privadas y las ONG que prestan servicios básicos de salud en el primer nivel de atención.

Artículo 3. Destinatarios / as. Son destinatarios de la ley, la población en general, especialmente las mujeres, adolescentes, parejas y hombres del área rural, que no tengan acceso a servicios básicos de salud, promoviéndose y asegurándose el acceso equitativo de servicios de planificación familiar.

CAPÍTULO II

Acceso de la población a servicios de Planificación Familiar

Artículo 4. Acceso Universal. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, en adelante denominado “el MSPAS”, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben garantizar el mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.

Artículo 5. Necesidades no satisfechas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras instituciones sectoriales que proveen servicios de planificación familiar, deberá estimar la demanda insatisfecha de la población con información proveniente de encuestas nacionales y estudios específicos realizados. Lo anterior debe permitir la definición de estrategias operativas que garanticen la oferta de servicios de planificación familiar para la población de mayor postergación.

Artículo 6. Acceso geográfico. El MSPAS debe asegurar que en los lugares de difícil acceso en donde no existen establecimientos tradicionales de salud, las organizaciones no gubernamentales –ONG– que hayan suscrito convenios de provisión del conjunto básico de salud, sean las responsables de proveer los métodos de planificación familiar a usuarios y usuarias que vivan en el área de influencia de dichas organizaciones. Además, el Ministerio de Educación, y los demás entes deben realizar actividades de información, educación y comunicación en este campo.

Artículo 7. Acceso funcional. El MSPAS, el IGSS y otras entidades públicas y privadas del Sector Salud, deben proveer los servicios de planificación familiar a través de la oferta de la gama de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de embarazos, asegurando que los y las proveedoras tengan las competencias técnicas para prestar servicios de calidad y con calidez y cuenten con el equipo e insumos de acuerdo a la normativa establecida por el MSPAS.

Artículo 8. Atención integral. El MSPAS y el IGSS deben asegurar que los servicios de planificación familiar se integren a otros componentes de atención del programa de salud reproductiva, tales como: Atención prenatal, posparto inmediato y puerperio, detección de cáncer cérvico uterino y de mama, pruebas para enfermedades de transmisión sexual y prevención de la osteoporosis. Esta disposición contribuirá a disminuir las oportunidades perdidas de servicios de planificación familiar, reduciendo la demanda insatisfecha de planificación familiar y contribuyendo directamente en la disminución de mortalidad materno-infantil.

Artículo 9. Estrategia especial para adolescentes. El Ministerio de Educación, el MSPAS y el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas, diseñarán una estrategia que asegure la provisión de servicios integrales y diferenciados para los y las adolescentes, estableciendo mecanismos que faciliten la articulación e integración con otros sectores entre ellos; el Ministerio de Educación y el Vice-Ministerio de Cultura y Deportes, promoviendo el enfoque de derechos y responsabilidades.

CAPÍTULO III

Comunicación para el cambio de comportamiento

Artículo 10. Formación integral del adolescente. El MSPAS en coordinación con el Ministerio de Educación y otras organizaciones públicas y privadas sectoriales deben incluir en la currícula de formación contenidos sobre: Derechos y responsabilidades para la promoción y auto cuidado de la salud, sexualidad y el embarazo precoz y no deseado, como factores de riesgo que contribuyen y afectan la morbilidad materno infantil.

Artículo 11. Decisión libre e informada. El MSPAS como rector de la salud debe garantizar que las usuarias y usuarios de métodos tradicionales y modernos de espaciamiento de los embarazos en los establecimientos de salud, reciban la consejería completa que las ayude a seleccionar un método más adecuado, asegurando la disponibilidad del método elegido por la usuaria o usuario. Ninguna persona podrá ser obligada a utilizar ningún método tradicional o moderno de espaciamiento de los embarazos y es punible la coacción que pueda ejercerse en tal sentido.

Artículo 12. Competencia técnica de proveedores. El MSPAS debe instituir un programa de desarrollo profesional para fortalecer las competencias técnicas de los y las proveedoras, para asegurar que conozcan y apliquen los criterios de elegibilidad de todos los métodos de espaciamiento de embarazos de acuerdo a normas internacionales, con el fin de eliminar las barreras médicas en la planificación familiar.

Artículo 13. Consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas que brinden servicios de planificación familiar a la población, deben asegurar que el personal responsable, desarrolle la consejería personalizada en un ambiente que garantice la privacidad del usuario o usuaria y en ningún caso inducirán ni coaccionarán a las personas a utilizar métodos en contra de su voluntad.

Artículo 14. Calidad de la consejería. El MSPAS, el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas deben contar con conocimientos, habilidades y destrezas para desarrollar la consejería, además contar con material educativo de apoyo, para facilitar la comprensión de la población de acuerdo al contexto sociocultural.

Artículo 15. Comunicación y difusión. El MSPAS, el IGSS en coordinación con otras organizaciones públicas y privadas sectoriales vinculadas con la prestación de servicios de planificación familiar, deben realizar campañas masivas de información y comunicación dirigidas a la población en general, sobre

los métodos tradicionales y modernos de planificación familiar, sus ventajas, desventajas y lugares de abastecimiento, tomando en cuenta el contexto sociocultural y educativo de las mismas. Debe informarse además acerca de los factores de riesgo relacionados con los embarazos no deseados y embarazos en ambos extremos de la vida fértil de la mujer, multiparidad, período intergenésico y su contribución al incremento de la tasa de morbilidad materna y el impacto socioeconómico en la población.

Artículo 16. Monitoreo y disminución de barreras médicas. El MSPAS en coordinación con el IGSS y otras organizaciones públicas y privadas diseñará, validará e implementará herramientas para monitorear la prestación de servicios de planificación familiar y su integración al programa de salud reproductiva, asegurando que puedan incorporarse indicadores que permitan monitorear y evaluar la disminución de las barreras médicas.

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO PARA LA PROVISIÓN DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Artículo 17. Comisión de aseguramiento. Se crea la Comisión Nacional de Aseguramiento de Anticonceptivos, en adelante denominada CNAA, que tendrá como objetivo velar por la disponibilidad de anticonceptivos para garantizar el acceso de la población guatemalteca a servicios de planificación familiar.

Artículo 18. Conformación de la comisión. La Comisión de CNAA estará conformada por las siguientes instituciones públicas y privadas: a) Ministerio de Educación; b) Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS-; c) Ministerio de Finanzas Públicas; d) Instituto Guatemalteco de Seguridad Social -IGSS-; e) Asociación Pro Bienestar Familiar -APROFAM-; f) Secretaría Presidencial de la Mujer; g) Asociación Guatemalteca de Mujeres Médicas -AGMM-; h) Instancia de Acciones Políticas por la Salud y el Desarrollo de las Mujeres; i) Defensoría de la Mujer Indígena -DEMI-.

El funcionamiento de la comisión CNAA quedará establecido en el reglamento respectivo.

Artículo 19. Funciones de la Comisión. La CNAA, además de las que se indiquen en el respectivo reglamento, tendrá las siguientes funciones: a) Velar la disponibilidad de fondos, especialmente del sector público para la compra de anticonceptivos, a través de: Procesos de diálogo y abogacía con los diferentes actores que inciden en la asignación de recursos financieros e identificación de diversas fuentes de financiamiento, particularmente para las instituciones del estado; b) Formulación de estrategias y mecanismos para acceder a precios competitivos en el mercado internacional y la compra a escala de métodos modernos de planificación familiar; c) Velar para que las instituciones que forman parte de la Comisión, definan y compartan políticas y estrategias en materia de logística de anticonceptivos.

Artículo 20. Abastecimiento de métodos de espaciamiento de embarazos. El MSPAS, IGSS y las instituciones públicas y privadas que brindan servicios de salud deberán asegurar el abastecimiento y provisión de métodos modernos de espaciamiento de embarazos en todos los establecimientos de la red pública y organizaciones privadas.

Artículo 21. Asignación Presupuestaria. El MSPAS deberá establecer en el Presupuesto General de Ingresos y Egresos del Estado, una partida presupuestaria específica para la implementación de métodos anticonceptivos, que garantice la demanda de la población guatemalteca. Deberán ser incorporados además a dicho presupuesto los fondos provenientes de lo preceptuado en el Decreto 21-04, artículo 25 del Congreso de la República de Guatemala.

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

Artículo 22. Integración. Los principios y preceptos de esta Ley formarán parte del instrumental técnico-jurídico de la Reforma del Sector Salud, atendiendo a la importancia que representan para la extensión de cobertura de los servicios de salud.

Artículo 23. Reglamento. El Organismo Ejecutivo emitirá y publicará el Reglamento de la presente Ley, dentro de los sesenta días siguientes a la vigencia de la misma.

Artículo 24. Derogatorias. Se derogan todas aquellas disposiciones de igual o inferior jerarquía que se opongan a lo preceptuado en la presente Ley.

Artículo 25. Vigencia. El presente Decreto entrará en vigor ocho días después de su publicación en el Diario Oficial.

Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer. Decreto 22-2008 del Congreso de la República de Guatemala.

CAPÍTULO I

Artículo 1. Objeto y fin de la ley. La presente ley tiene como objeto garantizar la vida, la libertad, la integridad, la dignidad, la protección y la igualdad de todas las mujeres ante la ley, y de la ley, particularmente cuando por condición de género, en las relaciones de poder o confianza, en el ámbito público o privado, quien agrede, cometa en contra de ellas prácticas discriminatorias, de violencia física, psicológica, económica o de menosprecio a sus derechos.

El fin es promover e implementar disposiciones orientadas a la erradicación de la violencia física, psicológica, sexual, económica o cualquier tipo de coacción en contra de las mujeres, garantizándoles una vida libre de violencia, según lo estipulado en la Constitución Política de la República e instrumentos internacionales sobre derechos humanos de las mujeres, ratificados por Guatemala.

CAPÍTULO II

Artículo 3. Definiciones. Para los efectos de esta ley se entenderá por:

- j. **Violencia contra la mujer:** Toda acción u omisión basada en la pertenencia al sexo femenino que tenga como resultado el daño inmediato o ulterior, sufrimiento físico, sexual, económico o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en el ámbito público como en el ámbito privado.
- n. **Violencia sexual:** Acciones de violencia física o psicológica cuya finalidad es vulnerar la libertad e indemnidad sexual de la mujer, incluyendo la humillación sexual, la prostitución forzada y la denegación del derecho a hacer uso de métodos de planificación familiar, tanto naturales como artificiales, o a adoptar medidas de protección contra enfermedades de transmisión sexual.

Artículo 7. Violencia contra la mujer. Comete el delito de violencia contra la mujer quien en el ámbito público o privado, ejerza violencia física, sexual o psicológica (...) La persona responsable del delito de violencia sexual contra la mujer será sancionada con prisión de cinco a doce años, de acuerdo a la gravedad del delito, sin perjuicio de que los hechos constituyan otros delitos estipulados en leyes ordinarias.

Artículo 9. Prohibición de causales de justificación. En los delitos tipificados contra la mujer no podrán invocarse costumbres o tradiciones culturales o religiosas como causal de justificación o de exculpación para perpetrar, infligir, consentir, promover, instigar o tolerar la violencia contra la mujer.

Anexo 2

¿Quién puede proveer métodos de Planificación Familiar?

Cuadro A2-1. ¿Quién puede proveer métodos de planificación familiar?
métodos de Planificación Familiar

Proveedor de Salud	AQV (femenina y masculina)	T de cobre (DIU)	Inyectables de progesterona (inyección)	Inyectables combi- nados	Implantes sub- dérmicos	Anticonceptivos orales combinados (pastilla)	Condón	Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		
								MELA	MDF	Dos días
Médico hospitalario/CAIMI/ Maternidad cantonal	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico Centro de salud / CAP		X	X	X	X	X	X	X	X	X
Médico ambulatorio		X*	X	X	X*	X	X	X	X	X
Enfermera profesional		X*	X	X		X	X	X	X	X
Auxiliar de enfermería capacitada en atención materno neonatal		X*	X	X		X	X	X	X	X
Enfermera ambulatoria		X*	X	X		X	X	X	X	X
Facilitador institucional			X*	X*		X	X	X	X	X
Técnico en salud rural			X*	X*		X	X	X	X	X
Facilitador comunitario						X*	X*	X*	X*	X*
Promotor, guardián y vigilante de salud						X**	X**	X**	X**	X**
Comadrona tradicional capacitada						X**	X**	X**	X**	X**
Facilitador del espacio amigable							X*			

La “X” indica a las personas capacitadas o con las facultades para administrar cada tipo de método. Independientemente del nivel de atención, deben contar con la supervisión y monitoreo adecuado preestablecido por el MSPAS.

* Personal previamente capacitado y debidamente supervisado.

** Personal previamente capacitado y debidamente supervisado bajo la estrategia *Participo y apporto para el espaciamiento saludable y oportuno de los embarazos*.

Anexo 3

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

¿Qué son las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)?

Píldoras que contienen solo progestina o una progestina y un estrógeno juntos. Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “del día después”, “de la mañana siguiente” o anticonceptivos poscoitales.

¿Qué píldoras pueden ser utilizadas como PAE?

- Píldoras que contienen progestina sola con levonorgestrel o norgestrel.
- Anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno y una progestina.

Anticoncepción de emergencia

	Principio activo	Composición	Dosis
Primera elección	Progestágeno	Levonorgestrel 0.75 mg (Postinor II ®)	1 tableta cada 12 horas por 2 dosis
		Levonorgestrel 1.5 mg (Postinor I ®)	1 tableta en dosis única
Alternativa	Progestágeno + estrógeno	Norgestrel 0.30 mg. + etinilestradiol 0.030 mg (Lofemenal ®)	4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis
		Levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.030 mg (Microgynon 30 ®)	4 tabletas en la primera consulta y 4 tabletas 12 horas después

¿Cómo actúan?

Las PAE evitan el embarazo y no provocan un aborto. Funcionan principalmente impidiendo la ovulación y alterando la consistencia del moco cervical lo cual impide la entrada de espermatozoides a la cavidad uterina.

¿Cuándo tomarlas?

Lo antes posible después de la relación sexual sin protección.

Cuanto antes se tomen más posibilidades de evitar el embarazo.

Pueden prevenir el embarazo cuando se toman en cualquier momento dentro de los 5 días posteriores a la relación sexual sin protección.

Si la usuaria tuvo relaciones sexuales después de su última menstruación sin utilizar un método anticonceptivo, es posible que esté embarazada y las PAE no serán efectivas, sin embargo, su administración NO perjudica el embarazo.

Eficacia

Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales una vez durante la segunda o tercer semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas.

Si esas mujeres usaran PAE de solo progestina, probablemente 1 quedara embarazada.

Si esas mujeres usaran PAE que contiene estrógeno y progestina, probablemente 2 quedaran embarazadas.

Mecanismo de acción

Espesa el moco cervical, afectando el transporte y capacitación del espermatozoide.

Criterios médicos de elegibilidad

Toda mujer puede utilizar PAE segura y eficazmente, incluyendo aquellas que no pueden usar métodos anticonceptivos con hormona de manera continua.

Por la brevedad de su uso no existen patologías médicas que puedan hacer que las PAE no sean seguras para la mujer.

Consideraciones

La recuperación de la fertilidad después de interrumpir PAE es inmediata.

Tomar las PAE solamente previene el embarazo de actos sexuales ocurridos en los 5 días anteriores.

Para mantenerse protegida de un embarazo, la mujer debe comenzar otro método anticonceptivo de inmediato.

Las PAE no protegen contra infecciones de transmisión sexual.

Efectos colaterales

Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo leve sangrado irregular durante 1-2 días después de tomar PAE y menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.

En la semana después de tomar PAE:

- Náuseas
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefaleas
- Dolor de mamas
- Mareos
- Vómitos

Malentendidos

- No provocan aborto.
- Si se produce el embarazo NO causan anomalías fetales.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No provocan infertilidad a la mujer.

Manejo de efectos secundarios

Náuseas

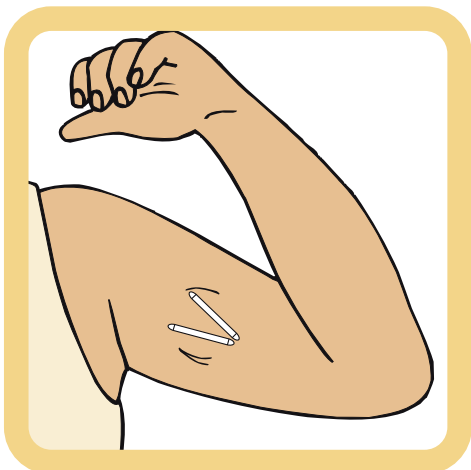
- No se recomienda la utilización de medicación antiemética de rutina.
- Las mujeres que han tenido náuseas con un uso anterior de PAE o con la primera dosis del régimen de 2 dosis pueden tomar medicación antiemética tal como 50 mg de dimenhidrinato entre media y una hora antes de tomar PAE.

Vómitos

- Si la mujer vomita dentro de las 2 horas posteriores a tomar PAE, deberá tomar otra dosis. (puede tomar medicación antiemética con esta dosis repetida como se señala más arriba). Si los vómitos se presentan después de las 2 horas de la ingesta de PAE, no tendrá que tomar ninguna píldora adicional.

Anexo 4

Técnicas y procedimientos



Implantes Subdérmicos

Equipo necesario

Asegúrese de contar con el local adecuado y el equipo necesario:

- Mesa de examen (camilla)
- Jabón antiséptico para el lavado de manos
- Implante a colocar
- Campo quirúrgico
- 2 recipientes pequeños para:
 - gasas o algodón estéril
 - cápsulas del implante
- Guantes estériles
- Solución antiséptica
- Anestésico local
- Jeringa
- Trocar #10 con su guía
- Gasa estéril, curitas o vendajes
- Compresas
- Agregue 2 o 3 pinzas mosquito para el caso de retiro de implantes

Procedimiento de inserción

Explique a la usuaria el procedimiento del método de inserción.

Los implantes pueden colocarse debajo de una zona de piel saludable en la superficie interna del brazo. Se debe seleccionar cara interna del brazo no dominante. Debido a que la inserción y remoción de los implantes son procedimientos quirúrgicos menores, la paciente puede utilizar su propia ropa y el personal no tiene que usar batas ni gorros.

1. Lávese las manos con agua y jabón antes de empezar el procedimiento.
2. Colóquese guantes de látex estériles. A partir de este momento no toque nada que no esté estéril.

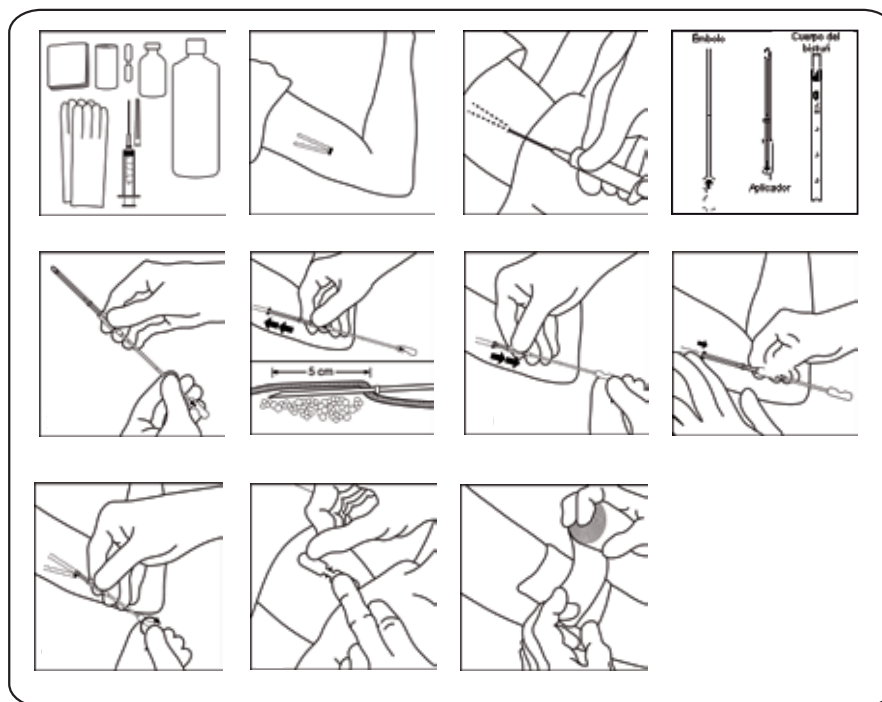
3. Aplique el antiséptico local disponible en el lugar de la inserción. Si cuenta con él, coloque un campo hendido estéril sobre el área.
4. Proceda a la infiltración del anestésico local, 3 - 4 c.c. de lidocaína al 2% son suficientes. Espere el tiempo recomendable para que la anestesia local surta efecto, hable con la paciente mientras tanto.
5. Con el bisel del trocar hacia arriba, proceda a insertarlo. Por debajo de la piel, hasta la segunda marca de la camisa del trocar (± 4.5 cm). Retire el émbolo.
6. Coloque el primer implante adentro del trocar, coloque el émbolo dentro del trocar y sin moverlo retire la camisa del trocar lentamente.
7. Saque el trocar hasta la primera marca. Reinserte por debajo de la piel en forma de "V" hasta la segunda marca del trocar, (± 4.5 cm). Retire la guía.
8. Para colocar el segundo implante, repita el paso 6.
9. Después de la inserción, palpe los implantes para verificar que hayan sido insertados. Si la punta del implante protruye o está demasiado cerca de la incisión, retírelo y reinsértelo en la posición apropiada.
10. Haga presión sobre la incisión sobre la gasa por 1 o 2 minutos para detener el sangrado.
11. Cubra la herida con un vendaje sencillo.
12. Antes de quitarse los guantes, coloque el instrumental en una solución de cloro al 0.5% para descontaminarlo.
13. Lávese las manos con agua y jabón después de quitarse los guantes.
14. Dé a la usuaria las instrucciones necesarias sobre el cuidado de la herida en el hogar, indíquele las causas que ameritarían su retorno a la clínica de inmediato.

Procedimiento de remoción o retiro

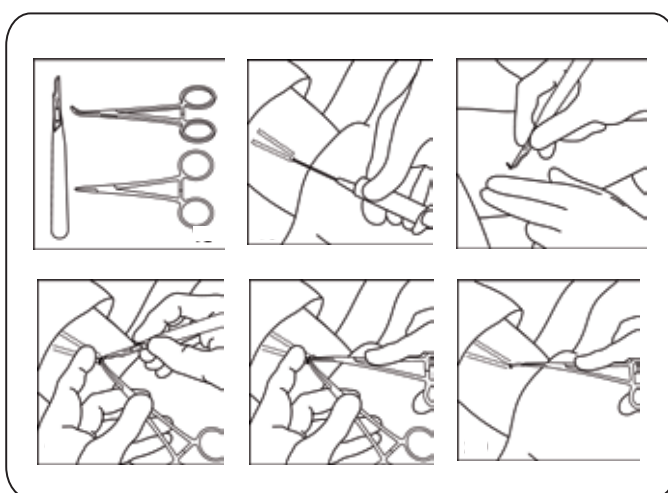
Cerciórese de que la usuaria entiende perfectamente el procedimiento de retiro, explique paso por paso el procedimiento y resuelva dudas o temores. Asegúrese de contar con el local adecuado y el equipo necesario (ver listado). Debido a que la remoción de los implantes es un procedimiento quirúrgico menor, la paciente puede utilizar su propia ropa y el personal no tiene que usar batas, máscaras ni gorros. Lávese las manos con agua y jabón antes de empezar el procedimiento.

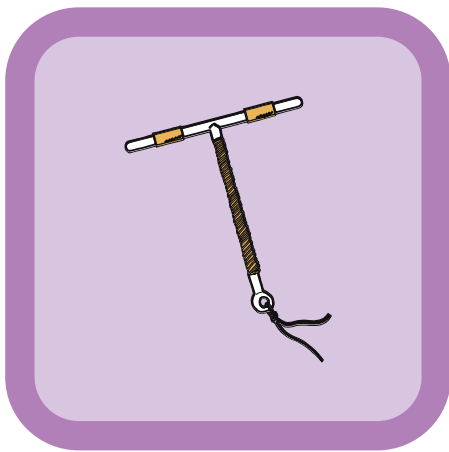
1. Colóquese guantes de látex estériles. A partir de este momento, no toque nada que no esté estéril.
2. Aplique el antiséptico local disponible al lugar seleccionado. Si cuenta con él, coloque un campo hendido estéril sobre el área.
3. Palpe los cilindros para verificar que los dos están insertados.
4. Proceda a la infiltración del anestésico local, por debajo del extremo del cilindro más cercano al sitio donde hará la incisión. Espere el tiempo recomendable para que la anestesia local surta efecto, mientras tanto hable con la paciente.
5. Haga una sola incisión pequeña no mayor de 4 mm de longitud en un sitio equidistante a los extremos de los dos cilindros.
6. El primer cilindro a remover debe ser aquel que pueda alcanzarse con mayor facilidad.
7. Remueva uno por uno los dos cilindros; puede sentirse una vaina de fibrosis la cual debe ser seccionada antes de extraer el cilindro.
8. Después del retiro, cubra la herida con un vendaje sencillo. Evalúe la necesidad de colocar puntos.
9. Antes de quitarse los guantes, coloque el instrumental en una solución de cloro al 0.5% para descontaminarlo. Descarte los implantes según normas de bioseguridad.
10. Lávese las manos con agua y jabón después de quitarse los guantes.
11. Anote en el expediente de la usuaria la fecha de retiro de los implantes. De ser necesario, brinde orientación sobre otros métodos anticonceptivos.
12. Dé a la usuaria las instrucciones necesarias sobre el cuidado de la herida en el hogar, indíquele las causas que ameritarían su retorno a la clínica de inmediato.

Inserción implante



Retiro implante





DIU

T de cobre

Material y equipo necesario

El equipo mínimo necesario para la inserción de la T de cobre comprende:

- Una fuente de luz (lámpara cuello de ganso o linterna)
- Un espéculo vaginal
- Un tenáculo
- Un histerómetro
- Una pinza de anillos larga
- Una tijera larga
- Una copa o vaso para el antiséptico
- Torundas o gasas estériles
- Guantes desechables
- T de cobre en paquete estéril

Inserción de la T de Cobre de intervalo

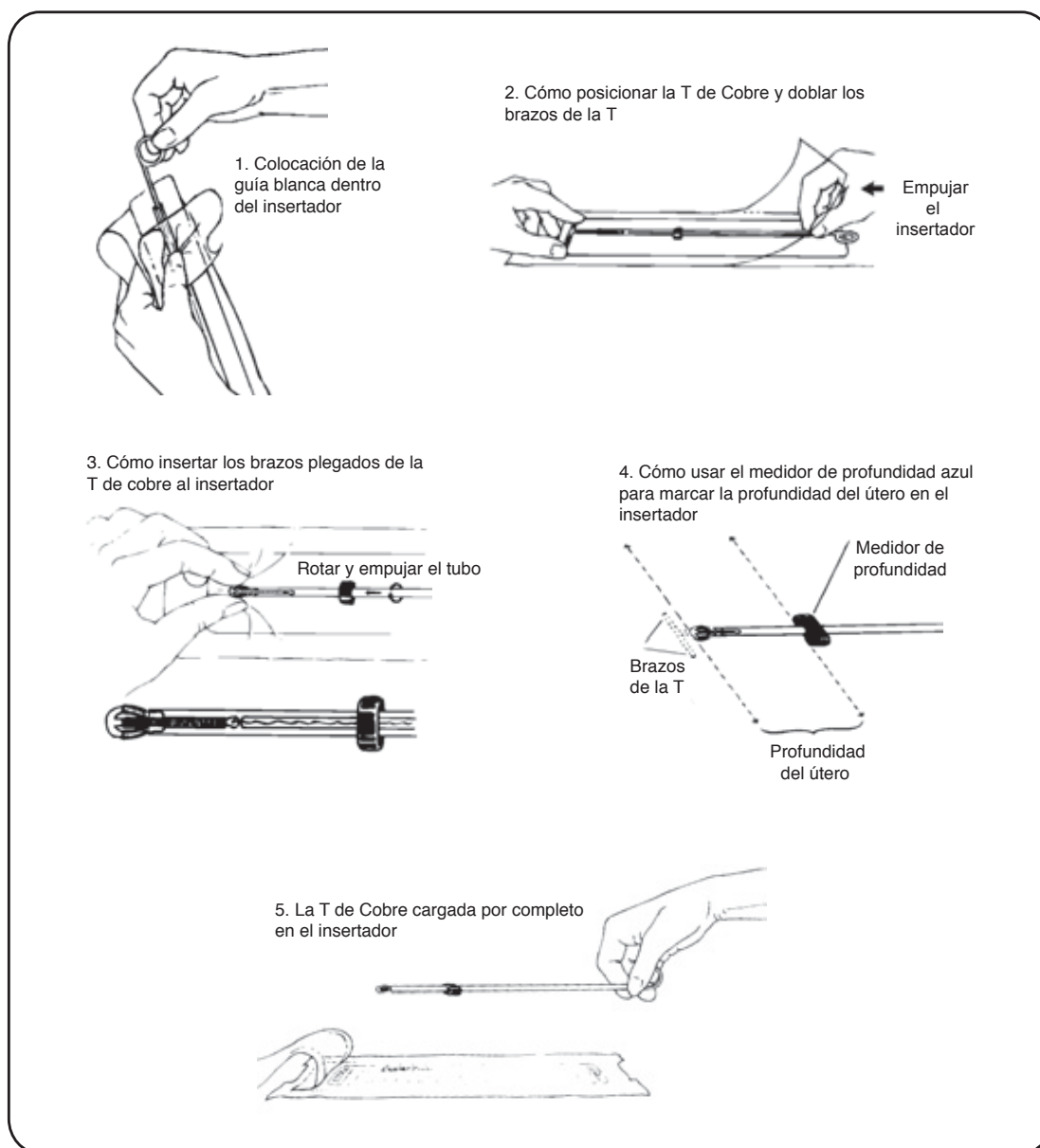
- Previo a la inserción, cerciórese de que la usuaria tenga la vejiga vacía.
- Lávese las manos, antes y después del procedimiento.
- Hable con la usuaria durante el procedimiento, tranquilizándola y explicándole paso a paso el procedimiento.

Procedimiento de incursión

1. Colóquese los guantes.
2. Examine los genitales externos.
3. Realice el examen bimanual, determinando la posición del útero, descartando embarazo, anormalidades o señales de infección. En caso de embarazo o infección NO se puede insertar la T de cobre.
4. Introduzca el espéculo vaginal con delicadeza, inspeccionando el cérvix para detectar señales de infección (salida de secreción purulenta).
5. Descartar los guantes, remojándolos en solución de cloro al 0.5% y colóquelos en la bolsa roja.

6. Cargue la T de cobre dentro de su empaque estéril. Esto ayuda a evitar que la T de cobre se contamine antes de ser insertada.
7. Colóquese guantes nuevamente y con un aplicador y una solución antiséptica limpie dos veces el cérvix, especialmente el orificio y la vagina.
8. Coloque el tenáculo en el labio anterior del cérvix a las 11 horas del reloj y ciérrelo hasta la primera muesca. Tráccionelo suavemente e introduzca el hiterómetro para medir el tamaño interior del útero.
9. Traslade esta medida al insertador de la T de cobre utilizando el medidor de profundidad azul.

¿Cómo cargar la T de cobre en el paquete estéril?



10. Tome el tenáculo, hale suavemente hacia adelante abajo; luego introduzca el aplicador a través del canal endocervical y hacia arriba hasta que la T de cobre haga contacto con el fondo uterino. El medidor de profundidad azul debe quedar en el cuello uterino.
11. Para liberar la T de cobre, retire el aplicador para que haga contacto con el anillo de la varilla blanca, mientras la mantiene inmóvil. Empuje nuevamente el insertor hasta el fondo del útero para dejar la T hasta el fondo.
12. Extraiga la varilla blanca y luego retire el aplicador 3 cm fuera del cérvix. Proceda a cortar los hilos. Extraiga el tenáculo delicadamente. Presione las lesiones hechas por las puntas del tenáculo con gasa o torunda.
13. Examine el cérvix y en caso de detectar sangrado en los sitios de punsión del tenáculo haga presión local por 30 a 60 segundos con una torunda o gasa.
14. Retire el espéculo con delicadeza.
15. Mantenga acostada a la usuaria por unos minutos. Mientras tanto proporcione las recomendaciones necesarias de seguimiento y consulta por efectos secundarios.
16. Haga cita para revisión y dé prescripción de analgésicos para prevenir el dolor.
17. Coloque todos los instrumentos utilizados en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminación antes de la limpieza.
18. Elimine adecuadamente los insumos utilizados (artículos contaminados con sangre u otros fluidos corporales) según normas de bioseguridad.

Inserción de la T de cobre posparto

Se puede realizar la inserción en cualquier momento durante las 48 horas siguientes al parto, mientras el cérvix todavía está abierto. Los pasos de prevención de infecciones son los mismos que para la técnica de inserción de T de cobre de intervalo.

1. Si la inserción es pos placenta, confirme la expulsión completa de la placenta. Practique un masaje en el útero hasta cuando adquiera una consistencia firme y haya cedido el sangrado.
2. Examine el cérvix para averiguar si hay lesión, utilizando una valva o un espéculo.
3. Use guantes estériles cuando tome la T de cobre (DIU).
4. Tome la T de cobre (DIU) con pinzas Kelly pos parto.
5. Tome el labio anterior del cérvix con una pinza de anillos.
6. Sostenga el cérvix y manténgalo visible mientras se introduce la T de cobre (DIU) por el mismo hacia el fondo del útero; debe recordar que la T de cobre no debe tocar las paredes de la vagina.
7. Coloque la mano sobre el abdomen y estabilice el útero externamente haciendo una presión firme en la pared abdominal.
8. Dirija la T de cobre (DIU) hacia el fondo de la cavidad uterina. Para ello, dirija la pinza paralela al plano de la usuaria hasta atravesar el segmento inferior que ofrece cierta resistencia y luego diríjala en sentido ventral “hacia el ombligo” hasta el fondo uterino.
9. Con la mano que se encuentra en el abdomen y la pinza que inserta la T de cobre (DIU), confirme que el dispositivo se ha colocado en el fondo uterino.
10. Después de soltar la T de cobre (DIU), retire suavemente la pinza con sus ramas abiertas girándola sobre la cara lateral del útero para evitar halar el hilo entre ellas.
11. Examine la vagina. Si los hilos están visibles, la T de cobre (DIU) se ha colocado demasiado bajo y se debe reinsertar (no ha quedado en el fondo uterino).

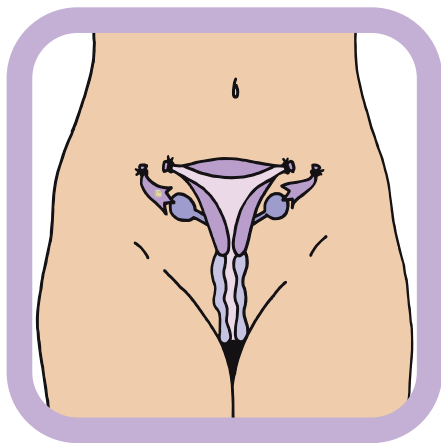
Inserción durante la cesárea

Este método es fácil de colocar durante la cesárea.

1. Practique un masaje uterino hasta cuando haya cedido el sangrado.
2. Manualmente o con pinza de anillos, coloque la T de cobre (DIU) en el fondo de la cavidad uterina.
3. Antes de cerrar la incisión uterina, coloque los hilos en el segmento inferior.

Retiro del DIU

1. Las extracciones normales se pueden realizar en cualquier momento del ciclo menstrual.
2. Para evitar que se rompan los hilos, haga una tracción suave y sostenida y extraiga la T de cobre lentamente.
3. Si no se puede extraer la T de cobre con una tracción suave, dilate el cuello con dilatadores. Se puede practicar un bloqueo paracervical para disminuir el dolor. La extracción puede facilitarse colocando un tenáculo para fijar el cuello y enderezar el útero.
4. Si no se ven los hilos de la T de cobre, trate de localizarlos en el canal cervical con pinzas de lagarto.
5. Cuando la T de cobre está en el útero, trate de localizarla con una pinza de lagarto (con la cual se pueden tomar los hilos o la misma T de cobre).



(Anticoncepción
Quirúrgica Voluntaria
femenina)

Operación de la Mujer

Equipo necesario para realizar la operación de la mujer:

Clínica de evaluación preoperatoria

- Camilla
- Lámpara de cuello de ganso
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Banco
- Carro de curaciones
- Balanza
- Termómetro oral

Sala de operaciones

- Mesa quirúrgica con facilidad de trendelemburg
- Equipo de resucitación

Equipo de minilaparotomía

- Espéculo bivalvo
- Tenáculo
- Elevador uterino
- Gasas estériles
- Solución estéril
- Vasija arriñonada
- Separadores
- 1 tijera de mayo curva
- 1 pinza de disección con dientes
- 1 pinza de disección sin dientes

- 2 pinzas Babcock cortas
- Un porta agujas pequeño y un hilo de catgut No. 00 con aguja chica o sutura de ácido poliglicólico No. 000 con aguja chica
- 1 tijera de Metzenbaum curva
- 3 pinzas hemostáticas (mosquitos)
- Mango de bisturí con hoja No. 15
- Jeringa de 10 ml, conteniendo 5 ml de lidocaína al 2% y 5 ml de bupivacaína al 0,5%

Descripción del procedimiento

¿Cuándo realizarla?

- En cualquier momento del ciclo menstrual, estando razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada.

Posparto

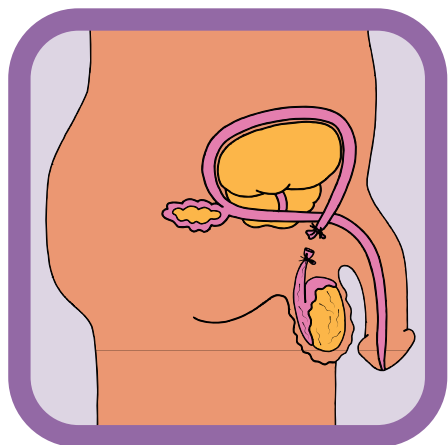
- Minilaparotomía: En los primeros 2 días del posparto o hasta después de los 56 días.

Posaborto

- Primer trimestre: Inmediatamente o en los primeros 7 días, si no hay evidencia de infección pélvica.

Minilaparotomía

1. Para el procedimiento de intervalo, la incisión de 2 a 5 cm puede ser transversal.
2. En posparto efectúe incisión subumbilical de 2 cm de longitud; previamente practique un masaje uterino hasta cuando haya cedido el sangrado.
3. Identifique la trompa de Falopio, sujétela con pinzas de Babcock y haga tracción hacia arriba y afuera (la técnica de Pomeroy es la más ampliamente utilizada para la ligadura y resección de las trompas de Falopio).
4. Forme un asa; coloque una ligadura de catgut alrededor de ésta y seccione una porción de este tejido. Vigile que no queden áreas sangrantes.
5. Repita este procedimiento en la trompa de Falopio contralateral.
6. El cierre de la piel puede realizarse con suturas absorbibles.



Anticoncepción
Quirúrgica Voluntaria
Masculina

VASECTOMÍA SIN BISTURÍ

Equipo necesario para realizar la vasectomía:

- Camilla
- Lámpara de cuello de ganso
- Carro de curaciones
- Gasas estériles
- Solución antiséptica
- Vasija arriñonada
- Un porta agujas pequeño y un hilo de catgut No. 00 con aguja chica o sutura de ácido poliglicólico No. 000 con aguja chica
- Una tijera de mayo recta
- 2 pinzas hemostáticas (mosquitos)
- 1 pinza anillada de Li
- 1 pinza de disección de Li
- 1 pinza de anillos recta
- Jeringa de 10 ml con 6 cc de lidocaína al 2% sin epinefrina

Descripción del procedimiento

Una vez el usuario ha sido orientado sobre sus opciones de planificación familiar, seleccionando la vasectomía como su método y ha firmado la hoja del consentimiento informado, se puede proceder a llevar a cabo la vasectomía sin bisturí VSB.

Tareas preoperatorias

1. Asegúrese de que la temperatura de la habitación es cálida para relajar el escroto.
2. Determine que los instrumentos estén esterilizados o desinfectados de alto nivel-DAN. El usuario debe usar una bata.
3. Retire el pene hacia arriba sobre el abdomen en posición de las 12 en punto y fíjelo cómodamente, para que el rafe medio sea claramente visible.
4. Lávese las manos y los brazos; frótelos completamente con agua y jabón o solución antiséptica y séquelos con un paño limpio y seco o al aire.
5. Póngase guantes nuevos para examinar o que estén desinfectadas de alto nivel en ambas manos.

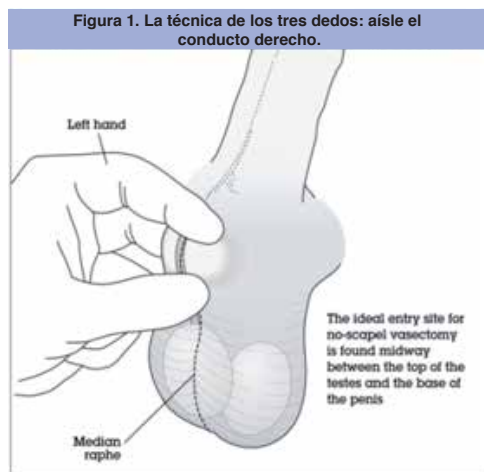
6. Examine el área del escroto palpando el escroto para evaluar el grosor de la piel del escroto y ver si las cuerdas espermáticas están móviles.
7. Quítese los guantes, póngase una camisa limpia o delantal y guantes esterilizados.
8. Prepare una jeringa para administrar 5 cc al 2% de lidocaína (sin epinefrina).
9. Realice antisepsia con Iodopovidona u otro antiséptico en la región escrotal, asegúrese de que la solución no esté fría.

Procedimiento de la vasectomía

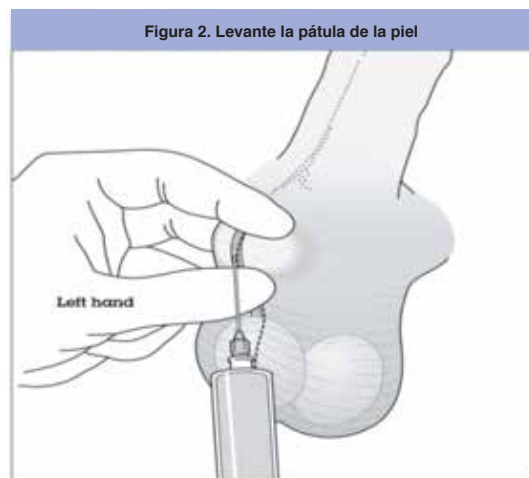
1. Observe al usuario y comuníquese con él.
2. Explíquelo que sentirá una pequeña punción y un leve ardor al entrar la anestesia.
3. Inyecte 3 cc de lidocaína en la dermis y el tejido subcutáneo; infiltrando los planos profundos del conducto, teniendo cuidado de no lesionar el plexo venoso en dirección del anillo inguinal.

Use la técnica de los tres dedos:

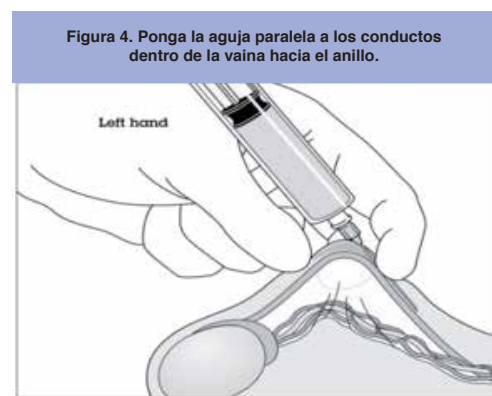
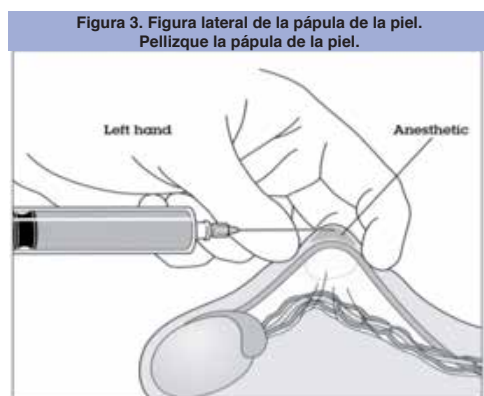
a) Aísle los conductos.



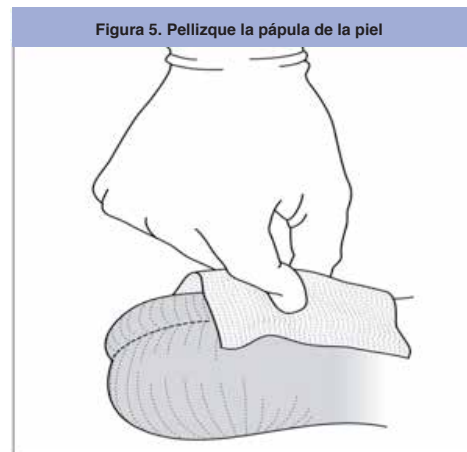
b) Levante el rafé medio.



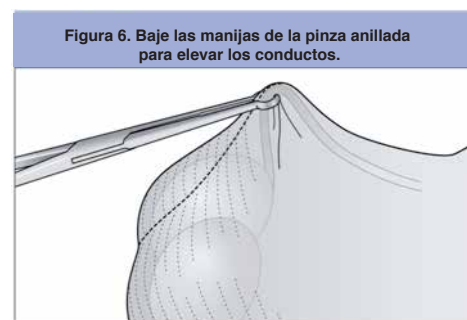
c) Cree un bloque basal en ambos lados.



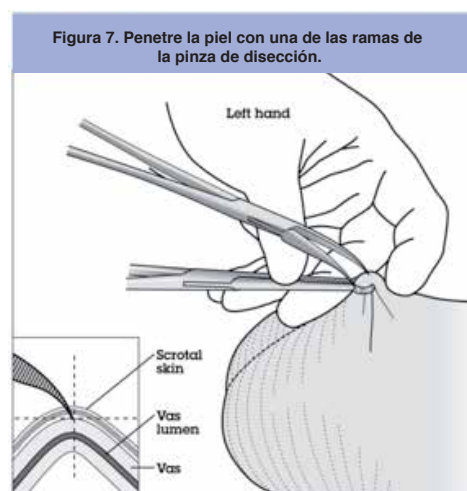
4. Pellizque la pápula de la piel entre el pulgar y el índice para reducir el edema local y espere 2 a 3 minutos para que la anestesia haga efecto.



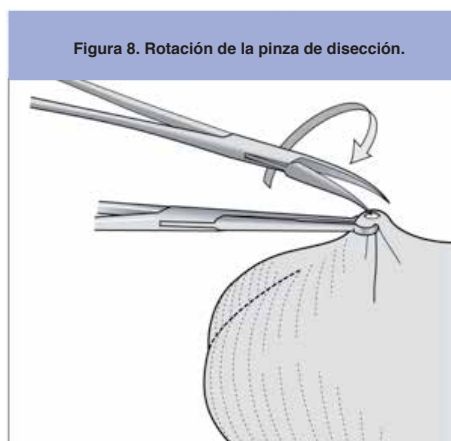
5. Revise con el usuario para asegurarse que la anestesia es suficiente. De lo contrario, infiltre otros 2 cc. de anestesia local.
6. Use la técnica de tres dedos nuevamente para aislar los conductos y luego eleve los conductos atrapados bajando el mango de la pinza anillada.



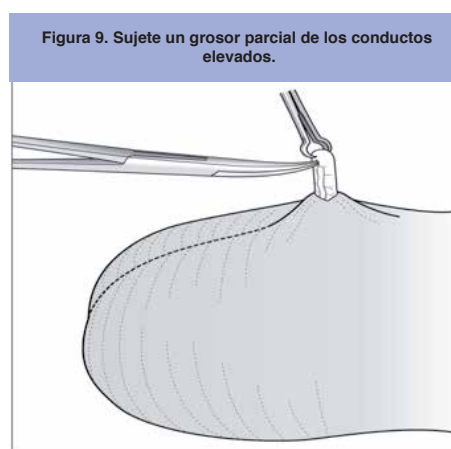
7. Use un solo movimiento rápido para perforar la piel hacia abajo del conducto deferente con una de las ramas de la pinza de disección introducidos a un ángulo de 45°.



8. Retire la rama de la pinza de disección, cierre ambas ramas e inserte ambas puntas de la pinza de disección en el sitio de la punción a la misma profundidad hacia abajo a los conductos.
9. Suavemente abra las ramas de la pinza de disección y separe los tejidos para abrir la apertura a dos veces el diámetro de los conductos.
10. Retire la pinza de disección y use la punta de la rama lateral de la pinza para perforar la pared del conducto (o mantenga la pinza en línea con el eje longitudinal de los conductos y sujete los conductos desnudos directamente) y rote la pinza hacia la izquierda 180°.



11. Entregue los conductos a través de la punción liberando la pinza anillada, pero manteniéndola en su lugar. Tome un grosor parcial de los conductos elevados con la pinza anillada.



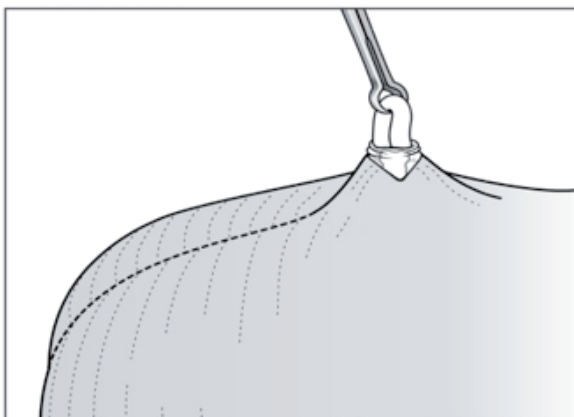
12. Si el conducto es difícil de manejar, suavemente haga una punción en el recubrimiento del conducto, quite y cierre la pinza de disección, luego vuelva a insertar para pelar el recubrimiento del conducto.

13. Oclusión por ligación con escisión e interposición de fascia:

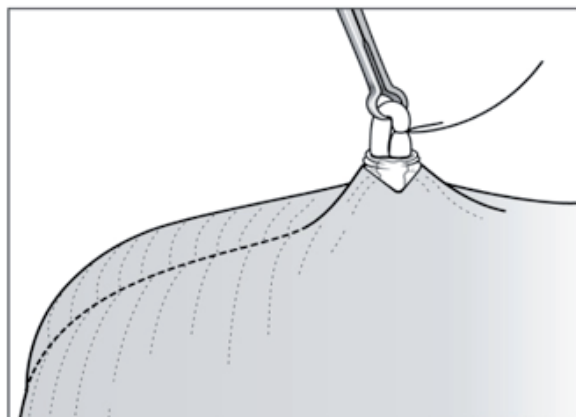
- Coloque 2 pinzas de mosquito en el conducto dejando +/- 1.5 cms entre ellas.
- Extirpe hasta 1 cm del conducto entre las dos pinzas.
- Ligue el extremo prostático del conducto después de separar cuidadosamente la fascia de los vasos sanguíneos. Deje la punta de la sutura como de 5-7 cm de largo.
- Ligue el extremo testicular como a 1.5 cm de la ligadura de la punta prostática y deje la punta de la sutura alrededor de 1 cm de largo.
- Jale ambas ligaduras para asegurar que ambos muñones tienen una separación de por lo menos 1 cm.
- Asegure la hemostasia.
- Permita que ambos extremos de los conductos regresen a su posición original en el escroto tirando suavemente del escroto con el pulgar y el índice.
- Suavemente jale la punta larga de la sutura del extremo prostático del conducto para volver a exponer el extremo cortado del conducto que estará cubierta con fascia.
- Tome suavemente la fascia del cordón espermático con la punta de los fórceps de disección y amarre la fascia alrededor del conducto 2 a 3 mm abajo del amarre anterior.
- Corte la sutura y permita que el muñón regrese a su posición original en el escroto.
- Tire ligeramente la punta larga de la sutura y córtela.
- Repita el procedimiento en el lado contralateral.

Figura 10. Pasos para hacer la vasectomía por ligamento con escisión

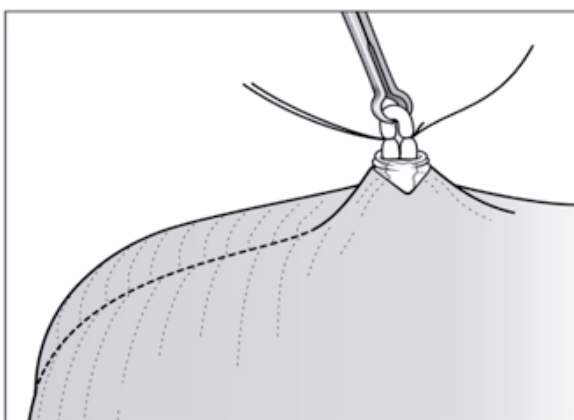
a) Los vasos del conducto y la vaina se eliminan, la parte del conducto que se ha ocluido.



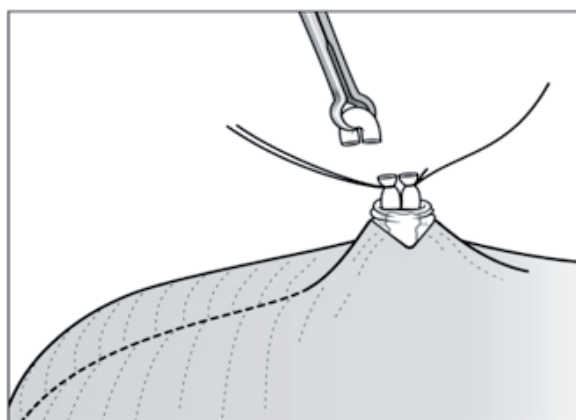
b) Se liga la punta prostática del conducto y se corta una punta de la ligadura.



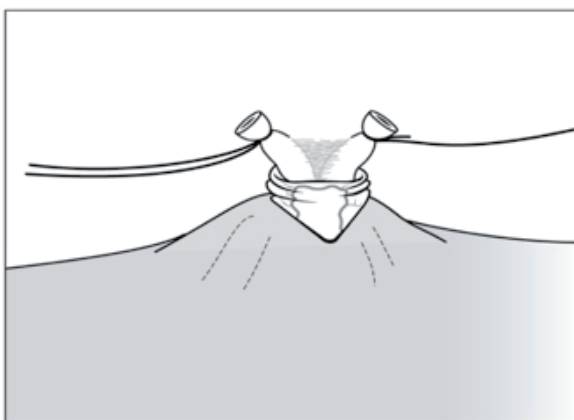
c) Se liga la punta testicular del conducto



d) Se corta hasta 1 cm.



e) Se separan ambos muñones por lo menos por 1 cm.



f) La ligadura de la punta testicular está cortada.

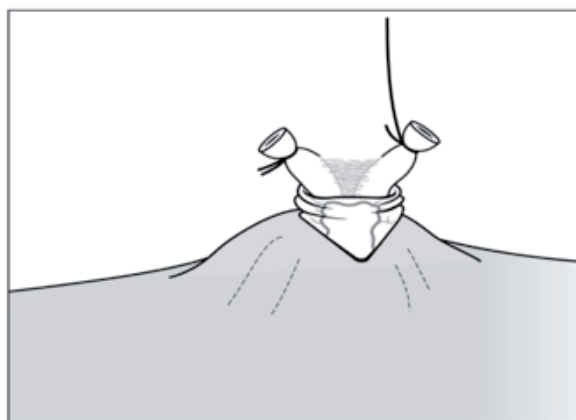
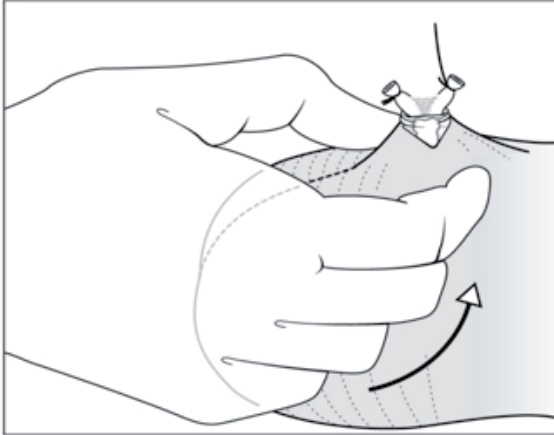
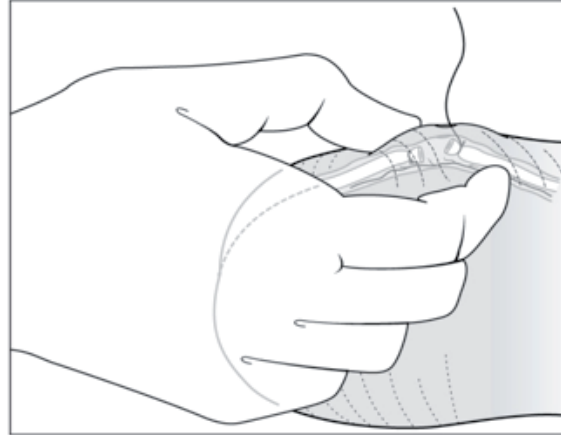


Figura 11. Pasos para completar la vasectomía por interposición de fascia.

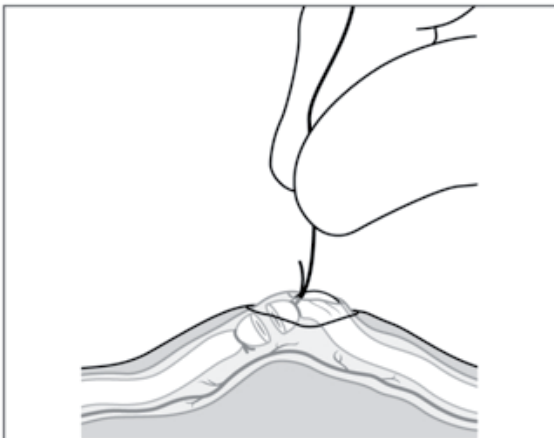
a) El operador pellizca suavemente y jala el escroto con pulgar y el índice.



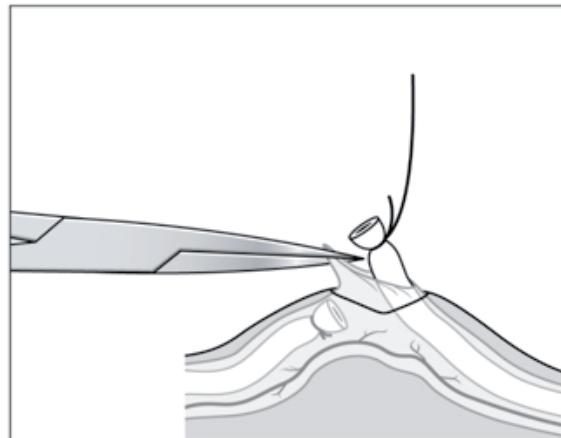
b) La punta prostática del conducto pasa entre los dedos al escroto.



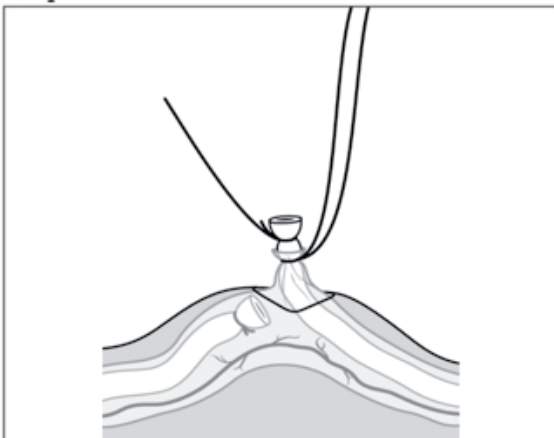
c) La liga no cortada de la punta prostática jala por la punción de la herida.



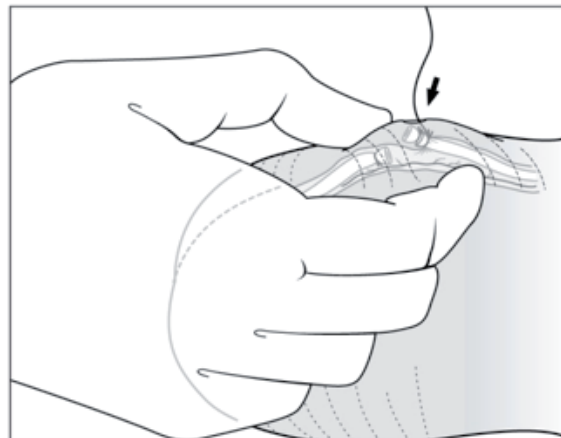
d) Con la punta de los fórceps de disección se toma la vaina de la fascia y se detiene.



e) La membrana fascial se amarra 2 a 3 mm áms abajo del nudo de la punta prostática.



f) Se permite que el muñón de la punta prostática regrese al escroto.



Tareas posoperatorias

1. Limpie la aguja y la jeringa y coloque todos los instrumentos en una solución de cloro para descontaminar (0.5%). Asegúrese de desechar los materiales desechables y cosas afiladas según las guías de prevención de infecciones.
2. Sumerja ambas manos con los guantes puestos en la solución de cloro al 0.5%. Quítese los guantes dándoles vuelta de adentro hacia afuera. Lávese bien las manos con agua y jabón y seque.
3. Pregúntele al usuario cómo se siente.
4. Dele al usuario, instrucciones escritas posoperatorias e información sobre cuándo y dónde regresar para el seguimiento. Revise las instrucciones oralmente y pregúntele si tiene alguna pregunta.
5. Revise la necesidad de anticonceptivos de respaldo por lo menos por 3 meses y dele condones al usuario si es necesario. Adviértale al usuario que debe regresar después de 3 meses para un análisis de semen.
6. Asegúrese que se transfiera al usuario a un área posoperatoria para que descanse por 15-30 minutos.

Anexo 5

Anestesia en AQV femenina (minilaparotomía)

**Tabla 5.1 Drogas que se usan para sedación y anestesia.
Dosis recomendadas y vías de administración**

Droga	Vía de dosificación	
Midazolam	Premedicación: 2.5 a 10 mg (0.05 a 0.2 mg/kg)	IM
	Sedación consciente: 0.5 a 5 mg (0.025 a 0.1 mg/kg)	IV
Diazepan	Premedicación o sedación: 2 a 10 mg (0.05 a 0.2 mg/kg)	PO, IM, IV lenta
Fentanil	Premedicación: 25 a 100 µg (0.7 a 2cc)	IV/IM
	Analgesia: 25 a 100 µg (0.7 a 2 cc)	IV/IM
Meperidina (petidina)	Analgesia: 25 a 100 mg (0.5 a 2 mg/kg)	IV lenta
Ketamina	Sedación/analgesia: 0.5 a 1 mg/kg	IV
	Sedación/analgesia: 2.5 a 5 mg/kg	IM/ rectal
	Inducción de anestesia: 1 a 2.5 mg/kg	IV

ANEXO 6

Consentimiento informado en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) masculina y femenina

Definición

El consentimiento informado es el documento que ampara la decisión voluntaria tomada por una persona para que se le realice un procedimiento de esterilización, con pleno conocimiento y comprensión de los hechos pertinentes. El consentimiento es voluntario cuando el usuario/a lo otorga por libre voluntad y no mediante incentivos especiales como pagos en efectivo, comisiones, coacción o acciones indirectas de presión.

Objetivos

- Favorecer la libre elección.
- Documentar la decisión informada.
- Aumentar la satisfacción de la/el usuaria/o
- Disminuir la posibilidad de arrepentimiento futuro de la/el usuaria/o.
- Proteger tanto a la institución de salud como a su personal de denuncias por ligadura de las trompas y vasectomía involuntarias y de posibles acciones médico-legales.

Consideraciones importantes

Es importante que la/el usuaria/o conozcan y comprendan los siete elementos del consentimiento informado:

1. Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para la/el usuaria/o y su pareja. La/el usuaria/o puede elegir entre los métodos temporales, incluyendo los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, métodos modernos o los permanentes.
2. La ligadura de las trompas y la vasectomía son procedimientos quirúrgicos. La/el usuaria/o serán sometidos a una operación que, probablemente, conlleve dolor o molestias durante su desarrollo y/o posteriormente.
3. El procedimiento puede presentar riesgos.
4. La/el usuaria/o no podrán tener más hijos en el futuro.
5. El efecto del procedimiento es permanente (no reversible).
6. La/el usuaria/o tiene la opción de desistir del procedimiento sin perder el derecho a otros servicios. La/el usuaria/o puede cambiar de opinión en cualquier momento antes de la cirugía, incluso en la sala de operaciones.
7. La/el usuaria/o entiende y acepta todos los puntos anteriores y lo ratifica con su firma o huella digital.

Normas

- Este documento es de uso obligatorio en todos los hospitales, CAIMI, maternidades cantonales y centros de salud que provean servicios de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) masculina y/o femenina.
- La AQV es un procedimiento que se puede proveer a toda persona de 18 años de edad o mayor consciente de la irreversibilidad del método.
- Si la/el usuaria/o es un menor de 18 años, o tiene alguna otra forma de incompetencia legal, se requiere, cuando sea jurídicamente pertinente, el consentimiento del representante legal autorizado. Este extremo debe comprobarse con la documentación original necesaria
- La/el usuaria/o tiene derecho a recibir toda la información necesaria para tomar su decisión informada.
- La/el usuaria/o tiene derecho a la autodeterminación, para tomar decisiones libres respecto a sí mismo.
- El médico o personal de salud informará al usuario sobre las consecuencias de sus decisiones.
- La/el usuaria/o adulto mentalmente competente tiene derecho a dar o negar el consentimiento a cualquier procedimiento de diagnóstico o terapia.
- El paciente tiene el derecho a recibir información acerca de los datos registrados en cualquiera de sus historias clínicas y a ser completamente informado sobre su estado. La información debe suministrársele en forma apropiada de acuerdo con la cultura local y en forma comprensible.
- El consentimiento informado debe ser completado por el proveedor de servicio previo a que la/el usuaria/o sean sometidos al procedimiento de esterilización.
- El consentimiento será llenado en presencia de la/el usuaria/o, sin coacción o presión alguna.
- El consentimiento informado debe ser leído en voz alta y en su totalidad la/el usuaria/o por el proveedor de servicio, de preferencia en el idioma materno de la/el usuaria/o (usar traductor, si fuera necesario).
- El personal de salud asignado deberá ratificar que la/el usuaria/o comprenda, esté de acuerdo y acepte todo lo contenido en el documento con su nombre y firma.
- El original del documento será parte del expediente clínico de la/el usuaria/o, y la copia amarilla quedará en el folder adjunto al libro de sala de operaciones.
- Toda/o usuaria/o deberá ser documentado a su ingreso al centro asistencial donde se realizará el procedimiento.

- En los hospitales y/o centros de salud del MSPAS estos procedimientos serán gratuitos, a demanda y estrictamente voluntarios
- No es necesaria la firma o aprobación del cónyuge para optar por la AQV
- No es necesario haber tenido por lo menos un hijo para optar por la AQV

Instructivo para el llenado del consentimiento informado para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) masculina y femenina

En la página siguiente encontrará un formulario con 16 espacios en blanco los cuales deberán ser completados a mano, con letra legible o a máquina, con la mayor veracidad posible. Es indispensable que sea completado en su totalidad sin ningún tipo de presión o coacción hacia la/el usuaria/o de AQV.

El original de este formulario se deberá adjuntar a la historia clínica de la/el usuaria/o y la copia amarilla se deberá archivar en el folder asignado para AQV adjunto al libro de operaciones.

Este documento no necesita papel carbón pues el registro pasará automáticamente a la copia amarilla.

Para completar los datos es necesario tener a la vista la cédula o DPI de la/el usuaria/o y la/el testigo.

A continuación se le presenta la explicación de los espacios que encontrará en el formulario, numerados de 1 al 16:

1. Colocar el número del registro médico asignado a la/el usuaria/o.
2. Anotar el nombre completo de la/el usuaria/o, ambos nombres y dos apellidos; verificarlos en el DPI, cédula de vecindad o pasaporte.
3. Anotar el número de DPI o cédula.
4. Anotar el lugar donde fue extendido el DPI o la cédula.
5. Colocar el número de hijos vivos actualmente, no incluir hijos muertos.
6. Anotar la edad de la/el usuaria/o.
7. Marcar con una X si actualmente la usuaria estuviera embarazada, independientemente del mes de embarazo (no se llena en casos del sexo masculino).
8. Marcar con una X si actualmente la usuaria no se encuentra embarazada (no se llena en casos del sexo masculino).
9. Si el espacio 7 fue marcado con una X, indicar el número de meses que la usuaria tiene de embarazo.
10. Indicar el nombre del puesto de salud, centro de salud, CAP, CAIMI u hospital en donde la/el usuaria/o se presentó a solicitar la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (esterilización).
11. Colocar el lugar y fecha en donde se completó este formulario.
12. Solicitar la firma de la/el usuaria/o o su huella digital.
13. Colocar la firma de la persona que atendió a la/el usuaria/o.
14. Colocar el nombre completo del testigo de la/el usuaria/o.
15. Colocar el número de cédula de vecindad o DPI de la persona que es el/la testigo de la/el usuaria/o.
16. Colocar la firma o la huella digital de la persona que sirve de testigo de la/el usuaria/o.

Figura A1-1. Consentimiento Informado para AQV Femenino y Masculino





Gobierno de Guatemala
Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA

CONSENTIMIENTO VOLUNTARIO PARA AQV

Registro médico No.: **1**

Yo: **2** _____ con DPI/Cédula No. **3** _____
 extendido/a en: **4** _____ de **5** años, con **6** hijos vivos (si es
 mujer, actualmente con **7** o sin **8** embarazos de **9** meses), manifiesto en forma expresa que
 voluntariamente me presenté al Hospital/ CAIMI/CS/PS de **10** _____
 para solicitar y autorizar que se me practique la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), conocida también como
 esterilización u operación.

Dejo constancia que se me ha explicado clara y ampliamente que:

- Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como: abstinencia, métodos naturales, orales (la pastilla), inyectable, dispositivos intrauterinos, implantes subdérmicos, condones y otros.
- La operación es un método quirúrgico y como tal tiene posibles riesgos.
- La operación, como procedimiento quirúrgico, puede producir dolor o molestias durante y después de efectuada.
- La operación es un método permanente y por lo tanto no podré tener más hijos/as.
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en la sala de operaciones y decidir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicito y la Institución me dará atención médica cuando la necesite.
- Existe la posibilidad que la operación falle; de 200 mujeres operadas, una puede quedar embarazada y de 500 hombres operados uno puede embarazarse a su pareja.
- Solo el condón protege contra algunas infecciones de transmisión sexual y el VIH/sida durante las relaciones sexuales.

Hago constar que libero a la Institución, ejecutivos y personal de salud, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que pudieran resultar de esta operación.
 Doy fe que estoy de acuerdo con los puntos anteriores, los entiendo claramente y me responsabilizo por ellos ante la Institución y que el presente ha sido leído por mí o por el testigo en mi presencia.

Lugar y fecha: **11** _____

12 _____
 (Firma o huella digital del/de la usuario/a)

13 _____
 (Firma de la persona que lo/la atendió)

NOTA:

- Si la persona no sabe leer, el proveedor deberá leer, despacio y verificar la comprensión del presente documento, en presencia del testigo.
- Si la persona no sabe el idioma español, buscará, el proveedor, un intérprete de su mismo sexo preferentemente, para que en su idioma materno dé orientación y traduzca el contenido de este acuerdo.

El Consentimiento Voluntario es un instrumento que documenta que la persona que opta por la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria ha recibido la información completa y se fundamenta en el Artículo 47 de la Constitución Política de la República de Guatemala, la Ley de Desarrollo Social y Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación y su Integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva.

Actúa como testigo (cualquier persona mayor de edad):
 Yo **14** _____ que me identifico con Cédula o DPI No. **15** _____
 Soy testigo que el/la usuario/a ha impreso su huella digital en mi presencia.

16 _____
 Firma del/ de la testigo

ANEXO 7

Indicaciones para pacientes de AQV

AQV femenina

Bríndele a la mujer información correcta, completa, clara y oportuna para una decisión voluntaria e informada acerca de la elección de este método.

A las mujeres que ya han decidido someterse a la esterilización y cumplen con los siguientes requisitos:

- Son de 18 años o mayores.
- Están seguras que NO desean tener más hijas/os y ya se han decidido por practicarse la operación.
- El embarazo puede representar un riesgo para su salud.
- NO tienen infecciones en el área abdominal.
- NO tienen ninguna contraindicación para ser operadas.
- Ya han firmado la Hoja de Consentimiento Informado

Se les brindará la siguiente información:

Previo a la operación:

1. No tome ninguna medicina 24 horas antes de la operación.
2. No coma ni tome nada 6 horas antes de la operación.
3. El día de la operación use ropa limpia y zapatos cómodos. No se maquille, no use esmalte de uñas, no lleve aretes, cadena ni anillos.
4. Báñese o lávese bien la parte baja de su abdomen y genitales antes de ir al servicio de salud.
5. Es mejor que vaya acompañada. Regresará a su casa más o menos 4 horas después de la operación.

Después de la operación:

1. Mantener limpio y seco el área de la operación durante 2 días.
2. Descansar por 2 días.
3. Reiniciar sus actividades normales cuando se sienta bien para hacerlo.
4. Evitar las relaciones sexuales por una semana.
5. Interrumpir las relaciones sexuales si siente molestias.
6. Evitar levantar cosas pesadas por una semana.
7. Si tiene dolor, tomar dos tabletas de acetaminofén o paracetamol cada 4 o 6 horas. No tomar aspirina ni ibuprofén ya que retardan la coagulación.
8. Regrese al lugar donde fue operado 8 días después de la operación para retirar los puntos.

9. Acuda al servicio de salud si se presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a. Fiebre mayor de 38 grados centígrados en los primeros 8 días.
- b. Mareos o desmayos.
- c. Dolor abdominal persistente o en aumento.
- d. Sangre, materia o líquido que sale por la herida.
- e. Signos o síntomas de embarazo.

AQV MASCULINA

Bríndele al hombre información correcta, completa, clara y oportuna para que tome una decisión voluntaria e informada sobre el uso de este método.

Para los hombres que ya han decidido someterse a la esterilización y cumplen con los siguientes requisitos:

- Son de 18 años o mayores.
- Están seguros que NO desean tener más hijas/os y han decidido hacerse la operación.
- Ya han firmado la hoja de consentimiento informado.

Se le brindará la siguiente información:

Previo a la operación:

1. No tome ningún medicamento 24 horas antes de la operación.
2. Báñese o lave bien sus genitales.
3. Lleve ropa limpia y calzoncillo apretado.

Después de la operación:

1. Mantener limpio y seco el área de la operación durante 2 a 3 días.
2. Descansar por 2 días.
3. Reiniciar sus actividades normales cuando se sienta bien para hacerlo.
4. Evitar las relaciones sexuales por una semana.
5. Utilizar condón u otro método de Planificación Familiar, hasta asegurar la azoospermia (ausencia de espermatozoides) que ocurre 3 meses después de la operación o 20 eyaculaciones.
6. Interrumpir las relaciones sexuales si siente molestias.
7. Evitar levantar cosas pesadas por una semana.
8. Si tiene dolor, tomar dos tabletas de acetaminofén o paracetamol cada 4 o 6 horas. No tomar aspirina ni ibuprofén ya que retardan la coagulación.
9. Usar suspensorio o calzoncillo apretado por 2 a 3 días.
10. Aplicar bolsa con hielo en caso de dolor o hinchazón.
11. Regrese al lugar donde fue operado 3 meses después (o después de 20 eyaculaciones) para realizar un espermograma.

12. Acuda al servicio de salud si se presenta alguna de las siguientes condiciones:

- a. Fiebre mayor de 38 grados centígrados en los primeros 8 días.
- b. Mareos o desmayos.
- c. Dolor abdominal persistente o en aumento.
- d. Sangre, materia o líquido que sale por la herida.

Anexo 8

Registro

Ficha clínica de Planificación Familiar

Definición

Este documento tiene como fin recolectar información sobre las/os usuarias/os de Planificación Familiar y los métodos que están utilizando. Este instrumento debe ser llenado correctamente por todo proveedor de salud en todas las instituciones que presten servicios de Planificación Familiar, dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS–.

Descripción

Es un instrumento de uso obligatorio en el registro interno del establecimiento de salud. Proporciona la identificación de la/el usuaria/o y da información rápida de algunos eventos que pudieran darse durante el uso del método seleccionado, la cantidad de métodos entregados, control de citas y asistencia, cambio de método y observaciones que sean de utilidad para el debido seguimiento de la/el usuaria/o.

Es importante que los proveedores de servicios de salud conozcan y comprendan las cinco partes en las que se divide la ficha, las cuatro primeras en el anverso y la última en el reverso.

1. Identificación y antecedentes obstétricos.
2. Fecha de admisión y método seleccionado.
3. Cantidad de anticonceptivos entregados y control de citas.
4. Continuidad en el uso del método y observaciones.
5. Control de peso y presión arterial.

La importancia de la ficha clínica de Planificación Familiar radica en que:

- Provee información sobre la usuaria y su historia anticonceptiva.
- Proporciona control sobre el consumo de métodos.
- Disminuye el tiempo en la atención de las usuarias.

Consideraciones importantes

Debido a que en el MSPAS existe una cantidad significativa de fichas, se utilizarán las que están en existencia. El nombre del instrumento es Ficha clínica de Planificación Familiar.

Para el manejo de las fichas se debe de tomar en cuenta los siguientes puntos:

- Llenar la ficha solo si la/el usuaria/o continuará sus reconsultas en el servicio.
- La ficha debe ser llenada a mano con letra legible o a máquina. En el primer caso se debe utilizar únicamente bolígrafo.
- Se archivarán en orden alfabético utilizando como guía la primera letra del primer apellido o apellido de soltera de la usuaria o apellido del usuario.
- Sólo habrá un archivador por servicio de salud.
- El archivador debe estar ubicado en la clínica donde se preste el servicio de planificación familiar.
- La información contenida en cada ficha es confidencial. Se garantiza el derecho de toda persona a la confidencialidad y privacidad.

En la parte posterior de la ficha se encuentra un apartado de control de peso y presión arterial el cual no es necesario llenar para la prestación de servicios de Planificación Familiar, aunque lo puede hacer para cumplir con la norma de atención integral de la mujer.

Instructivo para llenar la ficha clínica de planificación familiar

La Ficha Individual de Planificación Familiar se utiliza para el seguimiento de todos las/os usuarias/os de métodos anticonceptivos dentro del MSPAS. Deberá ser llenada en centros de convergencia, puestos de salud, centros de salud, CAP (Centros de Atención Permanente), CAIMI (Centros de Atención Integrada Materno Infantil), maternidades cantonales, hospitales distritales y regionales, y todas las instituciones que brinden servicios de Planificación Familia.

De acuerdo con la organización del establecimiento de salud, se designará a la persona o personas responsables de anotar los datos y mantener actualizadas las fichas, anotando los datos necesarios durante cada visita de la/o usuaria/o al servicio de salud.

Información específica

A continuación se describen los 5 apartados del anverso y uno en el reverso:

1. Identificación

No. de registro

Anotar el número de registro asignado a la/el usuaria/o.

Nombres y apellidos

Anotar con claridad el primer apellido de soltera y luego el de casada si lo tuviera, luego se anotarán los nombres.

Ejemplo:

Si tiene dos apellidos y es casada:

- Toledo Solórzano de Peláez, Juana María

Si tiene dos o un apellidos y no es casada:

- Reyes Morales, Alejandra Cecilia
- López, Carmen Floridalma

Para archivar las fichas, ordénelas con base en la primera letra del primer apellido o el apellido de soltera.

Domicilio

Escribir claramente la dirección correcta; si no tiene nomenclatura anotar barrio, finca, caserío cantón, aldea, municipio y departamento.

Ejemplos:

Si hay dirección completa:

- 7ª. calle 4-24 zona 2, Quetzaltenango

Si no hay dirección completa:

- Finca Caballo Blanco, municipio Asunción Mita, departamento Jutiapa
- Caserío Corral de Piedra, Barrio el Calvario, municipio San Juan Ermita, departamento Chiquimula

Edad

Anotar en números la edad de la persona, en años cumplidos.

Ejemplo:

- Edad: 21

Sexo

Marcar con una X el espacio correspondiente (F) femenino o (M) masculino.

Ejemplo:

- Sexo: F ☒ M ☐

Gestas

Escribir el número total de embarazos de la usuaria al momento de la consulta.

Ejemplo:

- Gestas: 5

Partos

Anotar en números el total de partos hasta ahora de la usuaria.

Ejemplo:

- Partos: 3

Abortos

Escribir el total de abortos que ha tenido la usuaria. Si no ha tenido, anote "0".

Ejemplo:

- Abortos: 1

No. de hijos vivos

Apuntar en números los hijos vivos de la usuaria actualmente.

Ejemplo:

- No. de hijos vivos : 4

No. cesáreas

Anote el número de cesáreas que haya tenido la usuaria

Ejemplo:

- No. Cesáreas: 1

Recibió consejería balanceada:

Marque con una X si recibió o no, consejería balanceada previo a aceptar un método anticonceptivo.

Ejemplo:

Recibió consejería balanceada sí ☒ no ☐

Fecha de la última regla:

Anote con números el día, mes y año en que inició la última menstruación.

Ejemplo:

Fecha de la última regla: 01 / 04 / 2013

Fecha de la último parto:

Anote con números el día, mes y año en que sucedió el último parto.

Ejemplo:

Fecha de la último parto: 08 / 04 / 2011

2. Fecha de admisión al Programa de Planificación Familiar y métodos seleccionados

Fecha de admisión al programa

Anotar con números el día, mes y año en que la persona inicia el uso de un método de planificación familiar.

Ejemplo:

- Fecha de admisión al Programa de Planificación Familiar: 25 de abril del 2009 =
25/04/2009

Fecha de primer consulta:
Anote con números el día, mes y año en que consulta por primera vez.

Ejemplo:

Fecha de primer consulta: 15 / 09 / 2012

A continuación aparecen dos recuadros, uno a la izquierda y otro a la derecha, dividido cada uno verticalmente en dos columnas, con el título del método en una y el código en la otra. En la primera, se enumeran todos los métodos; en la segunda, se le asigna un código o número a cada método que lo identifica.

Cuadro A3-1. Códigos de método seleccionado

MÉTODO	CÓDIGO	MÉTODO	CÓDIGO
MELA	1	INYECCION BIMENSUAL	7
COLLAR	2	INYECCION TRIMESTRAL	8
OTRO NATURAL	3	T DE COBRE	9
CONDON	4	JADELLE	10
PASTILLA	5	OPERACIÓN HOMBRE	11
INYECCION MENSUAL	6	OPERACIÓN MUJER	12

Método seleccionado

Aparecen dos hileras de seis casillas cada una. En la primera, anote la fecha en que inicia un método anticonceptivo; en la segunda, anote el código del método elegido por la persona la primera vez. La persona puede elegir el condón en combinación con cualquier otro método, en ese caso se usarán dos casillas. Si la persona decide cambiar de método, entonces se usará la siguiente casilla. El último código anotado debe corresponder al método que la persona está usando en la fecha que llega a consulta o a su cita.

Ejemplo:

Cuadro A3-2. Ejemplo de método seleccionado

METODO SELECCIONADO	Fecha:	1/6/13					
	Método:	5					

3. Cantidad de anticonceptivos entregados

Cantidad de anticonceptivos entregados

El recuadro consta de 13 columnas. La primera de ellas corresponde a los años 2013 a 2017; las siguientes columnas corresponden a los meses del año; en cada casilla anotar la cantidad de ciclos, condones, DIU o ampollas administradas o que se entregan a la persona según el método elegido, en la primera consulta y en las subsiguientes.

Ejemplo:

Cuadro A3-3. Ejemplo de cantidad de anticonceptivos entregados

CANTIDAD DE ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
2013											1	
2014		1			1			1			1	
2015												
2016												
2017												

El método ejemplificado es la Depo Provera

4. Continuidad en el uso del método y observaciones

Cambio de método

Cuando la persona cambia de método se llena este apartado, anotando el método nuevo a utilizar, la fecha y se marca en las casillas si recibió o no consejería balanceada. En los espacios de observaciones puede anotar datos de importancia o causas del cambio de método.

Ejemplo:

Cambio de Método

Método Pastilla Fecha: 12/01/12 Recibió Consejería Balanceada: ☒ SI ☐ NO

Observaciones:

5. Control de peso y presión arterial

En el cuadro de control de peso y presión arterial puede colocar el peso en libras y la presión arterial en la casilla correspondiente a la fecha en que acude la usuaria para reconsultas.

Ejemplo:

Control de Peso y Presión Arterial

año peso		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
2013	PESO			130 lbs									
	P / A			110/70									
2014	PESO												
	P / A												
2015	PESO												
	P / A												
2016	PESO												
	P / A												
2017	PESO												
	P / A												

Figura A3-2. Cara anterior de ficha clínica de planificación familiar

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SISTEMA DE INFORMACIÓN GERENCIAL DE SALUD



FICHA INDIVIDUAL DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

No. Registro: _____

Nombres y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: F ☐ M ☐

Gestas: _____ Partos: _____ Abortos: _____ No. de hijos vivos _____

No. Cesáreas: _____ Recibió Consejería Balanceada: SI ☐ NO ☐

Fecha de la última regla ____/____/____ Fecha de Último Parto ____/____/____

Fecha Admisión al Programa de Planificación Familiar: ____/____/____

Fecha de Primer Consulta: _____

MÉTODO	CÓDIGO
MELA	1
COLLAR	2
OTRO NATURAL	3
CONDON	4
PASTILLA	5
INYECCION MENSUAL	6

MÉTODO	CÓDIGO
INYECCION BIMENSUAL	7
INYECCION TRIMESTRAL	8
T DE COBRE	9
JADELLE	10
OPERACIÓN HOMBRE	11
OPERACIÓN MUJER	12

**METODO
SELECCIONADO**

Fecha:

--	--	--	--	--	--

Método:

--	--	--	--	--	--

En la 1ra. Casilla anote el código del método elegido por primera vez, si la persona decide cambiar de método se usará la siguiente casilla

CANTIDAD DE ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
2013												
2014												
2015												
2016												
2017												

Figura A3-3. Cara posterior de ficha clínica de planificación familiar

4

Cambio de Método

☐ ☐

Método _____ Fecha: ____/____/____ Recibió Consejería Balanceada: SI NO

Observaciones:

Cambio de Método

☐ ☐

Método _____ Fecha: ____/____/____ Recibió Consejería Balanceada: SI NO

Observaciones:

Cambio de Método

☐ ☐

Método _____ Fecha: ____/____/____ Recibió Consejería Balanceada: SI NO

Observaciones:

5

Control de Peso y Presión Arterial

año peso		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
2013	PESO												
	P / A												
2014	PESO												
	P / A												
2015	PESO												
	P / A												
2016	PESO												
	P / A												
2017	PESO												
	P / A												

El control de peso y presión arterial se puede anotar en esta ficha clínica de planificación familiar o en la ficha clínica prenatal y/o posparto que también se utiliza en las consultas.

Además de la ficha clínica de planificación familiar, cada usuaria/o debe tener su carné de planificación familiar.

Después de la consulta se debe entregar el carné de Planificación Familiar para el control de citas, anotando la fecha en que se entregó un método anticonceptivo y la fecha en que debe reconsultar la/el usuaria/o para reabastecerse.

A continuación encontrará el formato del carné de Planificación Familiar y los diferentes formularios SIGSAS que deben utilizarse para el registro de usuarias/os de Planificación Familiar, según el servicio en que se encuentra.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Programa Nacional de Salud Reproductiva

CARNET DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

Nombre:

Fecha de Admisión:

Número de Registro:



CONTROL DE CITAS

Dic					
Nov					
Oct					
Sep					
Ago					
Jul					
Jun					
May					
Abr					
Mar					
Febr					
Ene					
Año	20__	20__	20__	20__	20__

Cara anterior de SIGSA 3P/S

[illegible]

Cara posterior de SIGSA 3P/S

[illegible]

REGISTRO DIARIO DE CONSULTA EN HOSPITAL

[illegible]

Cara posterior de SIGSA S3H

[illegible]

Glosario

GLOSARIO

Aborto séptico	Aborto que involucra infección.
Absceso	Acumulación de pus con inflamación alrededor.
Adherencias pélvicas	Bandas duras y anormales de tejido que conectan diversas estructuras corporales internas en la pelvis. Las adherencias pueden interferir con el movimiento del óvulo y la implantación del embrión en el útero.
Amenorrea	Ausencia de períodos menstruales (sangrado vaginal mensual).
Anemia	Niveles bajos del elemento portador de oxígeno en la sangre (hemoglobina).
Anemia drepanocítica	Forma de anemia crónica hereditaria.
Anemia por deficiencia de hierro	Anemia que resulta de una exigencia de hierro mayor a la que el organismo puede abastecer. Comúnmente se trata con suplementos de sulfato ferroso y una dieta rica en alimentos fuente de hierro.
Ano	Abertura inferior del tracto digestivo (intestino grueso); la salida del recto.
Aparato cardiovascular	Aparato mediante el cual la sangre circula por el cuerpo. Está compuesto del corazón y los vasos sanguíneos.
Aparato circulatorio	Aparato mediante el cual la sangre y la linfa circulan a través de todo el cuerpo. Incluye el aparato cardiovascular y el sistema linfático.
Ataque al corazón	Ocurre cuando el flujo sanguíneo de una arteria coronaria se bloquea por un tiempo lo suficiente prolongado como para ocasionar la muerte de algún músculo cardíaco. También se llama infarto del miocardio.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
Ciclo menstrual	Serie repetida de cambios en los ovarios y endometrio que incluye la ovulación y unas dos semanas más tarde, el inicio del sangrado menstrual. En las mujeres, los ciclos duran en promedio 28 días, pero pueden ser más cortos o más largos. Un ciclo comienza el primer día de la menstruación y termina un día <u>antes</u> de la siguiente menstruación.

Cirrosis (del hígado)	Enfermedad del hígado que involucra destrucción de sus células y la disminución de las funciones hepáticas. Puede bloquear el flujo de sangre al hígado, ocasionando presión arterial elevada o ictericia.
Colestasis	Reducción del flujo de bilis segregada por el hígado.
Concepción	Unión de un óvulo o huevo y un espermatozoide. También se conoce como fertilización.
Conductos deferentes	Dos conductos musculares delgados que transportan los espermatozoides desde los testículos. Estos conductos se cortan cuando se hace una vasectomía.
Contracepción oral de emergencia	Anticonceptivos orales combinados que se usan poco tiempo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección para evitar el embarazo.
Cordón espermático	Cordón que consiste en los conductos deferentes, las arterias, venas, nervios y vasos linfáticos que pasan desde la ingle hacia dentro el escroto y llegan hasta la parte posterior de cada testículo.
Criptorquidismo	Falta de descenso de uno o ambos testículos al escroto.
Crisis de drepanocitos	Dolor intenso causado por anemia drepanocítica, particularmente en el abdomen, pecho, espalda o articulaciones. La gente que sufre de enfermedad drepanocítica está en riesgo de pasar por crisis agudas y de frecuencia impredecible a lo largo de su vida.
Desinfección (de instrumentos médicos)	Destrucción de los microorganismos excepto algunas formas de bacterias. También se le llama desinfección intensiva o de alto nivel.
Diabetes (diabetes mellitus)	Desorden crónico ocasionado por el uso o producción deficiente de la hormona insulina segregada por el páncreas.
Diabetes gestacional	Diabetes que se desarrolla únicamente durante el embarazo. Ocurre porque hay cambios en la producción usual de hormonas y el azúcar no se utiliza en forma tan eficiente.

Dismenorrea	Períodos mensuales dolorosos.
Eclampsia	Condición tóxica seria en la etapa tardía del embarazo, el parto y en período inmediatamente después del parto que se caracteriza por convulsiones.
Elefantiasis	Obstrucción en el sistema linfático que ocasiona hinchazón y endurecimiento crónicos y frecuentemente extremos del tejido de la piel e inmediatamente debajo de la misma, especialmente en las piernas y el escroto.
Embarazo ectópico	Embarazo fuera del útero, puede ocurrir en las trompas de Falopio o los ovarios. El embarazo ectópico es una emergencia ya que el feto frecuentemente crece hasta tener el tamaño suficiente para ocasionar una hemorragia interna fatal en el abdomen de la madre.
Embolia pulmonar	Ocurre cuando un coágulo de sangre formado en otra parte del cuerpo viaja hacia el pulmón ocasionando dificultad respiratoria y dolor al inhalar profundamente.
Embrión	Producto de la concepción durante las primeras 8 semanas del desarrollo. Durante el resto del embarazo se le denomina feto.
Endometrio	La membrana que recubre la superficie interior del útero.
Endometriosis	Condición en que el tejido endometrial se aloja fuera del útero. Esta puede interferir con la ovulación y con la implantación del embrión.
Enfermedad benigna de mama	Enfermedad que involucra la presencia de tejido mamario anormal pero que no es maligno (canceroso).
Enfermedad cardiovascular	Cualquier enfermedad o condición anormal en el corazón, los vasos sanguíneos o la circulación de la sangre.
Enfermedad cerebro vascular	Cualquier enfermedad de los vasos sanguíneos en el cerebro.
Enfermedad de arterias coronarias	Estrechamiento de las arterias que abastecen de sangre al miocardio (capa muscular media de la pared del corazón). Eventualmente puede resultar en daño al músculo cardíaco.

Enfermedad de la tiroides	Cualquier enfermedad de la glándula de la tiroides.
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)	Consiste en la infección del útero, trompas de Falopio y estructuras pélvicas adyacentes no asociadas con cirugía o embarazo.
Epidídimo	Órgano tubular enrollado fijo y apoyado en el testículo. En él cual, el espermatozoide en desarrollo alcanza plena madurez y desarrolla su capacidad natatoria.
Espermatozoide	Célula sexual masculina que se producen en los testículos.
Esterilización (de instrumentos médicos)	Destrucción de todos los microorganismos, incluyendo aquellos que no han sido eliminados por desinfección de alto nivel.
Estrógeno	Hormona responsable del desarrollo sexual femenino. Estrógenos naturales, especialmente la hormona estradiol, son segregados por el folículo ovárico maduro que rodea el óvulo o huevo. La palabra estrógeno se usa ahora para describir drogas sintéticas que tienen efectos semejantes a los de los estrógenos y se usan en anticonceptivos orales combinados y anticonceptivos inyectables mensuales.
Eyaculación	Salida del semen a través del pene.
Fertilización	Unión de un óvulo o huevo y un espermatozoide. También se conoce como concepción.
Feto	Producto de la concepción a partir de la 8ª semana hasta el nacimiento.
Fumador moderado	Persona que fuma menos de 20 cigarrillos al día.
Glándula	Órgano del cuerpo que producen unas sustancias (secreciones) como las hormonas que serán liberadas y utilizadas en alguna otra parte del cuerpo.
Glándula tiroides	Ubicada en la parte inferior anterior del cuello. Produce hormonas que son esenciales para la vida y tienen muchos efectos en el desarrollo y crecimiento del cuerpo.
Hemoglobina	Elementos de los glóbulos rojos de la sangre que contiene hierro. Lleva el oxígeno de los pulmones al cuerpo.
Hipertensión	Presión arterial más alta que la normal.
Hormona	Sustancia química producida en un órgano o parte del cuerpo que es transportada por la sangre a otro órgano o parte del cuerpo.

Método del respaldo o de espera	Método de planificación familiar como los condones que puede usarse temporalmente para mayor protección del embarazo, según sea necesario. Por ejemplo, cuando se comienza un método nuevo, cuando se terminan los suministros y/o cuando la usuaria de píldoras se olvida de tomar varias seguidas.
Minilaparotomía	Técnica de esterilización femenina que consiste en hacer pasar las trompas de Falopio a través de una pequeña incisión en el abdomen y luego, comúnmente, atarlas y cortarlas.
Moco	Fluido segregado por las glándulas y membranas mucosas.
Moco cervical	Fluido denso que ocluye la abertura del cérvix uterino o cuello uterino.
OTB	Oclusión Tubárica Bilateral.
Ovarios	Par de glándulas sexuales femeninas que producen las células reproductivas u óvulos. Producen también hormonas sexuales – estrógeno y progesterona –.
Pelvis	Estructura ósea ubicada en la parte inferior del torso humano que descansa sobre las piernas y da soporte a la columna.
Pene	Órgano sexual externo del varón utilizado para el coito, eliminación de semen y orina.
Placenta	Órgano que nutre al feto en desarrollo. La expulsión de la placenta por el útero (conocido como parto placentario) normalmente ocurre pocos minutos después del nacimiento del bebé.
Posparto	Período posterior al alumbramiento; primeras 6 semanas después del parto.
Progestágeno (Progestina)	Cualquiera de un gran grupo de medicamentos sintéticos que tienen efectos similares a los de la progesterona. Algunos son utilizados en los anticonceptivos hormonales.
Progesterona	Hormona segregada principalmente por el cuerpo del lúteo que se desarrolla en el folículo ovárico roto durante la fase lútea después del ciclo menstrual (después de la ovulación). La progesterona prepara el endometrio para la posible implantación del óvulo fertilizado.

Pubertad	Etapa de la vida en que el cuerpo comienza a elaborar los niveles de hormonas sexuales iguales a los de un adulto y el cuerpo de la persona joven adquiere las características de un adulto.
Quiste ovárico	Se le llama quiste a una cavidad o saco anormal que contiene líquido o material semisólido y se halla encapsulado por una membrana.
Recto	Parte inferior del tracto digestivo (intestino grueso)
Sangrado en goteo	Sangrado vaginal escaso (manchado) y/o intermenstrual que aparece afuera de los ciclos menstruales.
Sangrado intermenstrual	Cualquier sangrado vaginal afuera de los ciclos menstruales.
Semen	Fluido blancuzco, denso, producido por los órganos reproductivos del hombre que se libera a través del pene durante la eyaculación.
Sepsis	Presencia en la sangre o en los tejidos del cuerpo de diversos organismos que producen pus y ocasionan enfermedades o de las sustancias tóxicas que los producen.
Sepsis puerperal	Infección de los órganos reproductivos durante el puerperio.
Síntomas neurológicos focales	Visión borrosa, pérdida temporal de la visión, visualización de destellos o líneas en zigzag o dificultad para hablar o para moverse. Ocurren en cierto tipo de jaquecas.
Toxina	Sustancia venenosa de origen animal o vegetal.
Trastorno tromboembólico	Coagulación anormal en los vasos sanguíneos.
Trauma	Herida, especialmente aquella ocasionada por daño físico repentino.
Trofoblasto	Capa de células más superficial del embrión en crecimiento a través de la cual el embrión recibe nutrientes de la madre. Las células del trofoblasto contribuyen a la formación de la placenta.
Tromboflebitis	Formación de coágulos sanguíneos que ocasiona dolor e hinchazón generalmente en las piernas.

Trompa de Falopio	Cada uno de los dos conductos delgados que conectan el útero con la región donde se encuentran los ovarios. Lleva el óvulo del ovario al útero y lleva los espermatozoides del útero hacia el ovario.
Útero	Cavidad muscular que aloja el feto durante el embarazo.
Vagina	Conducto de las mujeres que se extiende de la abertura genital externa al útero. La vagina tiene por función servir como vía de salida para la menstruación, recibir al pene durante el coito y dar salida al feto durante el parto.
Vulva	Genitales externos de la mujer.

Bibliografía

Bibliografía

1. Arévalo, M. et al, *Eficacia del nuevo método de dos días de planificación familiar*. Fertility & Sterility, 2004
<http://www.irh.org/sites/default/files/TwoDay%20Algorithm%201999%20Contraception.pdf>
2. Arévalo N, G Fuentes y J Rodríguez. 1993. *Paquete didáctico del taller sobre orientación consejería en planificación familiar*. Dirección General de Planificación Familiar: México.
3. Asociación Pro bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM). *Laparoscopia y minilaparotomía. Manual de procedimientos*. APROFAM: Guatemala.
4. Asociación Pro Salud Preventiva Para la Mujer Vivamos Mejor (APROVIME). 1999. *El collar: Un método natural para la familia. Rotafolio de capacitación para parejas usuarias del método del collar*. APROVIME: Guatemala.
5. Blumenthal PD y McIntosh N. 1995. *Guía de bolsillo para los proveedores de servicios de planificación familiar*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland. Págs. 267–277, 281–295.
6. Caja Costarricense de Seguro Social. 1995. *Guía didáctica en salud reproductiva*. Costa Rica. Págs. 26–28.
7. Curtis KM y PL Bright (editores). 1994. *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Tomo I*. Technical Guidance/Competence Working Group (TG/CWG).
8. *Declaración Universal de los Derechos Sexuales y Reproductivos*. Formulada en el 13 Congreso Mundial de Sexología, celebrado en 1997 en Valencia, España, posteriormente revisada y aprobada por la Asamblea General de la Asociación de Sexología. Was, 26 de agosto de 1999, en el 140 Congreso Mundial de Sexología , Hong, Kong.
9. Domenzain ME. 1985. *Oclusión tubaria a través de minilaparotomía. Manual de procedimientos*. Family Health International: Research Triangle Park, Carolina del Norte.
10. *Educación para la sexualidad con bases científicas*. Documento de consenso de Madrid. Recomendaciones de un grupo internacional de expertos. Madrid España, 2011
11. Fatika Terki, MO Usha Malhotra, MD. International Planned Parenthood Federativos. Tercera Edición, 2004. *Pautas médicas y de prestación de servicios para servicios de salud sexual y reproductiva*.
12. Family Health International (FHI). 1998. *Píldoras anticonceptivas de emergencia, serie de actualización de tecnología anticonceptiva*. FHI: Research Triangle Park, Carolina del Norte.
13. Federación Mundial de Agencias de Salud para la Promoción de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. 1989. *Anticoncepción quirúrgica segura y voluntaria. Directores para los programas de prestación de servicios*. Págs. 39–44.

14. Gaines M (ed). 1997. *Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Tomo II*. Technical Guidance/Competence Working Group (TG/CWG).
15. Gallen ME, C Lettenmaier y CP Green. 1987. *La consejería hace la diferencia*. Population Reports Series J (35). Págs. 1–31.
16. Gómez Sánchez Pio Ivan. 2010. *Anticoncepción: pasado, presente y futuro*. Primera Edición.
17. Hatcher, et al., Tecnología Anticonceptiva, 2007, 18a. edición revisada, capítulo 15: *Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad*. <http://archive.irh.org/resources/pdf/SDM/English/Contraceptive%20Tech%20Full%20Chapter%2015%20FAB%20Methods.pdf>
18. Hatcher R, J Trussell, F Stewart, G Stewart, D Kowal, F Guest, W Cates y M Policar. 1994. *Tecnología anticonceptiva*. 16ª edición.
19. Huezo CM y CS Brigas. 1998. *Guías médicas y para la prestación de servicios*. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF): Londres.
20. Huezo CM y CS Brigas. 1992. *Pautas médicas y de prestación de servicios para planificación familiar*. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF): Londres.
21. IMAN Servicios: *Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes*. Organización Panamericana de la Salud. Washington. 2005.
22. Jennings, et al. *Further analysis of the theoretical effectiveness of the TwoDay Method of family planning*. Contraception, 2009 <http://www.irh.org/sites/default/files/Further%20analysis%20theory%20TDM%202001.pdf>
23. JHPIEGO Corporation. *Prototipos de estándar de prestación de servicios para programas de planificación familiar*. Borrador. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.
24. Lettenmaier C y ME Gallen. 1987. *El porqué de la importancia de la consejería*. Population Reports Series J (36). Págs. 1–28.
25. Ley de Acceso Universal y Equitativo a Servicios de Planificación Familiar.
26. John Snow Inc./DELIVER, 2005. Manual de logística: *Guía para gerentes de sistemas logísticos de programas de salud y Planificación Familiar*. Arlingon, Va.:John Snow Inc./DELIVER, para la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).
27. McIntosh N, B Kinzie y A Blouse. 1992. DIU: *Pautas para su uso en los programas de planificación familiar*. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

28. Ministerio de Salud/Caja de Seguro Social. *Guía de salud reproductiva infanto juvenil*. Dirección General de Salud Pública, Departamento de Salud Integral a la Población. Panamá 2005
29. Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social. 1994. *Normas y técnicas de atención materna y perinatal*. Ministerio de Salud: Costa Rica. Págs. 117–120
30. Ministerio de Salud de Perú. 1997. *Guías nacionales de atención en la salud reproductiva*.
31. Ministerio de Salud y Consumo. España. 2005. *Guía de buena práctica clínica en anticoncepción*.
32. Montero V. Adela. 2011. *Anticoncepción en la adolescencia*. Revista Médica Clínica Condes 22(1) 59-67.
33. Neamatalla GS y PB Harper. 1991. *Consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria*. Guía para directores de programas. AVSC International: Nueva York.
34. Organización Mundial de la Salud. 2011. *Criterios de Elegibilidad Medica para el uso de Anticonceptivos*. Cuarta Edición.
35. Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. *Esterilización femenina, lo que los proveedores de salud deben conocer*. OMS: Ginebra.
36. Organización Mundial de la Salud. Ginebra. Segunda edición. 2005. *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*.
37. Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins /Centro de Programas de Comunicación. *Herramienta de toma de decisiones (HTD), para clientes y proveedores de planificación Familiar – OMS-2007*.
38. Organización Mundial de la Salud –OMS- 2007. *Planificación Familiar, un Manual Mundial para Proveedores*.
39. Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. *Vasectomía, lo que los proveedores de salud deben conocer*. OMS: Ginebra.
40. Organización Mundial de la Salud, Cuarta Edición, 2011. http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243563886_spa.pdf
41. Organización Mundial de la Salud. Actualización 2011. *Planificación Familiar, un manual para proveedores*. Pag, 67-80
42. Population Reference Bureau (PRB). 1988. *Seguridad de los anticonceptivos. Rumores y realidades*. Págs. 1–27.
43. Programa Nacional de Salud Reproductiva, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala, 2013. *Manual para el abordaje de la salud sexual y reproductiva. Herramienta metodológica para prestadores de salud en la atención integral y diferenciada de las y los adolescentes*.

44. Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social. 1994. Normas Secretaría Nacional de Salud [Bolivia] y JHPIEGO Corporation. 1996. *Salud sexual y reproductiva: servicios de orientación, planificación familiar, introducción al manejo de enfermedades de transmisión sexual e investigación de la pareja infértil*. Texto de referencia, 2da edición. Secretaría Nacional de Salud y JHPIEGO Corporation: Bolivia.