



Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

## **MINISTERIO DE SALUD**

**Normativa 002, Segunda Edición**

# **NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Managua, Agosto 2015**





Gobierno de Reconciliación  
y Unidad Nacional

*El Pueblo, Presidente!*

## **MINISTERIO DE SALUD**

**Normativa 002, Segunda Edición**

### **NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

**Managua, agosto 2015**

<p>N WB 39 0104 2015</p>	<p>Agosto. 2015. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 002: Norma y protocolo de planificación familiar, 2da. Edición. MINSA. Managua.</p>
<p>258 p. tab., ilustr., graf.</p> <p>Acuerdo Ministerial No. ###-2015</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.- Aspectos Conceptuales</li> <li>2.- Matriz de Construcción</li> <li>3.- Estándares e Indicadores de Planificación Familiar</li> <li>4.- Planificación Familiar</li> <li>5.- Agentes Anticonceptivos</li> <li>6.- Factores de Riesgo Preconcepcional o Reproductivo</li> <li>7.- Selección del Método Anticonceptivo</li> <li>8.- Agentes Anticonceptivos Femeninos^efectos adversos</li> <li>9.- Agentes Anticonceptivos Masculinos^efectos adversos</li> <li>10.- Agentes Anticonceptivos Masculinos^clasificación</li> <li>11.- Dispositivos Anticonceptivos</li> </ol>	
<p>Ficha Catalográfica Elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud. ©MINSA, 2015.</p>	

# ÍNDICE

NORMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR .....	1
Introducción .....	2
Antecedentes .....	3
Justificación .....	4
Acrónimos .....	5
Soporte Jurídico.....	6
Definiciones .....	9
Aspectos Conceptuales .....	12
Definición de la Norma.....	17
Objeto de la Norma .....	18
Campo de Aplicación.....	18
Universo de la Norma.....	18
Generalidades de la Norma.....	18
Matriz de construcción de los Estándares e Indicadores de Planificación Familiar .....	20
Disposiciones.....	24
<b>Disposiciones Generales</b> .....	24
<b>Disposiciones Específicas</b> .....	25
Definición y Elaboración del Procedimiento .....	36
Bibliografía .....	38
Flujograma.....	41
Anexos .....	41
PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR.....	70
Introducción.....	71
Objetivo .....	72
Glosario de Términos .....	73
Acrónimos .....	75
Población Diana .....	76
Definición.....	80
Clasificación .....	80
Eficacia Anticonceptiva .....	81
Factores de Riesgo Preconcepcional o Reproductivo.....	81

Principios generales para la selección del método anticonceptivo.....	84
Procedimientos.....	87
Métodos anticonceptivos .....	88
1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC) .....	88
2. Inyectables Mensuales .....	103
3. Inyectables de Progestágeno Solo (IPS) Trimestrales .....	114
4. Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre.....	127
5. Condones Masculinos .....	145
6. Condones Femeninos .....	155
7. Implantes Hormonales Subdérmicos (IHS).....	162
8. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE).....	175
9. Esterilización Quirúrgica Femenina.....	183
10. Vasectomía .....	195
11. Anticoncepción en Situaciones Especiales .....	204
12. Método de Amenorrea por Lactancia (MELA) .....	212
13. Método basado en el conocimiento de la Fertilidad .....	218
14. Coito Interruptus.....	224
Bibliografía.....	226
Anexos .....	228

# **NORMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

---

### **Introducción**

El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, a través del Ministerio de Salud ha dirigido esfuerzos para restituir el derecho a la salud a toda la población nicaragüense con gratuidad y calidad implementando el Modelo de Salud Familiar y Comunitario mediante una serie de intervenciones que fortalecen los pilares de la maternidad segura como son la Planificación Familiar, Atención Prenatal, Atención del Parto y Atención de las Complicaciones Obstétricas por personal calificado.

Reconociendo la planificación familiar, como la base de la salud materna, resulta especialmente importante para atender a las necesidades de los 1,3 millones de mujeres jóvenes cuya vida reproductiva está a punto de comenzar. En la actualidad 200 millones de mujeres no tienen acceso a servicios que ofrezcan anticonceptivos seguros y eficaces (1).

Este acceso universal a la Salud Sexual y Salud Reproductiva declarado en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, reconoce en su indicador 5b los indicadores de “Tasa de uso de anticonceptivos” y “Necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar”, siendo esta última de mayores proporciones en el grupo de adolescentes a nivel mundial.

Desde el año 2004, Nicaragua viene realizando importantes esfuerzos para mejorar la disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos en el país. En el año 2008 se elaboró la Normativa 002 “Norma y Protocolo de Planificación Familiar” como un importante esfuerzo en el contexto del MOSAFC, cuyos objetivos eran la reducción del embarazo no deseado y de alto riesgo, y por ende la disminución de la morbi-mortalidad materna y perinatal.

En la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (Año 2008), la planificación familiar es un componente importante y por ende el acceso a los métodos anticonceptivos es un indicador que permite conocer el nivel de utilización de estos servicios por parte de la población. El uso de los métodos anticonceptivos, aunado a ciertas características sociodemográficas de la población, influye en el comportamiento de la fecundidad, en la prevención del riesgo reproductivo de las mujeres en edad fértil y en el incremento de la sobrevivencia materna, infantil y en la niñez.

Es por ello que, tomando como base la evidencia científica disponible, el Ministerio de Salud como rector del sector salud, actualiza la normativa de Planificación Familiar, siguiendo las últimas recomendaciones de la OMS para los criterios médicos de elegibilidad en el uso de los MAC. Teniendo en cuenta que la Planificación Familiar se reconoce como un derecho humano y una intervención clave para mejorar la salud de la población.

Por ende el MINSA pone a disposición este documento normativo que se convierte en un documento de referencia basado en la evidencia científica disponible, un asistente para la toma de decisiones y un recurso de capacitación para los proveedores en el campo de la planificación familiar, adecuando cada método al contexto de la persona o la pareja para la elección de los distintos métodos anticonceptivos (2).

## Antecedentes

Cada año, nacen 13 millones de bebés de madres adolescentes entre 15 a 19 años de edad, lo que representa más del 10% de los nacimientos totales en el mundo (3).

En Nicaragua la población es de casi 6 millones de habitantes, en donde el 27.1% son mujeres en edad fértil (MEF de 15-49 años). La población urbana de 58.3% y la rural de 41.7%. Las adolescentes constituyen un 21% de toda la población nacional (3). El porcentaje de nacimientos proveniente de adolescentes de 15-19 años es de 25%<sup>a</sup>.

El aumento del uso de métodos anticonceptivos en las regiones en desarrollo se ha debido, en parte, a que son más seguros, económicos y eficaces (4). En Nicaragua la Tasa Global de Fecundidad tuvo un descenso importante en algo menos de dos décadas, cuyo promedio bajó de 4.6 a 2.4 hijos por mujer (un descenso del 48%). Pero aún existen brechas en la fecundidad por área de residencia, siendo la TGF del área rural mayor que la del área urbana (TGF de 2.9 y 2.1, respectivamente).

En el grupo adolescente de 15 a 19 años la TGF se ha reducido en 42% (92 x 1,000 adolescentes), al igual que las necesidades insatisfechas en materia de planificación familiar, cuyo descenso significativamente fue de 14.6 en el ENDESA 2001 a 5.8 en la ENDESA 2011/12; no obstante el grupo adolescente, es el que ha representado el grupo con mayores necesidades insatisfechas con respecto al resto de grupos etáreos (10.8%).

En Nicaragua, la prevalencia de uso de MAC modernos (barrera, hormonales, esterilización y MELA) en mujeres unidas de 15-49 años es del 77.3%, con una demanda insatisfecha del 5.8%, la brecha urbano-rural en el acceso a MAC modernos es de 3.7%. Tienen menor acceso las personas de bajo nivel educativo, los más pobres, y adolescentes. Dentro de los MAC modernos reversibles el más utilizado es la inyección (5).

Estos indicadores de salud reproductiva muestran una combinación de grandes éxitos, pero también grandes retos. Por ejemplo, la tasa global de fecundidad (TGF) está en el promedio de la región; y el uso de anticonceptivos, especialmente de métodos modernos, es bastante alto, a pesar de que un poco más del 40 por ciento de la población vive en áreas rurales de difícil acceso, mientras que el 60 por ciento restante vive en áreas urbanas.

La planificación familiar promueve la disponibilidad de los distintos métodos anticonceptivos de manera tal que las personas puedan seleccionar el más apropiado a sus necesidades y circunstancias, por lo que la OMS desde 1999 promueve guías para la planificación familiar basadas en la evidencia, orientadas a determinar los “Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos” y “Selección de prácticas recomendadas para el uso de los mismos”. Los que se han tomado en consideración para la elaboración de la presente normativa y protocolo de atención.

---

<sup>a</sup> Dato preliminar ONE 2014

## **Justificación**

Nicaragua es un País en transición demográfica y epidemiológica lo que ocasiona importantes cambios, por lo que el sector Salud se encuentra en un proceso de modernización, de incremento de la calidad de atención y mejoría de los servicios que pone a disposición de la población.

La actualización de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar, surge de la necesidad de reformular las estrategias nacionales en salud en respuesta al fortalecimiento del MOSAFC que integra las acciones en los servicios de una atención efectiva y eficiente garantizando una prestación integral en el marco de los derechos de las y los usuarias/os.

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

De igual manera se estimulará la participación activa del hombre enmarcado en su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo y se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar la salud sexual y reproductiva.

La presente normativa pone a la disposición de las personas encargadas de la atención de los hombres y mujeres en edad fértil la información acerca de las disposiciones generales, específicas y técnicas, para la prestación y aplicación de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que son derivados de los avances científicos y tecnológicos recientes que han demostrado ser seguros y efectivos.

**Acrónimos**

AOC	Anticonceptivos Orales Combinados
APEO	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
DIU	Dispositivo Intrauterino
ECMAC	Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
E/S	Establecimiento de Salud
ESAFIC	Equipos de Salud Familiar y Comunitario
EQV	Esterilización Quirúrgica Voluntaria
FUM	Fecha de Última Menstruación
GISI	Grupos Interculturales de Salud Integral
GO	Gestágenos Orales
GRUN	Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
HCP	Historia Clínica Perinatal
IPSS	Instituciones Proveedoras de Servicios de Salud
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LNG	Levonogestrel
MAC	Métodos Anticonceptivos
MFT	Muertes Fetales Tardías
MINSA	Ministerio de Salud
MOSAFC	Modelo de Salud Familiar y Comunitario
PA	Presión Arterial
PAE	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia
PF	Planificación Familiar
P/S	Personal de Salud
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
SOAP	Subjetivo, Objetivo, Avalúo y Planes
TGF	Tasa Global de Fecundidad
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

## Soporte Jurídico

**Constitución de Nicaragua:** Arto. 59.- Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación.

**Ley General de Salud:** Título I, Capítulo I, Arto 4 “Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del sector, coordinar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar acciones de salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo preparado en disposiciones legales especiales”.

En su título II, Capítulo I, Arto7, Numeral 6 “Expedir las normas de organización y funcionamiento técnico administrativo, operativo y científico de las instituciones proveedoras de los servicios de salud de naturaleza pública”.

En su Sección 3, Arto 108, “Para la elaboración y validación de protocolos de atención se conformarán grupos de expertos adscritos a la instancia que atiendan los servicios de salud”.

**Ley No. 650 Ley de Protección de los Derechos Humanos de las Personas con Enfermedades Mentales. Art. 3** El Estado debe garantizar la atención en materia de salud mental, como parte del sistema de asistencia sanitaria y social, debiendo cumplir las normas de atención por niveles, que plantea el Programa Nacional de Salud Mental: Unidades de Atención Primaria, Hospitales de día, Hospitales Generales y Hospital Psiquiátrico Nacional.

**Ley 392 Ley de Promoción del Desarrollo Integral de la Juventud y su Reglamento. Año 2001.** Capítulo VI De las Políticas Sociales: Educación, Salud, Recreación, Cultura y Deportes. **Artículo 18.-** De los servicios de salud: Las instituciones de salud deben de asegurar a las y los jóvenes servicios apropiados para disminuir los índices de jóvenes con enfermedades inmunoprevenibles, de transmisión sexual y mortalidad materna por embarazos precoces; para ello es necesario.

1. Brindar información a las y los jóvenes sobre salud sexual y reproductiva, en particular el embarazo de las adolescentes, los embarazos no deseados, el aborto en condiciones de riesgo, las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual) y el VIH/Sida.
2. Prestar servicios apropiados con énfasis en prevención, tratamiento, orientación y asesoramiento apropiado a este grupo de edad en enfermedades inmunoprevenibles, en materia de planificación familiar, embarazos de adolescentes, los que deben de incluir información sobre el cuidado y apoyo por parte de la familia para con ellas, de las conductas sexuales responsables, el ejercicio de maternidad y paternidad responsable, las relaciones familiares basadas en el respeto, cuidado y desarrollo de todos sus miembros en la igualdad de trato y libre violencia.
3. Los servicios de salud deben de atender a las mujeres que sufren violencia sexual y familiar en condiciones que garanticen al respeto a su intimidad, de confidencialidad, el respeto a sus valores y creencias.

**Ley 820 – Ley de Promoción, Protección y Defensa de los Derechos Humanos ante el VIH y Sida, para su Prevención y Atención.** Capítulo IV - Derechos y Deberes de las personas con VIH y Sida.

**Artículo 8. De la Protección.** Es obligación del Estado a través del Ministerio de Salud, garantizar, difundir y promover a toda la población en general, la distribución gratuita de los diferentes métodos de barrera según las normas establecidas, para la prevención de las Infecciones de transmisión sexual y el VIH, científicamente aceptadas. En el caso del Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y redes de unidades de salud del Ejército de Nicaragua y la Policía Nacional, incluirán este paquete integral de servicios dirigido a su población beneficiaria. La distribución de estos métodos debe estar acompañada de campañas de información y sensibilización sobre el uso adecuado de los mismos.

El Ministerio de Salud, el Instituto Nicaragüense de Seguridad Social y redes de unidades de salud del Ejército de Nicaragua y de la Policía Nacional, vigilarán que se cumpla con la calidad, adecuada disponibilidad y el almacenaje de los métodos de barrera, de acuerdo con las normas internacionalmente vigentes.

Se promoverá la exención de impuestos para los métodos de barrera, así como la comercialización del condón a bajo costo en el sector privado.

**Artículo 13 - Derechos,** inciso i) Al Tratamiento: De acuerdo a lo establecido en la Constitución Política de la República de Nicaragua y la Ley No. 423, “Ley General de Salud”, publicada en La Gaceta, Diario Oficial No. 91 del 17 de mayo de 2005, el Estado garantizará a las personas con VIH y a sus familiares, atención médica integral incluyendo los medicamentos antirretrovirales y el tratamiento de las ITS y enfermedades oportunistas según las necesidades del paciente y de acuerdo con las normas, protocolos y guías de atención para las personas con VIH, establecidas por el Ministerio de Salud.

- Incluyen la profilaxis post exposición (PPE) en caso de accidentes laborales o violaciones, que debe iniciarse en las primeras setenta y dos (72) horas de ocurrido el evento.

**Ley 779. Ley Integral contra la Violencia hacia las Mujeres y de Reformas a la Ley No. 641 “Código Penal”.** Título I Disposiciones y Principios Generales. Capítulo I Del objeto, ámbito y Políticas. Principio de integralidad: La protección de las mujeres que viven violencia requiere de atención médica, jurídica, psicológica y social de forma integral y oportuna para detectar, proteger y restituir derechos.

Art. 20. De las medidas para la atención a las víctimas

Las medidas para la atención a las víctimas son las siguientes:

- a) Promover la existencia de servicios públicos y privados que brinden atención integral, interdisciplinaria para las mujeres víctimas de violencia;
- b) Asegurar que los servicios de captación o referencias públicos y privados brinden a las víctimas un servicio seguro, digno, en un ambiente de privacidad y de confianza, que tome en cuenta la situación de vulnerabilidad física y emocional de las víctimas;
- c) Prestar servicios de salud integral para las mujeres, en particular para atender las enfermedades originadas por la violencia de género.

- d) Detectar, documentar y brindar la información a la autoridad competente sobre los hallazgos físicos y psíquicos, ocasionados por la violencia en las víctimas, que acuden a los servicios de salud pública y de justicia para la sanción y recuperación del daño.
- e) Brindar a las víctimas en los servicios de salud, de investigación, asesoría o acompañamiento, información de las consecuencias de los hechos de violencia vividos debiendo remitirla sin demora al servicio de salud o de justicia que requiera.

### **La Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Año 2008**

El Ministerio de Salud, como instancia rectora del sector salud, formuló la Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva (ENSSR), que constituye un instrumento normativo y orientador en la búsqueda de equidad en el sector salud, reducir las brechas en SSR existentes, sobre todo en los grupos más excluidos socialmente y poner a su disposición un abanico de opciones para mejorar el nivel y calidad de su vida sexual y reproductiva en todo su ciclo de vida.

### **Compromisos de país a nivel internacional**

La Conferencia mundial de población celebrada en Bucarest en 1974 declaró que: “Todas las parejas y los individuos poseen el derecho básico de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos”.

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar. Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

- En diciembre de 1979, la Asamblea General de las Naciones Unidas aprobó la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer.
- En 1984 en la Ciudad de México, en la Conferencia Internacional sobre Población;
- En 1985, en Nairobi, en la Tercera Conferencia sobre la Mujer;
- En 1989 en Amsterdam en el Foro Internacional sobre Población en el siglo XXI.
- En 1993, en Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos.
- En 1994, La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo, constituyó un espacio de reflexión de la Comunidad Internacional acerca de los Derechos de las Personas en relación a la reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

La Calidad de Vida y la Planificación Familiar fueron establecidos como Principios Fundamentales, así como se afirmó el Derecho Universal a la Salud Sexual y Reproductiva, la Opción Libre e Informada, el Respeto a la Integridad Física y el Derecho a no Sufrir Discriminación ni Coerción en todos los asuntos relacionados con la Vida Sexual y Reproductiva de las Personas.

Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de toda pareja e individuo de decidir, libre y responsablemente, la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los medios para concretar sus deseos, y el derecho de obtener el mayor estándar de salud sexual y reproductivo (párrafo 95, Beijing Platform for Action, 1995). Por otra parte, la PF contribuye a la reducción de la pobreza (6).

## Definiciones

1. **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto de la gestación menor de 500 gr.
2. **Alto riesgo reproductivo:** Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos pueden sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo es posible que queden secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.
3. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario (a), y con resultados satisfactorios.
4. **La calidad de atención en Planificación Familiar,** según el nivel de complejidad (primario, secundario y terciario) contando con un equipo capacitado en competencias mínimas de asesoramiento en Planificación Familiar y derechos sexuales y reproductivos, con el objeto de aumentar la satisfacción de las usuarias/os y promover la utilización de los servicios.
5. **Capacidad técnica:** Conocimientos, habilidades y destrezas que poseen los recursos humanos y que son puestos en función de la atención para garantizar la resolución de los problemas de salud de la población que demanda los servicios de salud.
6. **Ciclos Rápidos de Mejora Continua<sup>b</sup>:** Es un método que permite a los equipos introducir cambios concretos en el diseño o en la ejecución de los procesos a través de ciclos rápidos y progresivos. Los cambios en el proceso permiten disminuir las brechas existentes entre la calidad deseada y la observada.
7. **Cobertura:** Es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población a la que va orientada una actividad.
8. **Continuidad:** Es la capacidad que posee la institución de salud, para garantizar el control y seguimiento del usuario (a) de su atención, sea ésta de nivel ambulatorio o de hospitalización.
9. **Edad fértil o reproductiva:** Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
10. **Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.
11. **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.
12. **Eficacia:** Es la capacidad que tiene la institución para dar cumplimiento a los objetivos que le permiten cumplir con las metas y estrategias establecidas.

---

<sup>b</sup> Iniciativa Regional para la Reducción de la Mortalidad Materna. Proyecto Colaborativo Interpaíses: Ministerios de Salud de Honduras - Ecuador - Nicaragua - USAID - Proyecto de Garantía de Calidad QAP / URC – OPS

13. **Eficiencia:** Es la capacidad que tiene la institución de lograr sus metas y objetivos con el mínimo de costos y el máximo de beneficios para la población usuaria de los servicios de salud.
14. **Embarazo:** Es una condición especial de la mujer producto de la concepción que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares o 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación (7).
15. **Factor de Riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.
16. **Hipertensión arterial:** Cifras de la tensión arterial anormalmente elevadas (mayores de 140/90 mm.Hg)
17. **Infección transmisible sexualmente:** Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
18. **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
19. **Métodos anticonceptivos naturales:** Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los periodos fértiles de la mujer.
20. **Métodos anticonceptivos de barrera:** Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.
21. **Métodos anticonceptivos hormonales:** Sustancias o combinación de sustancias esteroideas que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.
22. **Métodos anticonceptivos permanentes:** Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona o de una pareja de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer (8).
23. **Muertes Fetales Tardías:** Es la defunción en la que el feto pesa más de 1000 gramos o aproximadamente las 28 semanas de gestación (9).
24. **Necesidad Insatisfecha de Planificación Familiar:** indicador que mide la demanda potencial por servicios de planificación familiar en mujeres que desean espaciar los nacimientos y/o limitar la familia. Se excluyen para estas estimaciones las mujeres que están usando métodos anticonceptivos al momento de las encuestas.

25. **Oportunidad en la atención:** Ocurrencia en la atención médica en el momento que se requiera y la realización de lo que se debe con la secuencia adecuada, según normas y protocolos establecidos.
26. **Oportunidad perdida en PF:** falta de captación de mujeres en edad fértil o pérdida de contacto con el sistema de salud para brindar educación e información y oferta del uso de un método anticonceptivo. **Ejemplo: usuarias acompañantes de hospitalizados en los servicios de pediatría, cirugía, ortopedia, etc.**
27. **Periodo intergenésico:** Periodo comprendido entre la finalización del último embarazo (parto o aborto), y el inicio del actual, el tiempo normado entre la finalización de un embarazo y el inicio del siguiente debe ser mayor de 2 años.
28. **Salud reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.
29. **Satisfacción del usuario (a):** Es la percepción de los usuarios (as) producto de su relación con los diferentes recursos o condiciones brindadas durante el proceso de atención.
30. **Usuaría (o):** término internacional utilizado para las personas que acceden a los servicios de planificación familiar. Para efectos de esta norma se utilizara dicho término desde que la persona es captada por primera vez en los establecimientos de salud.

## Aspectos Conceptuales

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

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

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

Los enfoques en los que se basa esta normativa son los siguientes:

### A. Enfoque de Derechos Humanos

“Todos los seres humanos nacen libres con igualdad de dignidad y de derechos... Es atributo de cada persona disfrutar de los derechos y las libertades establecidos en esta Declaración, sin distinción de ningún tipo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otras condiciones... Todos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona”. - **Declaración Universal de Derechos Humanos.**

Actualmente en el mundo persisten limitaciones para asegurar el acceso a la planificación debido a creencias religiosas, culturales, limitaciones económicas y acceso a los métodos anticonceptivos, particularmente, en mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes (10), lo que significa que los gobiernos tienen la obligación de respetar y proteger los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas. Igualmente, los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a exigir a sus gobiernos el máximo cumplimiento de sus derechos, independientemente de su ideología política, etnia, religión (11).

### Derechos ciudadanos de las personas que acceden a los servicios de planificación familiar

#### Privacidad.- toda persona tiene derecho a:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Que el silencio respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, clasificación, farmacia y otros.

- Esperar que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.
- Ser examinado (a) en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento.
- Permanecer con bata, nunca desnuda/o, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió colocarse la bata.
- No hablar o ver si no lo desea a personas que no esté oficialmente relacionado/ a con el establecimiento de salud, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el establecimiento pero no involucradas directamente en su atención.

**Información.- toda persona usuaria tiene derecho a:**

- Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento a realizar. Dicha información será comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de órganos sexuales y reproductivos.
- Recibir información completa sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-Sida, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que ofrece el MINSA indicados para hombres y mujeres.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la persona usuaria, excepto en los casos que la ley lo señale.

**Identidad de las Personas Proveedoras de Servicios.- toda persona tiene derecho a:**

- Conocer la identidad y el cargo de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar.
- Conocer el nombre del/la profesional de salud que está a cargo de su atención.
- Conocer quien/es son las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.

**Seguridad Personal.- toda persona tiene derecho a:**

- Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas, el cumplimiento de los estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden aislamiento, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal.

**Toma de Decisiones.- toda persona tiene derecho a:**

- Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud. Este acto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición, los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo el riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido /a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.

- No ser sometido a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- Consultar con otros/as profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.

**Respeto y Dignidad.- toda persona tiene derecho a:**

- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- Que se respeten sus creencias, y valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.

**B. Enfoque de Derechos Sexuales y Reproductivos**

La planificación familiar como componente de la salud reproductiva implica el logro de una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable (12 y 13).

En el contexto mundial se ha encontrado que la participación de los hombres en los procesos de la salud reproductiva y en la PF es pobre, lo cual se atribuye por una parte a que los servicios de PF durante mucho tiempo fueron considerados como parte de los programas de atención materno infantil centrando su atención en la mujer, y por otro lado a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces (14), de manera que los hombres han tenido menos oportunidades de recibir orientaciones e información y de modificar su actuación con respecto a la PF.

Entre los nuevos paradigmas de la salud reproductiva está el hecho de incrementar la participación de los hombres en el entorno familiar y en la planificación familiar por los beneficios que ello representa para el funcionamiento de la pareja, la familia y la sociedad. Así los programas de intervención de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1994) reconocieron el rol de los hombres en la salud reproductiva y enfatizaron en la necesidad de desarrollar más proyectos de información y servicios destinados a ellos (15 y 16).

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones referentes a la PF, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos sean mayores, y que se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos (17).

**Toda persona tiene derecho a:**

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil entre otros, a los servicios de atención que incluyan la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.

- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.

### **C. Enfoque de Equidad de Género**

La consideración del enfoque de género en la oferta de los servicios de planificación familiar, permite comprender como los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato desigual entre los hombres y mujeres en la oportunidad de los servicios y un trato diferencial dentro y fuera de los establecimientos de salud.

#### **Comprende:**

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual debe ser informada y responsable para el ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, prevención de prácticas sexuales de riesgo, prevención de la violencia basada en género y abuso sexual.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad existente y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de las familias y comunidad.
- Incluir la participación y responsabilidad de los varones en la salud sexual y la salud reproductiva.
- Promover el desarrollo de información y servicios para varones.

### **D. Enfoque para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar**

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. La violencia contra las mujeres definida como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada está asociada a riesgos en la Salud Reproductiva porque: Es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-Sida, disminuye el poder de decisión de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados.

#### **Comprende:**

- Sensibilizar a la población y a los proveedores en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.

- Contribuir al diagnóstico de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial. Incluyendo la prescripción de la AOE.

#### **E. Enfoque de Interculturalidad**

El reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales en el país implica el conocimiento, comprensión y acción de los trabajadores de salud conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género, introduciendo adaptaciones en la atención.

Sensibilización y capacitación del personal en relación a conocimientos, comprende:

- Conocimientos actitudes y prácticas de los/las usuarios/as.
- Adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con Agentes comunitarios de salud, trabajo de Pares.
- Atención domiciliaria.

#### **F. Enfoque de Integralidad:**

La integralidad es un cambio de concepción de como “mirar” a las personas para que los servicios que le sean entregados logren mejor impacto sobre su estado de salud asegurando su oportunidad y continuidad. Esta “mirada” reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: la persona tiene una carga biológica y psicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas del entorno familiar y de la comunidad. A su vez la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario.

Por tanto una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques.

## Definición de la Norma

### A. Aspectos Jurídicos

1. Establece reglas generales para la atención de calidad en los servicios de Planificación Familiar, las cuales deben ser cumplidas con disciplina y exactitud por todo el personal de salud.
2. Estandariza criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos.

### B. Aspectos Científicos

1. Fomenta la aplicación de protocolos basados en las mejores evidencias científicas disponibles.
2. Están basadas en el método científico aplicado en la atención en salud.
3. La aplicación de la norma utiliza el método científico y el método clínico por lo que requiere lenguaje científico y redacción técnica.

### C. Aspectos Técnicos

1. Son estándares escritos, claros, ordenados y objetivos.
2. Sus resultados se aplican en la mejora continua de la calidad.

### D. Aspectos Administrativos

1. Se crean parámetros de estandarización.
2. Mejora el desempeño en la prestación de los servicios de salud.
3. Es una herramienta gerencial.
4. Es un documento que debe ser conocido y aplicado por todos los profesionales de la salud en los ámbitos públicos y privados.
5. Es una herramienta que se complementa con el Protocolo de Planificación Familiar.

### E. Aspectos Éticos

1. Es una herramienta que conduce a la elección informada de un método anticonceptivo por parte de los usuarios de este servicio.

### F. Aspectos de la Calidad

1. Es una herramienta que permite garantizar el mejoramiento continuo de la calidad de atención en los servicios de Planificación Familiar en los diferentes niveles de atención y las distintas fases de captación de las usuarias.
2. Es un instrumento que permite estructurar los eventos de la atención y administrar adecuadamente los recursos.
3. Permite medir los resultados de la atención.

### **Objeto de la Norma**

La presente normativa tiene por objeto, garantizar el respeto al derecho del hombre y de la mujer a obtener Información objetiva sobre todos los métodos anticonceptivos, el acceso a una amplia gama de los mismos y a recibir atención de calidad. Basados en evidencias científicas disponibles para la elección y selección informada de un método anticonceptivo de acuerdo a las características de cada persona. Esta normativa puede ser aplicada en establecimientos de salud públicos y privados que brindan servicios de Planificación Familiar.

### **Campo de Aplicación**

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas los establecimientos públicos y privados del sector salud del país que brinden este tipo de servicios, incluyendo los servicios comunitarios en el proceso de atención; la provisión de servicios contempla la planificación familiar. La atención integral incluye acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud.

### **Universo de la Norma**

Esta norma será aplicada a mujeres y hombres en edad fértil del país.

### **Generalidades de la Norma**

#### **Norma de atención para la planificación familiar (18)**

La aplicación de los estándares e indicadores de PF permitirá medir el nivel de la calidad de los servicios brindados en este programa, a las usuarias (os) que acuden a las diferentes unidades del Ministerio de Salud tanto del primero como del segundo nivel de atención. Se establecerán mecanismos de aseguramiento de la calidad en los procesos de atención en PF que incluye el monitoreo de los siguientes indicadores y estándares.

**Estándar de Calidad:** Es una declaración de la calidad esperada. Es una expectativa con relación a un proceso determinado. Es la medida del desempeño esperado.

**Indicadores:** reflejan aspectos concretos de la actividad en salud y su propósito es verificar el grado de cumplimiento de las acciones referidas en los requerimientos de cada estándar y el impacto que ellas tienen en la usuaria, por tanto pretende medir la calidad científico-técnica. Son las expresiones objetivas del desempeño a través de la relación cuantitativa entre las variables que interactúan en un mismo proceso, facilitan la medición y propician el análisis, lo que da origen a planes de mejora para su cumplimiento.

**Umbral:** Nivel Mínimo Aceptable del 80%. Cuando los resultados estén abajo de lo esperado (80%) se deberán desarrollar acciones con el equipo para mejorar a corto plazo estos indicadores.

#### **Dimensión de calidad: Competencia técnica**

**Estándar No. 1:** El MAC entregado a la usuaria está acorde a la norma y protocolo de PF.

- **Indicador 1.1:** Porcentaje de usuarias que recibieron el MAC acorde con los criterios establecidos en la norma y protocolo de PF.

**Estándar No. 2:** El Establecimiento de Salud garantiza información sobre protección dual a usuarias/os que reciben atención en PF.

- **Indicador 2.1:** Porcentaje de usuarias que recibieron información sobre protección dual.

**Dimensión de calidad: Eficacia**

**Estándar No. 3:** A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantizara consejería y MAC de su elección informada y voluntaria.

- **Indicador 3.1:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso.
- **Indicador 3.2:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que egresaron con un método artificial de PF.
- **Indicador 3.3:** Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado.

**Estándar No. 4:** Toda víctima de violencia sexual deberá recibir anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH.

- **Indicador 4.1:** Porcentaje de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH.

**Dimensión de calidad: Competencia**

**Estándar No. 5:** Todas las usuarias que reciben servicios de Planificación familiar se le deberá llenar la Historia Clínica o la Historia Integral de la/el Adolescente con todas las actividades normadas.

- **Indicador 5.1:** Porcentaje de usuarias que reciben servicios de PF que se le llena la Historia Clínica o la Historia Integral de la/el Adolescente con todas las actividades normadas.

**Dimensión de calidad: Oportunidad y Acceso**

**Estándar No. 6:** La usuaria (o) de PF acude regularmente para seguimiento y abastecimiento del MAC que ha elegido.

- **Indicador 6.1:** Porcentaje de usuarias que asisten regularmente de acuerdo a cita según MAC elegido.

**Estándar No. 7:** Establecimientos de Salud ofertan al menos 3 métodos anticonceptivos modernos.

- **Indicador 7.1:** Porcentaje de establecimientos de salud que ofertan al menos 3 MAC modernos.

**Dimensión de calidad: Seguridad**

**Estándar No. 8:** El personal de salud debe asegurar que en toda usuaria a quien se le realice EQV se le cumplan las indicaciones de la norma y protocolo de PF.

- **Indicador 8.1:** Porcentaje de usuarias con EQV a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF.

**Dimensiones de la calidad: satisfacción de la usuaria (o)**

**Estándar No. 9:** Toda usuaria que recibe servicios de PF manifiesta que se les ofreció privacidad en la atención recibida sin discriminación de ningún tipo.

- **Indicador 9.1:** Porcentaje de usuarias (os) satisfechas (os) con la privacidad proporcionada en la atención.

**Estándar No. 10:** Toda usuaria que recibe servicios de PF manifiesta que se les ofreció confidencialidad en la atención recibida sin discriminación de ningún tipo.

- **Indicador 10.1:** Porcentaje de usuarias (os) satisfechos con la confidencialidad proporcionada en la atención.

Matriz de construcción de los Estándares e Indicadores de Planificación Familiar

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de recolección de datos	Responsable
<b>Dimensión de calidad: Competencia técnica</b>							
El MAC entregado a la usuaria está acorde a la norma y protocolo de PF	Porcentaje de usuarias que recibieron el MAC acorde con los criterios establecidos en la norma y protocolo de PF.	Numerador Usuarias que reciben MAC según Norma  Denominador Total de usuarias que reciben MAC en el periodo  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Los criterios establecidos en la norma, son los criterios de elegibilidad recomendados por OMS para la toma de decisiones Clínicas. Estos criterios están clasificados en 4 categorías. La norma describe las 4 categorías para cada método anticonceptivo ofertado en el MINSA.	Revisión de expedientes Datos de estadísticas de la unidad de salud.	Mensual	Monitoreo mensual de expedientes	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
El Establecimiento de Salud garantiza información sobre protección dual a usuarias/os que reciben atención en PF.	Porcentaje de usuarias que recibieron información sobre protección dual.	Numerador: Usuarias/os que recibieron información sobre protección dual Denominador: Total de Usuarias de P.F. $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Usuarias/os del programa de PF que recibieron información sobre el condón para la prevención de embarazo e ITS/VIH.	Expedientes, Censo de PF Registros estadísticos de la unidad de salud. Resultados de las encuestas	Mensual  Encuestas trimestrales	Monitoreo de expedientes  Gerencia del Censo de PF  Encuestas.	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
<b>Dimensión de calidad: Eficacia</b>							
A toda mujer que egresa por un evento obstétrico se le garantizará consejería y MAC de su elección informada y voluntaria.	Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso.	Numerador: Púerperas que recibieron consejería Denominador: total de púerperas egresadas  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Consejería Balanceada, complementada con la técnica ACCEDA	Base de datos APEO	Mensual	Transcriba de la base de datos de APEO la información que corresponda a la consejería y al uso de MAC artificiales.	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
	Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que egresaron con un método artificial de PF.	Numerador: Púerperas que recibieron un método anticonceptivo artificial	Se consideran métodos anticonceptivos artificiales los métodos temporales de	Base de datos APEO	Mensual	Transcriba de la base de datos de APEO la información que corresponda a la consejería y al uso	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de recolección de datos	Responsable
		Denominador: total de puérperas Egresadas  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	barrera, mecánicos y hormonales; y los métodos permanentes			de MAC artificiales.	
	Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado	Numerador: Usuaris que mencionaron 2 beneficios y 2 cuidados del MAC seleccionado Denominador: Total de usuarias encuestadas.  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	En la consejería se orienta a la usuaria para que realice una elección voluntaria del método anticonceptivo que más conviene a sus necesidades reproductivas y a su salud, por lo que se brinda información sobre beneficios y riesgos acerca de todos los métodos ofertados por el MINSA.	Encuestas	Trimestral	Encuestas Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta de satisfacción de las usuarias	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
Toda víctima de violencia sexual deberá recibir anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH	Porcentaje de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH	Numerador: No. de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH Denominador: Total de víctimas de violencia sexual atendidas  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Toda víctima de violencia sexual debe recibir tratamiento postexposición que incluye: anticoncepción de emergencia y profilaxis para ITS/VIH	Expedientes clínicos  Registro de víctimas de violencia sexual	Mensual	Monitoreo de expedientes clínicos	Responsable de Salud Materna, Jefa de enfermería o Jefa de Servicio de Emergencia
<b>Dimensión de calidad: Competencia</b>							
Todas las usuarias que reciben servicios de PF se le deberá llenar la Historia Clínica o la Historia Integral de la Adolescente con todas las actividades normadas	Porcentaje de usuarias que reciben servicios de PF que se le llena la Historia Clínica o la Historia Integral de la Adolescente con todas las actividades normadas	Numerador: Número de expedientes clínicos de PF que cumplieron con las actividades normadas para el llenado de la Historia Clínica o Historia Integral del Adolescente Denominador: Total de expedientes clínicos de PF  $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Cada expediente de PF deben tener la Historia Clínica o Historia del Adolescente según la edad de la usuaria	Expedientes Clínicos	Mensual	Monitoreo de Expedientes	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF
<b>Dimensión de calidad: Oportunidad y Acceso</b>							
La usuaria (o) de PF acude regularmente para seguimiento y abastecimiento del MAC que ha elegido	Porcentaje de usuarias que asisten regularmente de acuerdo a cita según MAC elegido	Numerador: Usuaris/os que asisten regularmente de acuerdo a su cita según método. Denominador: Total de usuarias/os citadas en el mismo período. $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$	Usuaris/os que asisten al programa periódicamente de acuerdo a cita y método seleccionado para adquirir sus MAC.	Censo de usuarias de PF	Mensual	Directa a través localizar en el censo de usuarias de PF a las usuarias citadas en el periodo a monitorear y verifique cuántas de ellas acudieron a su cita; esto	Responsable de Salud Materna o Jefe de Servicio de PF

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de recolección de datos	Responsable
		Denominador				representa la adherencia al uso de un MAC.	
Establecimientos de Salud que ofertan al menos 3 métodos anticonceptivos	Porcentaje de establecimientos de salud que ofertan al menos 3 MAC modernos	Numerador: No de E/S que ofertan al menos 3 MAC modernos. Denominador: Total de E/S evaluados. $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	Todo E/S debe garantizar al menos la oferta de 3 MAC modernos		Mensual		Responsables de Salud Materna y Responsable de Insumos Médicos
<b>Dimensión de calidad: Seguridad</b>							
El personal de salud debe asegurar que en toda usuaria a quien se le realice EQV se le cumplan las indicaciones de la norma y protocolo de PF	Porcentaje de usuarias con EQV a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF	Numerador: Mujeres en quienes se cumplió las indicaciones establecidas en la norma Denominador: el total de mujeres con EQV $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	Entre las indicaciones para EQV, están: Toda mujer que tenga paridad satisfecha incluyendo: *Las que tengan hijos, o tengan pocos hijos *No tengan el permiso del esposo *Sean jóvenes con paridad satisfecha *Acaben de tener un parto (en los últimos 7 días) *Estén amamantando *Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral Es requisito indispensable que la usuaria firme la hoja de consentimiento informado Para profundizar en el tema revisar el tema de EQV en el Protocolo de PF	Expediente Clínico	Mensual	Revisión de expedientes clínicos	Dirección o subdirección del E/S
<b>Dimensión de la calidad: Satisfacción de la usuaria (o)</b>							
Toda usuaria que recibe servicios de PF manifiesta que se les ofreció privacidad en la atención recibida sin discriminación de ningún tipo	Porcentaje de usuarias/os satisfechos con la privacidad proporcionada en la atención	Numerador: Usuaris que mencionaron estar satisfechas con la privacidad proporcionada en la atención en PF Denominador: Total de usuarias encuestadas. $\frac{\text{Numerador}}{\text{Denominador}} \times 100$	Visita a los ambientes de atención de PF	Entrevistas a las usuarias (os) Observación directa	Cada tres meses	Encuestas de satisfacción de usuarias (os)	Responsable de salud materna y jefe de servicio de PF
Toda usuaria que recibe servicios de PF manifiesta que se les ofreció confidencialidad en la atención recibida sin discriminación de ningún tipo	Porcentaje de usuarias/os satisfechos con la confidencialidad proporcionada en la atención	Numerador: Usuaris que mencionaron estar satisfechas con la confidencialidad en la atención de PF Denominador: Total de usuarias	Usuaris que visitan los establecimientos de salud	Encuestas de satisfacción de usuarias (os)	Cada tres meses	Entrevistas a las usuarias (os)	Responsable de salud materna y jefe de servicio de PF

Estándar	Indicador	Construcción del Indicador	Definición	Fuente	Periodicidad	Técnica de recolección de datos	Responsable
		encuestadas. $\frac{\text{Numerador} \times 100}{\text{Denominador}}$					

**\*Metodología aleatoria sistemática:** Para la selección de la muestra de expedientes a revisar en un determinado periodo, se aplica una formula simple tomando como numerador el número de usuarias atendidas en ese periodo, dividido por el número de expedientes que se tiene establecido revisar en ese mismo periodo y este resultado será el intervalo para la selección de los expedientes. A continuación se presenta un ejemplo:

En la Unidad de Salud X el equipo estableció que se van a revisar mensualmente 20 expedientes de usuarias de PF.

En el mes X se atendieron en el servicio de Planificación Familiar a 58 usuarias, entonces se divide este número (58) entre los 20 expedientes que el equipo tiene establecido que se van a revisar mensualmente. El resultante de esta división es 2.9, lo que significa que el intervalo para la selección de los 20 expedientes será a cada 3 expedientes. Por lo tanto el primer expediente seleccionado será el 3ro de la lista y a continuación se irá seleccionando un expediente de cada 3 hasta completar los 20 expedientes a revisar en el mes.

La fuente de datos será fundamentalmente el expediente clínico, pero además, los libros de registros de casos, libros de actas, listas de chequeos, entrevistas a usuarias(os) y en ocasiones la observación directa. Se recomienda realizar el monitoreo mensual de 20 expedientes clínicos por cada indicador y, para la selección de los mismos utilizar la metodología aleatoria sistemática.

## Disposiciones

**Planificación familiar:** Es el derecho que tiene la pareja e individuo de decidir libre y responsablemente la cantidad de hijos que desean tener, el momento oportuno para tenerlos y el tiempo entre embarazos, así como la de tener la información y los métodos para concretar sus deseos y el derecho de obtener una mejor calidad de salud sexual y reproductiva (19).

### Disposiciones Generales

1. El Ministerio de Salud es el órgano rector del sector salud y tiene competencia para establecer regulaciones para la mejora continua de la atención en salud.
2. La atención y provisión de información y/o de insumos de métodos anticonceptivos son gratuitas en las instituciones del sector público.
3. Las disposiciones contempladas en esta norma son de carácter obligatorio y estricto cumplimiento por todos los establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados.
4. El cumplimiento de la presente normativa, se verificará a través de un conjunto de estándares e indicadores de calidad contenidos en el acápite de Generalidades de la Norma y el uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos (20).
5. Se asegurará la libre elección y acceso informado de la persona en la opción anticonceptiva que quieran tomar. Bajo ninguna circunstancia se aplicará algún método sea temporal o definitivo sin su consentimiento libre e informado.
6. Para optar por un método anticonceptivo, incluso los definitivos, basta la decisión informada y personal de la usuaria o usuario, luego de previa orientación y consejería adecuada. **No es necesaria la autorización de la pareja.**
7. Está prohibido todo trato discriminatorio por razón de sexo, edad, raza, estado civil, credo, grado de instrucción, condición económica o cultural de cualquier índole.
8. Las personas serán tratadas con dignidad, es decir, con respeto a sus derechos y costumbres. Se respetará la privacidad y confidencialidad.
9. Se prestará especial atención al respeto de los derechos de las personas iletradas.
10. Por ningún motivo se ofrecerá o entregará algún bien o servicio que preste el establecimiento, como estímulo para persuadirla/o a usar algún método anticonceptivo, sea este temporal o definitivo. Tampoco se retendrá o negará algún bien o servicio que preste el establecimiento como forma de disuasión, persuasión o presión para el uso de métodos anticonceptivos.
11. Está prohibido inducir la aceptación de cualquier método anticonceptivo, valiéndose de engaños u ocultando información así como toda forma de presión, coacción, violencia o manipulación sobre las personas, sus familiares o su representante legal.
12. Toda usuaria (o) puede asistir cuantas veces considere necesario a los servicios públicos de planificación familiar para atención de control, aclarar dudas asociadas al método y cambio o cese de opción anticonceptiva. Estas consultas son gratuitas.
13. En los casos comprobados de incapacidad mental, certificada por médico/a psiquiatra, su representante legal o tutor podrá solicitar el uso de métodos

anticonceptivos para la persona incapacitada que representa. La elección del método anticonceptivo será tomada por este último.

- a. Para los casos de personas con incapacidad mental, las condiciones a considerar para la realización de EQV, la determinará una junta médica conformada por tres médicos con por lo menos un médico Psiquiatra y con el consentimiento del familiar más cercano, o del tutor legal, quienes firmaran la solicitud de intervención. El familiar o tutor se responsabilizará de llevar a la persona usuaria al establecimiento de salud para los controles y seguimiento post-quirúrgico.
14. Suplementación con Ácido Fólico (AF) Preconcepcional: la suplementación Preconcepcional de AF<sup>c</sup> reduce significativamente los defectos del tubo neural (DTN). En mujeres que están planificando y desean salir embarazadas se debe administrar AF 3 meses antes del embarazo. Dosis dependerá de la presencia de factores de riesgo como: antecedentes de “MFC”, obesidad, desnutrición o “ECNT”, ente otras.<sup>d</sup>
  15. Se deben aprovechar la presencia de usuarias en edad fértil en todos los servicios especializados en el Establecimiento de Salud, para restituir el derecho de la mujer a los servicios de SSR y poder informar, captar y ofertar el uso de un método anticonceptivo de acuerdo a sus necesidades. Por ejemplo: usuarias acompañantes de niños (as) hospitalizados en los servicios de pediatría, adultos hospitalizados en los servicios de cirugía, ortopedia, medicina interna etc. **Esto con la finalidad de reducir las Oportunidades perdidas en Planificación Familiar.** Para esto se podrá captar y registrar los datos en los formatos establecidos. Para el seguimiento hacer contrarreferencia al E/S correspondiente especificando el tipo de PF: Intervalo o ECMAC.

## Disposiciones Específicas

### Disposiciones para la Atención en los Servicios de Planificación Familiar

#### 1) Responsabilidades de las personas en los servicios de salud

- Brindar de acuerdo a sus posibilidades y conocimientos información sobre sus antecedentes y estado de salud, que contribuyan al diagnóstico y al plan de atención adecuados.
- Cumplir las recomendaciones e indicaciones que el profesional señale, así como los tratamientos y procedimientos que le indiquen para su recuperación y rehabilitación.

#### 2) Espacios para la prestación de la atención en Planificación Familiar

Los espacios para la prestación (21) de la atención en Planificación Familiar, pueden brindarse a nivel Intramuro y Extramuro.<sup>e</sup>

##### a. Intramuro

<sup>c</sup> Intervenciones Basadas en Evidencia para reducir la mortalidad materna y neonatal. Segunda Edición. MINSA. Nicaragua. Año 2009

<sup>d</sup> Administrar AF en mujeres que están planificando sin factores de riesgo (0.4 a 1 mg/día) y en mujeres planificando con factores de riesgo (4-5 mg/día)

<sup>e</sup> **Enfoque de Atención:** Es la forma de organización de la atención integral que se brinda a las personas en los diferentes escenarios establecimiento (Intramuros) hogar y comunidad (extramuros). Manual de Organización y Funcionamiento del Sector. MOSAFC. MINSA. Nicaragua. Año 2008

Este espacio debe procurar lo siguiente:

- Brindar privacidad.
- Que el área donde se realice el examen físico debe estar habilitado para realizarlo. Y de ser posible que esté acondicionado para facilitar la presencia de la pareja durante la atención.
- Abastecer adecuadamente de los Instrumentos y Material Informativo para brindar las atenciones en Planificación Familiar.

Estos espacios para la prestación Intramuro pueden ser:

- i. **Consultorios:** Orientación, consejería, provisión de métodos temporales y atención integral de salud reproductiva.
- ii. **Hospitalización:** Orientación, consejería, provisión de métodos temporales y definitivos (EQV) y atención integral de salud reproductiva, en cualquier especialidad médica. Todos los establecimientos donde se realice esterilización quirúrgica voluntaria (EQV) femenina deben garantizar niveles de seguridad y calidad para el desarrollo de estas actividades. Para procedimientos de EQV masculina, no es necesario tener ambientes que cumplan requisitos esenciales de una sala de operaciones.

**b. Extramuro:**

Las actividades extramurales están destinadas a satisfacer la demanda existente en zonas de difícil acceso geográfico y con barreras culturales importantes; estas incluyen información, orientación, consejería y provisión de servicios de Salud reproductiva y de métodos anticonceptivos temporales, así como el seguimiento de las usuarias que lo necesitan, comprenden actividades de:

- Planificación Familiar.
- Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Incluyendo las actividades para la entrega de MAC entre adolescentes (de par a par).
- Salud Materna y Perinatal.
- Prevención del Cáncer de Cuello Uterino y Mama.
- Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-Sida.
- Prevención de Violencia Familiar y violencia basada en género.
- Salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes.
- Otros de acuerdo a las necesidades de la población y la disposición de recursos.

Las acciones extramurales se desarrollaran en el ámbito de la comunidad a través de: actividades promocionales, educativas, ferias, jornadas de atención integral y visitas domiciliarias de atención y seguimiento. Es importante que las acciones extramuro se basen en las coordinaciones intersectoriales incluyendo la red comunitaria, para el éxito de las mismas.

**3) Calidad Óptima de los servicios**

- Garantizar la decisión libre e informada y el acceso a los diferentes métodos anticonceptivos.

- Brindar información veraz, completa y oportuna sobre todos los métodos anticonceptivos que se dispone en los establecimientos, incluyendo las características de los mismos.
- Garantizar la competencia técnica y humana de las personas prestadoras de servicios.
- Fomentar relaciones interpersonales de cordialidad y mecanismos de medición de la satisfacción de las/los usuarias/os, la observancia de los derechos ciudadanos y la participación ciudadana en la evaluación de la atención de los servicios.

#### 4) Elección Libre e Informada

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

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

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

- ✓ **La elección libre e informada brinda beneficios a la usuaria y su pareja:**
  - Que conozcan mejor el método que van a utilizar.
  - Contribuye a que las personas tengan más control sobre su propia vida.
  - Las incentiva a asumir más responsabilidad por su salud.
  - Estimula el uso continuo de anticonceptivos.
  - Disminuye el abandono del método.
  
- ✓ **Consecuencias de no asegurar una elección libre e informada.**
  - Uso inadecuado de un método.
  - Temor e insatisfacción a causa de los efectos secundarios.
  - Discontinuidad del uso del método.
  - Posibles riesgos de salud, al no reconocerse signos de alarma.
  - Abandono de métodos.
  - Usuarías/os insatisfechas/os.
  - Baja utilización de los servicios.

#### 5) Consejería en Planificación Familiar

La consejería es un proceso de análisis y comunicación de persona a persona, entre el prestador de servicios y el/la usuario/a potencial y el/la usuario/a activo. Este proceso incluye motivación, información y promoción. Se debe de dirigir a resolver las necesidades individuales del usuario/a, aclarar dudas y cumplir con los seis pasos de la técnica de consejería ACCEDA:

- **Atender** a la persona usuaria
- **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria. Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o

preocupación que tenga. Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.

- **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.
- **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método más apropiado
- **Describir** cómo utilizar el método elegido:
- **Acordar** con la usuaria la fecha de Visita de seguimiento.

Además, la consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección del método anticonceptivo que más se adapte a las necesidades del usuario/a consultante. Ya sea que desee retrasar el nacimiento de su primer hijo/a, espaciar el nacimiento entre ellos o no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económico y estado de salud. La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH - Sida (Para ver mayor detalle del ACCEDA Ver el Anexo No. 2 del Protocolo de PF).

## **6) Líneas de Acción en Planificación Familiar**

### **1. Promoción de la Planificación Familiar:**

Fortalecer la promoción permanente de los servicios de planificación familiar, que ofrezcan una gama de métodos de planificación familiar en el marco del ejercicio responsable e informado de los derechos de los hombres y mujeres sobre su sexualidad y su reproducción. Así como propiciar la participación activa de los hombres en las decisiones y prácticas relacionadas con la planificación familiar.

Las actividades se brindarán a las personas y parejas en forma individual, grupal o a través de medios masivos.

Los mensajes tendrán el siguiente marco de referencia:

- Respeto de los derechos de las personas que acceden a los servicios, en sus Derechos sexuales y reproductivos.
- Enfoque de género, dirigido a enfrentar los estereotipos socioculturales entre mujeres y hombres que contribuyen a la inequidad, la violencia familiar y falta de comunicación y armonía en la vida de las personas.
- Valores culturales de la audiencia.

El contenido de los mensajes será:

- Salud Sexual y Reproductiva, desde los puntos de vista biológico, psicológico y sociocultural.
- Factores de riesgo relacionados a la Salud Reproductiva en las diferentes etapas o periodos de la vida. Responsabilidad de las personas en el auto reconocimiento de los factores de riesgo así como del auto cuidado y acciones de vida saludables.
- La amplia gama de métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres.
- Prevención de cáncer de cuello uterino y mama.
- Prevención de las ITS, VIH/Sida.
- Prevención de la violencia basada en género.

- Ubicación de establecimientos y personal de salud para orientación y servicios.
- Derechos reproductivos.
- Mensajes diferenciados para adolescentes.
- Mensajes para las poblaciones afro descendientes e indígenas.

## 2. Utilización de los Instrumentos del Programa de Planificación Familiar

Con el objetivo de tomar decisiones para mejorar la calidad de atención y nuestros indicadores de salud, se recolectará información a través de instrumentos diseñados para el ingreso, seguimiento y abordaje de las mujeres que accedan a los servicios de Planificación Familiar y la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC – Ver Normativa 099 del MINSA).

Estos instrumentos incluyen los siguientes:

- Hoja de Registro Diario de Consultas y Atención Integral.
- Expediente Clínico de las usuarias (os).
- Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar (para mayores de 20 años).
- Historia Integral de la/el Adolescente y Hoja de Evolución (para adolescentes).
- Listado de Mujeres en Edad Fértil (MEF).
- Carnet de Planificación Familiar.
- Censo de Planificación Familiar o Tarjetas Activas de PF.
- Disco para determinar Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos.
- Consentimiento Informado para el procedimiento de inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU).
- Consentimiento Informado para efectuar Esterilización Quirúrgica Voluntaria.
- Libro de registro de los egresos hospitalarios de usuarias de EQV.
- Hoja de Registro de Anticoncepción Post Evento Obstétrico
- Listas de Chequeo para la Medición de Estándares e Indicadores de PF.
- Bases de datos del Programa de Planificación Familiar.

Se detallan a continuación cada uno de estos instrumentos.

### • **La Hoja de Registro Diario de Consultas y Atención Integral**

Esta hoja constituye la principal fuente de información de los registros y estadísticas del Ministerio de Salud, en el primer nivel de atención, por tanto, deben ser registradas las consultas tanto de primera vez, como subsecuentes para evitar subregistro. En el ítem de Atención a la Mujer – Control de la fertilidad, deberá anotar si es captación (ingreso real o ingreso al programa<sup>f</sup>) o subsecuente.

### • **Expediente Clínico de las usuarias.**

<sup>f</sup> Ingreso: a) **Ingreso Real:** Se escribe una X en esta columna, si la usuaria inicia por primera vez en su vida el uso de un método de planificación familiar. El Ingreso Real registra a las "vírgenes" en Planificación Familiar. El llenado de esta columna es importante porque la captación de un ingreso real disminuye la demanda insatisfecha de PF. b) **Ingreso al Programa:** Se escribe una X en esta columna si la usuaria acude por primera vez en su vida al MINSA para solicitar un método de planificación familiar. Las usuarias que se registran en esta columna, ya han usado algún método anticonceptivo en su vida, que ha sido comprado en farmacias o proveído en otros lugares que brindan servicios de salud.

Este debe ser elaborado en la visita de captación por personal médico, conteniendo el formato de la **Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar** o la **Historia Integral de la/el Adolescente y su Hoja de Evolución**. Deberá haber constancia de una nota de captación por personal médico, que incluya la realización del **Examen Físico**, además, las notas de seguimiento deben incluir un SOAP, y especificar en el avalúo si la usuaria presentó o no reacciones adversas a los MAC y si amerita un cambio de método o cualquier eventualidad detectada por el personal. Si la usuaria ya tiene un expediente en el establecimiento de salud por cualquier causa, se debe utilizar este mismo, y no abrir otro para PF.

- **Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar (para mayores de 20 años). Ver Anexo No. 1**

El proveedor de salud realizará una evaluación integral de la persona, enfatizando descartar del embarazo y búsqueda de factores de riesgo que contraindiquen el uso de cualquier método. Esta Historia Clínica se deberá llenar a las mujeres mayores de 20 años que acudan a los servicios del programa de Planificación Familiar. Esta Historia deberá actualizarse cuando se hayan cumplido las seis visitas de seguimiento.

De acuerdo al nivel de complejidad del establecimiento de salud, se referirá a la persona usuaria a otro nivel de atención dentro de la red de servicios, cuando no exista capacidad resolutoria de proporcionar el método elegido, en los casos de EQV en establecimientos no habilitados para esto, o la imposibilidad de colocar DIU por no contar con personal capacitado para ello.

La **Evaluación Clínica** de la persona que acude al servicio de planificación familiar comprende:

- Asegurar que ha recibido orientación /consejería en Salud Reproductiva.
- Elaboración de la Historia Clínica completa: en especial: Nombre, edad, domicilio, escolaridad, religión, ocupación, antecedentes familiares y patológicos personales y gineco-obstétricos, tipo de captación para PF, realización de exámenes, examen físico, sospecha de maltrato y planes.
- Evaluar **Riesgo Reproductivo (Ver Tabla No. 2 Principales Factores del Riesgo Preconcepcional)**.
- Seis Visitas subsecuentes: evaluando peso, PA, uso de MAC y registro de reacciones adversas.
- Evaluar posibilidad de embarazo (si corresponde). Existen criterios para estar razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada (Ver Lista de Verificación del Embarazo en Anexo No. 1 del Protocolo de PF)

**Se orienta ver Tabla No. 1 “Esquema de Procedimientos para la Evaluación de los Usuarias (os)”**

Procedimiento	Abstinencia periódica	Método Lactancia Amenorrea	Métodos de Barrera Condón/Espermicidas	Inyectables de Progestágenos	Píldoras Combinadas	Píldoras de Solo Progestágenos	Implantes de Progestágenos	DIU (T de Cobre)	OTB	Vasectomía
Orientación/Consejería	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A
Anamnesis	C	C	C	A	A	A	A	A	A	A

Procedimiento	Abstinencia periódica	Método Lactancia Amenorrea	Métodos de Barrera Condón/Espermicidas	Inyectables de Progesteronas	Píldoras Combinadas	Píldoras de Solo Progesteronas	Implantes de Progesteronas	DIU (T de Cobre)	OTB	Vasectomía
(identificación de antecedentes patológicos)										
Identificación de lactancia al momento de seleccionar el MAC	E	A	E	A	A	A	A	E	E	NA
Historia sobre ITS	C	C	C	C	C	C	C	A	A	A
Toma de Presión Arterial	C	C	C	B	B	B	B	C	B	B
Examen Clínico General	C	C	C	B	B	B	B	B	A	A
Examen de Mamas*	C	C	C	C	B	B	C	C	C	C
Examen de Abdomen	C	C	C	B	B	B	B	A	A	A
Examen pélvico (con espéculo y bimanual para mujeres y genitales externos para el varón)	C	C	C	C	C	C	C	A	A	A
Detección de Cáncer de Cérvix	D	D	D	D	D	D	D	D	D	NA
Detección de ITS mediante pruebas de laboratorio (en personas asintomáticas)	C	C	C	C	C	C	C	B	C	C
Pruebas de rutina (colesterol, glucosa, pruebas e función hepática)	-	-	E	E	E	E	E	E	C	E

Clase A: Esencial y requisito indispensable para el uso seguro del MAC

Clase B: Permiten un mejor juicio médico en ciertas circunstancias, para una mayor seguridad en el uso del MAC.

Clase C: Pueden ser apropiados para un cuidado preventivo de la salud, pero no necesariamente está relacionado a un mejor uso de un MAC.

Clase D: El no contar con el resultado de esta prueba, no es indicación para postergar inicio del MAC.

Clase E: No tiene relación probada a ninguna acción preventiva de la salud o al uso efectivo y seguro del MAC.

NA: No Aplicable

\* - Es aconsejable para una atención integral de un examen de mamas, pero no es indispensable para el inicio de una metodología anticonceptiva.

- **Historia Integral de la/el Adolescente y Hoja de Evolución (para adolescentes).<sup>9</sup> Ver Anexo No. 2**

La Historia Integral de la/el Adolescente, incluida en la Normativa 095 “Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes”, incluye en su ítem de Sexualidad los siguientes aspectos: uso de métodos anticonceptivos y el uso de anticoncepción de emergencia. Una vez captada la adolescente, se le debe llenar esta Historia Integral y para su seguimiento las Hojas de Evolución, las cuales corresponderán al número de visitas a la unidad de salud.

- **Listado de Mujeres en Edad Fértil (MEF). Ver Anexo No. 3**

Su elaboración es responsabilidad del personal de salud, quienes deben capacitar y acompañar el llenado inicial del instrumento a los y las consejeras (os) o comité comunitario, quienes ya entrenados, lo deberán completar. Es sumamente imprescindible para medir el impacto de la ECMAC y para dar seguimiento al programa de Planificación Familiar en cada establecimiento de salud. Una copia debe tenerla la consejera o consejero y el original se debe mantener en el establecimiento de salud, indicando

<sup>9</sup> Normativa 095: Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes. MINSa. Nicaragua. Año 2012

claramente la fecha de actualización. Este instrumento es importante porque nos permite identificar sistemáticamente mujeres con necesidades insatisfechas en PF.

- **Carnet de Planificación Familiar.<sup>h</sup> Ver Anexo No. 4**

La entrega y el llenado de este instrumento, son responsabilidad del personal de salud, la actualización del mismo la realiza el personal de salud, de acuerdo al número de consultas de seguimiento de las usuarias en la unidad de salud y el registro de los datos de peso, PA, FUM, exámenes, uso de MAC y reacciones adversas que ameriten el cambio de MAC.

- **Censo de Usuarias de Planificación Familiar o Tarjetas Activas de PF. Ver Anexo No. 5**

Son herramientas básicas del programa de planificación familiar, su llenado adecuado y la actualización es responsabilidad del personal de salud. En el caso de las tarjetas activas se registra los principales datos, al dorso, o en la sección de observaciones del Censo de Usuarias de PF.

- **Disco para determinar Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos. Ver Anexo No. 6**

Este instrumento resume los criterios médicos que hay que tener en cuenta a la hora de elegir el método anticonceptivo inicial, y está basado en la publicación *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos, 3ª ed.* (2005) y la actualización llevada a cabo en 2008, una de las directrices de la OMS basada en pruebas científicas. El instrumento indica a los profesionales de la planificación familiar si una mujer con una determinada afección puede utilizar un método anticonceptivo de forma segura y eficaz.

El instrumento hace recomendaciones sobre seis tipos de anticonceptivos de uso común:

1. Anticonceptivos orales combinados con dosis bajas (<35 µg de etinilestradiol)
2. Anticonceptivos inyectables combinados (Mesigyna)
3. Anticonceptivos orales sólo con progestágenos
4. Anticonceptivos inyectables sólo con progestágenos: acetato de medroxiprogesterona de liberación retardada (AMPD), inyectable cada 3 meses, y enantato de noretisterona (EN NET), inyectable cada 2 meses
5. Implantes sólo con progestágenos (Norplant, Jadelle e Implanon).
6. Dispositivos intrauterinos (DIU) de cobre

Las orientaciones ofrecidas por este instrumento se aplican a la instauración del tratamiento anticonceptivo. En la directriz *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* figuran las recomendaciones acerca de la continuación del tratamiento en caso de que la mujer presente un trastorno médico durante la utilización de un método anticonceptivo.

- **Consentimiento Informado para el procedimiento de inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU). Ver Anexo No. 7**

---

<sup>h</sup> Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos. MINSA. Nicaragua. Año 2012

En este instrumento la usuaria da su consentimiento informado para que el personal de salud previamente capacitado le efectuó la inserción del DIU o “T de Cobre”, plasmando que ha recibido información sobre los diversos métodos anticonceptivos ofertados en el MINSA, así como sus ventajas, desventajas y reacciones adversas. También que tiene conocimiento que el DIU es un método reversible, con una eficacia de larga duración, y no previene las ITS, y que puede dejar de usarlo en cualquier momento que lo desee, pudiendo optar a otro método de su preferencia. Al final de la hoja la usuaria firma o plasma su huella digital y el número de su documento de identidad.

- **Consentimiento Informado para efectuar Esterilización Quirúrgica Voluntaria. Ver Anexo No. 8**

En este instrumento la usuaria accede voluntariamente y solicita los servicios de esterilización quirúrgica como método permanente; teniendo en cuenta que existen otros métodos anticonceptivos disponibles y que ha sido previamente informada y educada sobre esta técnica por el personal de salud, sus efectos adversos después de la cirugía y su compromiso para cooperar en su recuperación. Al final de la hoja la usuaria firma o plasma su huella digital y el número de su documento de identidad.

Recordar que la hoja de Consentimiento Informado para realizar la EQV debe ser llenada por duplicado, debiendo entregarse la copia a la persona usuaria/o y el original quedará en el Expediente Clínico.

- **Libro de registro de los egresos hospitalarios de usuarias de EQV.**

En este libro deberá anotarse las pacientes a quienes se les realizó una Esterilización Quirúrgica Voluntaria. Este registro debe llevarse por día y consolidarse mensualmente. Debe contener los datos generales de las pacientes. Dicha información debe reportarse a sus niveles superiores de forma sistemática.

- **Hoja de Registro de Anticoncepción Post Evento Obstétrico. Ver Anexo No. 9**

Esta hoja permite el registro del 100% de las usuarias que acuden a la Unidad de Salud por un evento obstétrico. Se llena tomando como fuente primaria el expediente clínico de la usuaria una vez que se ha completado la atención de su evento. Con los datos registrados en esta hoja, se deberá actualizar la base de datos de APEO en Excel.

- **Listas de Chequeo<sup>i</sup> para la Medición de Estándares e Indicadores de PF (Incluye PF de intervalo y APEO) Ver Anexo No. 10**

Después de la selección de los expedientes, se procederá a la aplicación de las listas de chequeo. Esto permitirá conocer de manera retrospectiva el nivel de calidad, la identificación de problemas o debilidades en la calidad y diseñar intervenciones a corto plazo que evitarán que el problema vuelva a ocurrir.

- **Bases de datos del Programa de Planificación Familiar. Ver Anexo No. 11**

Son matrices diseñadas en Excel, que recogen la información relacionada a las usuarias que acceden a la planificación familiar de intervalo y a la Anticoncepción Postevento

<sup>i</sup> Estándares e Indicadores de calidad de los procesos de atención en salud. MINSA. Nicaragua. Año 2009

Obstétrico (APEO), en la unidad de salud. Esta información debe consolidarse mensualmente y posteriormente reportarla a su nivel superior de forma sistemática.

Los gerentes de las unidades de salud y los equipos de calidad serán los encargados de analizar los resultados del monitoreo, del registro de los datos en la base electrónica y de enviar un informe del análisis realizado, al el/la responsable del Programa de Salud Materna del SILAIS, en los primeros cinco días de cada mes. Esta persona tendrá la responsabilidad de dar seguimiento a los resultados del monitoreo con su respectivo análisis así como a las intervenciones planificadas.

### **3. Seguimiento**

El seguimiento a los/las usuarios/usuarioas de métodos de planificación familiar es determinante en el logro de los objetivos trazados, basados en los derechos, dignidad, equidad de género e interculturalidad que debe estar presente en todas las acciones que se realizan para el seguimiento.

Dicho seguimiento se realizará según la caracterización de las/los usuarias/os y se establecerá un cronograma de atenciones para su respectiva cita.

1. Los establecimientos deben buscar estrategias para atender las necesidades específicas de su población de varones, adolescentes, población migrante e indígena. Pudiendo inclusive adecuar sus horarios de atención a las necesidades de la población, por ejemplo la población adolescente.
2. La población adolescente, en riesgo de embarazo no deseado o de contraer una ITS, deberá recibir información completa en salud sexual y reproductiva, incluyendo la atención médica para la prevención de embarazo no deseado (AOE), profilaxis de ITS y VIH (según normativas).
3. Los servicios de Planificación Familiar podrán suministrar métodos anticonceptivos temporales a adolescentes que los soliciten, o que sean referidos en las siguientes circunstancias, siempre y cuando hayan recibido orientación/consejería:
  - Presentar riesgo de embarazo no deseado.
  - Presentar riesgo de contraer una ITS o VIH-Sida.
  - Ser sexualmente activa/o.
  - Antecedente de embarazo.
  - Haber sido víctima de violencia sexual.
4. Toda complicación, atribuible y comprobada, debida al uso de un método anticonceptivo provisto por los establecimientos del Ministerio de Salud, debe ser sujeta de Farmacovigilancia<sup>j</sup>, para tomar las medidas necesarias y proveer los recursos y facilidades para el manejo de la reacción.
5. Las historias clínicas, prescripciones, indicaciones escritas, registros y reportes e informes deben ser hechos con letra clara y legible y debidamente firmados y sellados (con número de código del profesional de salud) por los responsables.
6. En el caso de la esterilización quirúrgica voluntaria, se debe realizar orientación/consejería sobre este método permanente, haciendo énfasis en la imposibilidad de tener más hijos en el futuro. Para esto debe llenar la hoja de Consentimiento Informado específica para la realización de este procedimiento.
7. Si la persona usuaria decide optar por la esterilización quirúrgica voluntaria:

---

<sup>j</sup> Es la identificación y valoración de los efectos del uso, agudo y crónico, de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos.

- Debe ser informada que la EQV es un procedimiento electivo, bajo ninguna circunstancia puede ser considerado procedimiento de emergencia.
- Debe garantizarse que la persona usuaria, para tomar una decisión informada y voluntaria, debe conocer y comprender lo siguiente:
  - Tener paridad satisfecha independientemente de su edad.
  - Tiene la libertad de elegir entre los métodos temporales y el permanente. Los métodos anticonceptivos temporales están disponibles para la persona usuaria y su pareja.
  - Después de la decisión informada y voluntaria, la persona usuaria puede desistir de la intervención en cualquier momento antes de practicar el procedimiento.
  - Se realizará una intervención quirúrgica en la persona y como todo procedimiento tiene beneficios y riesgos (falla de método y complicaciones).
  - El efecto del procedimiento es permanente.
  - El procedimiento puede fallar y puede producirse un embarazo.

## Definición y Elaboración del Procedimiento

El proceso de actualización de la Norma y Protocolo de Planificación Familiar (N-002), se realizó bajo lo establecido en la Normativa N-070: Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías, protocolos del sector salud.

### A. Estrategia de búsqueda

El documento base utilizado para la actualización de esta normativa, especialmente en los protocolos de atención es Planificación Familiar, Un Manual Mundial para Proveedores de la OMS (Organización Mundial de la Salud), actualización publicada en Inglés en agosto de 2011 y en Español en el año 2014 y los Criterios Médicos de Elegibilidad Julio año 2015.

Para el proceso de actualización de la Normativa 002 de Planificación Familiar, se realizó la búsqueda de la evidencia científica más actualizada en diferentes fuentes con los mejores niveles de evidencia y grado de recomendaciones, incluyendo guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas y meta análisis. Se revisaron también protocolos y guías de práctica clínica actualizadas recientemente que estuviesen sustentadas en evidencia científica.

Utilizando el motor de búsqueda TripDatabase<sup>k</sup>, se realizó la búsqueda de toda la evidencia secundaria: Sinopsis basada en evidencia, Revisiones sistemáticas y Guías de Práctica Clínica. La búsqueda permitió seleccionar los documentos utilizados para la actualización de esta normativa.

Para el filtro de búsqueda, las fechas de publicación fueron del primero de enero de 2009 al 31 de agosto de 2014, tanto las publicadas en Español como en Inglés. Se utilizaron palabras / frases claves referidas a métodos anticonceptivos y planificación familiar.

### B. Recomendaciones Basadas en Evidencia

La práctica de la Medicina Basada en Evidencia (MBE) y que se presenta de forma jerárquica, integra las mejores evidencias de la investigación científica con la experiencia clínica individual y los valores de la persona. Es un instrumento creado para reducir las inconsistencias innecesarias y ayudar a estandarizar la práctica clínica.

Para ayudar al clínico en la valoración de la evidencia encontrada, se ha identificado un **grado de recomendación** basado en la valoración por grupos de expertos del nivel de evidencia de los estudios de referencia.

Esta actualización de la Normativa 002, utiliza para reforzar o validar las recomendaciones la clasificación de la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), proporcionando a los clínicos las reglas sólidas para valorar la investigación publicada y utilizada en esta normativa, determinar su validez y utilidad en la práctica clínica.

---

<sup>k</sup> [www.tripdatabase.com](http://www.tripdatabase.com)

### C. Consenso

Para la evaluación de la calidad metodológica, en el proceso de actualización de la Normativa 002, se utilizó el Instrumento AGREE II de mayo 2009 (22), actualizado en el año 2013. Este instrumento contiene 23 ítems, siguiendo la escala de puntuación establecida entre los rangos de 1 (muy en desacuerdo) y 7 (muy de acuerdo), siendo este instrumento aplicado a cada capítulo propuesto actualizado de la Normativa 002 y a toda la normativa en general.

La utilización de este instrumento facilitará la implementación exitosa de la Normativa de Planificación Familiar.

### D. Método y proceso para la validación con personal de salud seleccionado

- Se elaboró la propuesta de borrador final de la Normativa 002 actualizada, la que fue revisada y aprobada por la Comisión Técnica de Seguimiento.
- El instrumento de validación fue el que estipula el Anexo # 3 de la Normativa 070 del MINSA de Junio 2011 (Instrumento de validación de Guías y Protocolos).
- Se realizó un taller de validación con personal médico y de enfermería de 10 SILAIS seleccionados, incluyendo coordinadoras de atención a la mujer y niñez, unidades de primero y segundo nivel de atención. El perfil de los participantes fue: especialistas en gineco obstetricia, médicos generales, licenciadas en enfermería, enfermeras generales y auxiliares de enfermería. De acuerdo al consenso se incorporaron las mejoras a la normativa consideradas pertinentes y adecuadamente sustentadas en la evidencia científica. Se hizo llegar en electrónico a los participantes la propuesta de borrador final de la Normativa 002 actualizada y el instrumento de validación.
- Se realizaron los ajustes correspondientes derivados del taller de validación y se entregó el borrador final para ser sometido a aprobación por la Comisión Técnica de Seguimiento.
- La DGSS presentó la propuesta de Normativa actualizada a la Comisión de Normas y Protocolos de Regulación del MINSA, quienes apoyaron en la inclusión de las recomendaciones y ajustes.

## **Bibliografía**

1. La Salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio. OMS. Año 2013
2. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. Humberto Soriano Fernández y Lourdes Rodenas García. Septiembre Año 2010.
3. La prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivas Adversos en Adolescentes de los países en desarrollo. OPS. Año 2011.
4. Informe de 2014: Objetivos de Desarrollo del Milenio. Sistema de Naciones Unidas.
5. ENDESA 2011/12. INIDE. Nicaragua.
6. Haciendo Cuentas. Costos y Beneficios de Invertir en Planificación Familiar y Salud Materna y Neonatal. Resumen. Guttmacher Institute. y UNFPA.
7. Jaime Botero U. Alfonso Jubiz H. Guillermo Henao. Primera impresión. Cuarta edición. 1990
8. Derek Llwellyn Jones. Ginecología y Obstetricia. Impresiones Harcourt. España. 2000.
9. Guía Clínica para la Atención del Neonato. MINSA. Nicaragua. Año 2013
10. Si a la Opción, No al Azar: Planificación Familiar, Derechos Humanos y Desarrollo. UNFPA. Año 2012.
11. La planificación familiar desde la perspectiva de los derechos humanos. Cuenta Atrás 2015 Europa. Año 2012
12. Gutiérrez ID. Salud reproductiva. Concepto e importancia. Bolivia: M.P.S.S.P-UNFPA OPS/OMS; 1992:1-2.
13. Abreu G, Amador A, Borroto R, Burque MT, Castellanos B, Cobas M. Para la vida. La Habana: Pueblo y Education, 1992;9.
14. Green CP, Cohen SI, Belhadj EL, Ghovayel H. Male involvement in reproductive health, including family planning and sexual health. Technical Report 28. New York: United Nations Population Fund, 1995:12.
15. Clift E. Un nuevo paradigma en la salud reproductiva. Perspectiva de salud 1997; 2 (2):20-5.
16. Best K. Los métodos masculinos experimentales. Network 1998; 18 (3):18-23.
17. Herndan N. Los hombres influyen en el uso de anticonceptivos. Network 1998; 18 (3):14.

18. Norma 002: Norma y Protocolo de Planificación Familiar. MINSA. Nicaragua. Año 2008
19. Criterios de Elegibilidad de Métodos Anticonceptivos. Nuevas Recomendaciones. Humberto Soriano Fernández y Lourdes Rodenas García. Septiembre Año 2010.
20. Norma de atención para la Planificación familiar. Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud. Primer Nivel de Atención. Noviembre 2005.
21. Manual de Organización y Funcionamiento del Sector. MOSAFC. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
22. Consorcio AGREE. Instrumento AGREE II, Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica. Mayo de 2009. <http://www.guiasalud.es/contenidos/documentos/Guias Practica Clinica/Spanish-AGREE-II.pdf>
23. Conferencia Internacional de Derechos Humanos, Teherán (ONU, 1968: 4). Reafirmado en tres conferencias internacionales de población: Bucarest, 1974; México, 1984; y El Cairo, 1994
24. Norma 003: Norma Técnica y Guía para el Uso de Antisépticos, Desinfectantes e Higiene de Manos. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
25. Norma Técnica de Planificación Familiar. MINSA. Perú. Año 2011
26. Norma 095: Guía para la Atención Integral de las y los Adolescentes. MINSA. Nicaragua. Año 2012
27. Norma 099: Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos. MINSA. Nicaragua. Año 2012
28. Estándares e Indicadores de calidad de los procesos de atención en salud. MINSA. Nicaragua. Año 2009
29. Norma y guía para la notificación Obligatoria de reacciones adversas Asociadas a insumos médicos. MINSA. Nicaragua. Año 2011
30. Norma 070: Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías y protocolos del sector salud. MINSA. Nicaragua. Año 2011
31. ENDESA 2006/07. INIDE. Nicaragua
32. UNFPA: Población en Nicaragua, Indicadores Demográficos, acceso en oct. 2014. <http://www.unfpa.org.ni/poblacion-en-nicaragua-2/>
33. Salud Sexual y Reproductiva. En Ginecología y obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Oscar Flores et Al .UNAN. UNFA. 1997
34. Ley General de Salud. Ley No. 423.

35. Karen Hardee, Jan Kumar, Karen Newman, Lynn Bakamjian, Shannon Harris, Mariela Rodríguez, and Win Brown. Voluntary, Human Rights–Based. Family Planning: A Conceptual Framework. *Studies in Family Planning* 45; March 2014
36. Programme of Action of the International Conference on Population and Development, Cairo, Egypt, Sept. 5–13, 1994, ch. VII, para. 7.3, U.N. Doc. A/CONF.171/13/Rev.1 (1995).
37. Leridon H. Demographic effects of the introduction of steroid contraception in developed countries. *Human Reproduction Update*, Vol.12, No.5 pp. 603–616, 2006.
38. Singh S and Darroch JE, Adding It Up: Costs and Benefits of Contraceptive Services—Estimates for 2012, New York: Guttmacher Institute and United Nations Population Fund (UNFPA), 2012,
39. Kelly Cleland, M.P.A., et al. Family Planning as a Cost-Saving Preventive Health Service. 10.1056/nejmp1104373 [nejm.org](http://nejm.org).
40. Rebecca H. Allen, MD, MPH. The Role of Family Planning in Poverty Reduction. *Obstet Gynecol* 2007; 110:999–1002.
41. Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Segunda Edición. MINSA. Nicaragua. Año 2008.
42. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44074/1/9780978856304_spa.pdf?ua=1)
43. Mercé Marzo Castillejo, Cristina Viana Zulaica, Calidad de la Evidencia y Grados de Recomendación. *Guías Clínicas* 2007; Supl 1: 6 [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)

## Flujograma

En el contexto del Programa de Planificación Familiar, esta se compone de tres momentos:

- I. El **primer momento** identifica a las y los usuarias/os que buscan un embarazo y que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Control Preconcepcional**.
- II. El **segundo momento** comprende a las y los usuarias/os que ejercen su derecho a la sexualidad y no quieren un embarazo por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Consejería y uso de métodos de Anticoncepción**.
- III. El **tercer momento** está dirigido hacia las y los usuarios/as que buscan un embarazo, mas no lo consiguen con facilidad por lo que planifican su familia para la consecución de este objetivo entendido como **Consejería y Manejo en Infertilidad**.

En esta normativa abordaremos el segundo momento.



# Anexos

**Anexo No. 1 Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar**

SILAIS: \_\_\_\_\_ Municipio \_\_\_\_\_ Unidad de Salud \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
 Nombre y apellidos \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_ Expediente No. \_\_\_\_\_  
 Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ No de hijos vivos \_\_\_\_\_

<b>Alfabeta:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	<b>Estudios realizados:</b> Ninguno <input checked="" type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Universitaria <input type="checkbox"/>
<b>Estado Civil:</b> Casada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Unión Estable <input type="checkbox"/>	
<b>Religión</b> Católica <input type="checkbox"/> Evangélica <input type="checkbox"/> Morava <input type="checkbox"/> Otra _____ Ninguna <input type="checkbox"/>	
<b>Ocupación</b> Ama de Casa <input type="checkbox"/> Maestra <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Agricultora <input type="checkbox"/> Profesiona <input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	

Riesgo Reproductivo: SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<b>Familiares:</b>
	HTA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tuberculosis SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca mama SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	Diabetes SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca Cu SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
	<b>Patológicos Personales:</b>
	HTA SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Endocrinopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Epilepsia SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Diabetes SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trast. Psiquiátricos SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Várices M. inferiores SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cardiopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ITS SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tabaquismo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nefropatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca de mama SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Alcoholismo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Hepatopatías SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Ca Cu SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Drogadicción SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Tuberculosis SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Trombosis venosa SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Infertilidad SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
<b>Gineco - Obstétricos:</b>	
FUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Intervalo intergenésico <input type="checkbox"/> meses Hipertensión arterial durante el embarazo SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Gestas <input type="checkbox"/> Hijos muertos antes del 1er mes de vida SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedad Trofoblástica SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Partos <input type="checkbox"/> Hijos con trastornos genéticos SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Enfermedad Pélvica Inflamatoria SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Abortos <input checked="" type="checkbox"/> Hemorragias obstétricas SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Otros _____ Cesárea <input checked="" type="checkbox"/> No. de compañeros sexuales <input type="checkbox"/>	
<b>Captación para Planificación Familiar</b> APEO <input type="checkbox"/> Intervalo <input type="checkbox"/> ECMAC <input type="checkbox"/>	
<b>Exámenes</b>	
<b>Papanicolau previo normal:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Toma de Papanicolau actual</b> Fecha ____/____/____ <b>Resultado normal:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
<b>Auto examen de mamas:</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/>	
Examen VIH Realizado SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	

**Examen Físico General:** FC: \_\_\_\_\_ FR: \_\_\_\_\_ P/A : \_\_\_\_\_ Peso en Kg: \_\_\_\_\_

Talla: \_\_\_\_\_ Índice de Masa Corporal \_\_\_\_\_

Cardiopulmonar: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Examen de mamas: \_\_\_\_\_

Abdomen: \_\_\_\_\_

Ginecológico: \_\_\_\_\_

Miembros inferiores: \_\_\_\_\_

**Sospecha de maltrato:**

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

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

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

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

Expresa espontáneamente maltrato SI  NO

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

**Planes:**

**Visitas Subsecuentes**

En las visitas subsecuentes, cualquier alteración clínica encontrada o el cambio de método, además de ser anotada en este cuadro amerita ser comentada en una nota clínica que se registre en el expediente.

Fecha (día, mes y año)						
Edad						
Peso						
Índice de masa corporal						
Presión arterial						
¿Tiene algún factor de Riesgo Reproductivo? SI/NO						
Método anticonceptivo que usa actualmente						
¿Existen reacciones adversas o efectos no deseados del método anticonceptivo? SI/NO						
¿Hay cambio de método en esta visita? SI/NO						
Consejería en PF y protección dual						
Fecha de próxima visita						
Nombre de quien brinda la atención						

## Instructivo para el llenado de la Historia Clínica de Ingreso y Seguimiento de las Usuarias al Programa de Planificación Familiar

### 1. Datos Generales

- ✓ **SILAIS.** Anotar el nombre completo del SILAIS al que pertenece la unidad de salud.
- ✓ **Municipio.** Anotar con letra clara el nombre del municipio donde se está brindando el servicio de PF.
- ✓ **Unidad de Salud.** Anotar el nombre de la unidad de salud donde está siendo atendida la usuaria.
- ✓ **Fecha:** Anotar la fecha en que se llena la Historia Clínica.
- ✓ **Nombre y apellidos.** Anotar con letra clara los dos nombres (si los tiene) y los 2 apellidos (si los tiene) de la usuaria.
- ✓ **Edad.** Anotar la edad en años cumplidos de la usuaria.
- ✓ **Expediente No.** Escribir el número de expediente correspondiente a la usuaria.
- ✓ **Domicilio.** Anotar la dirección de la casa de habitación resaltando puntos de referencia en la comunidad (área rural) o direcciones dadas en las áreas urbanas.
- ✓ **No. de hijos (as) vivos:** Anotar el número de hijos (as) vivos de la usuaria.
- ✓ **Teléfono:** anotar el número de teléfono convencional o celular propio de la usuaria o de alguna persona donde poder localizarla.

### 2. Datos Socio económicos

- ✓ **Alfabeta:** Marcar con una X en Si o No según si la usuaria lee y escribe.
  - ✓ **Estudios Realizados:** Si la usuaria lee y escribe preguntar qué grado de escolaridad aprobó o está cursando y marcar con una X según si es ninguna, primaria, secundaria o universidad.
  - ✓ **Estado Civil:** Marcar con una X según corresponda si es Casada, Soltera, Unión estable u otro.
  - ✓ **Religión:** Marcar X en la casilla correspondiente la religión que dice profesar la usuaria, cuando marque la casilla “otra” especificar.
  - ✓ **Ocupación:** Preguntar a la usuaria en qué trabaja o a qué se dedica fuera del trabajo cotidiano del hogar. Si no cabe en las propuestas descritas en la historia marcar en **otro** y especificar el tipo de trabajo que desempeña la usuaria.
- 3. Riesgo Reproductivo o Preconcepcional:** Marcar si la usuaria presenta uno o más riesgos reproductivos según Tabla No. 2 del Protocolo de PF.

### 4. Antecedentes

Los antecedentes están agrupados en tres categorías que se corresponden con los factores de riesgo reproductivo. Dos categorías se relacionan con condiciones propias de la usuaria y una con el historial familiar de enfermedades.

- A. **Antecedentes Familiares:** preguntar según las patologías descritas en la historia clínica cuales han padecido sus familiares en primer y segundo grado de consanguinidad.
- B. **Antecedentes Patológicos Personales:** preguntar sobre cada una de las patologías descritas. Marcar SI o NO según corresponda.
- C. **Gineco - Obstétricos:** Marcar con una X en la casilla que corresponda, en el caso de la FUR (Fecha de Última regla) anotar la fecha correspondiente al primer día, el mes y el año en que se presentó.

### 5. Captación para Planificación Familiar

Marcar de acuerdo a la estrategia mediante la cual fue captada.

- ✓ Marque **APEO** si fue captada posterior a un evento obstétrico (Postparto, post cesárea, posaborto, pos embarazo ectópico, pos embarazo molar).
- ✓ Marque **Intervalo** si fue captada durante cualquier momento a usuarias fuera de un evento obstétrico.

- ✓ Marque **ECMAC** si a la usuaria se le dará seguimiento a través de la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos.

#### 6. Exámenes

- ✓ **Papanicolaou previo normal** marcar con una X en la casilla SI o NO, según corresponda al resultado del examen registrado en el expediente. En esta casilla debe considerarse el resultado más reciente, efectuado en los últimos tres años.
- ✓ **Toma de Papanicolaou actual:** anotar la fecha en que se toma la muestra y tener presente actualizar la historia con los resultados obtenidos para ser registrados y analizados durante la consulta subsecuente.
- ✓ **Auto examen de mamas** anotar en la casilla correspondiente si la usuaria se lo está realizando o no.
- ✓ **Examen VIH realizado** anotar en la casilla correspondiente SI o NO.

#### 7. Examen Físico General

Anotar claramente los datos en el espacio en blanco correspondiente: FC (Frecuencia Cardíaca), FR (Frecuencia Respiratoria), P/A (Presión Arterial), Peso en Kg, talla expresada en cm e IMC (Índice de Masa Corporal). En el resto del examen físico describir lo más relevante en los espacios en blanco.

#### 8. Sospecha de maltrato

Preguntar ¿Quién o quienes participaron en la decisión de optar por la Planificación Familiar? y marcar con una X en la casilla correspondiente, él o la persona que decidió que la usuaria planificara.

Si fue ella misma, preguntar ¿Su marido está de acuerdo? En esta sección marcar SI o No en la casilla correspondiente.

Observar la actitud demostrada por la usuaria durante la consulta, y tome como referencia la comunicación, si la observa poco comunicativa, márkuelo en la casilla correspondiente. Si ella expresa espontáneamente maltrato: Márquelo en la casilla correspondiente.

#### 9. Avalúo

En esta sección considere y anote los factores de riesgo reproductivo encontrados y el criterio de elegibilidad clínica (I-II-III-IV) que se tomó en cuenta para la selección del MAC más conveniente para la usuaria.

#### 10. Planes

Anotar el método anticonceptivo prescrito y la fecha de la cita siguiente.

#### 11. Visitas de Seguimiento o Subsecuentes

En las visitas subsecuentes debe registrar de forma clara la información solicitada en el cuadro, cualquier alteración clínica encontrada o el cambio de método debe registrarse en una nota adicional en el expediente.

**Nota:** Las casillas de color amarillo son indicativo de riesgo por lo tanto se debe estar alerta ante las casillas marcadas. Cualquier casilla amarilla que se encuentre marcada ya representa un riesgo reproductivo, por lo que debe ser registrado en el ítem de riesgo reproductivo que se encuentra en el costado lateral izquierdo de la historia clínica.

Anexo No. 2 Historia Integral de la/el Adolescente y Hoja de Evolución

HISTORIA INTEGRAL DE LA / EL ADOLESCENTE MINSA NICARAGUA				ESTABLECIMIENTO				H.C. N°													
APELLIDOS Y NOMBRES _____										FECHA DE NACIMIENTO											
DOMICILIO _____										<table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		dia	mes	año							
dia	mes	año																			
LOCALIDAD _____										SEXO <input type="checkbox"/> f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>											
MUNICIPIO _____				TEL: _____				domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>													
CONSULTA PRINCIPAL N° _____		FECHA		EDAD		ESTADO CIVIL		ETNIA		ACOMPAÑANTE											
Consulta espontánea <input type="checkbox"/> Referido/a <input type="checkbox"/> Traído/a <input type="checkbox"/>		<table border="1"> <tr> <td>dia</td> <td>mes</td> <td>año</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>		dia	mes	año				años _____ meses _____		casado/a <input type="checkbox"/> soltero/a <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> blanca <input type="checkbox"/> mestiza <input type="checkbox"/> indigena <input type="checkbox"/> negra <input type="checkbox"/> otra		solo/a <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> ambos padres <input type="checkbox"/>					
dia	mes	año																			
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						unido/a <input type="checkbox"/> separado/a <input type="checkbox"/>				pareja <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>											
Motivos de consulta según adolescente:						Motivos de consulta según acompañante:															
1 _____						1 _____															
2 _____						2 _____															
3 _____						3 _____															
Descripción de motivo de consulta																					
ANTECEDENTES PERSONALES		PERINATALES normales		CRECIMIENTO normal		DESARROLLO normal		ALERGIA		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRONICAS		DISCAPACIDAD		ENFERMEDADES INFECCIO CONTAGIOSAS					
si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>					
ACCIDENTES		INTOXICACIONES		CIRUGIA HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICAMENTOS		PROBLEMAS PSICOLOGICOS		VIOLENCIA		EDUCACION PREEESCOLAR		JUDICIALES		OTROS					
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones																					
ANTECEDENTES FAMILIARES		CARDIOVASC (HTA, cardiopatia, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES		CANCER		PROBLEMAS PSICOLOGICOS		ALCOHOL DROGAS Y OTROS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE		JUDICIALES		OTROS	
DIABETES <input type="checkbox"/> OBESIDAD <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	
Observaciones																					
FAMILIA		NIVEL DE INSTRUCCION						VIVIENDA		DIAGRAMA FAMILIAR											
VIVE <input type="checkbox"/> solo/a <input type="checkbox"/> en la casa <input type="checkbox"/> en la calle <input type="checkbox"/> en instit. protectora <input type="checkbox"/> privado de libertad <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituta <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>						ENERGIA ELECTRICA <input type="checkbox"/> en el hogar <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>		AGUA <input type="checkbox"/> EXCRETAS <input type="checkbox"/> HACINAMIENTO <input type="checkbox"/>											
CONVIVE CON madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madrastra <input type="checkbox"/> padrastro <input type="checkbox"/> hermanos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/> primaria <input type="checkbox"/> secund. <input type="checkbox"/> univers. <input type="checkbox"/> años en el mayor nivel <input type="checkbox"/>						si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Observaciones											
En el caso <input type="checkbox"/> En el cuarto <input type="checkbox"/> En el cuarto <input type="checkbox"/>		Padre o sustituto <input type="checkbox"/> Madre o sustituta <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/>						Ocupación _____		Observaciones											
no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>		ninguno <input type="checkbox"/> no estable <input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/>						Pareja _____		Observaciones											
PERCEPCION DE LA ADOLESCENTE SOBRE SU FAMILIA		Ocupación _____						Mamá _____		Observaciones											
Ocupación _____		Ocupación _____						Papá _____		Observaciones											

Este color significa ALERTA

Guía para la Atención Integral de

10-08-14

<b>EDUCACION</b>		<b>NIVEL</b> No escotariz. <input type="checkbox"/>		<b>GRADO CURSO</b>		<b>AÑOS APROBADOS</b>		<b>PROBLEMAS EN LA ESCUELA</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		<b>AÑOS REPETIDOS</b> Causa _____		<b>VIOLENCIA ESCOLAR</b> Acoso o Bullying <input type="checkbox"/>		<b>DESERCIÓN/EXCLUSIÓN</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____		<b>EDUCACION NO FORMAL</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____			
Centro de Estudio _____		Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		_____		_____		_____		_____		_____		_____		_____			
Observaciones																			
<b>TRABAJO</b>		<b>ACTIVIDAD</b>		<b>EDAD INICIO TRABAJO</b>		<b>TRABAJO</b>		<b>TRAB. JUVENIL</b>		<b>HORARIO DE TRABAJO</b>		<b>RAZÓN DE TRABAJO</b>		<b>TRABAJO LEGALIZADO</b>		<b>TRABAJO INSALUBRE</b>		<b>TIPO DE TRABAJO</b>	
<input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> pasantía <input type="checkbox"/> busca 1 vez <input type="checkbox"/> desocupado/a no trabaja y no estudia <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> años		<input type="checkbox"/> horas por semana <input type="checkbox"/> años		<input type="checkbox"/> decente <input type="checkbox"/> precario <input type="checkbox"/> peores formas de trabajo		<input type="checkbox"/> mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c		_____		_____	
Observaciones																			
<b>VIDA SOCIAL</b>		<b>ACEPTACIÓN</b>		<b>PAREJA</b>		<b>violencia en la pareja</b>		<b>Amigos/as</b>		<b>ACTIVIDAD FÍSICA</b>		<b>JUEGOS Y REDES VIRTUALES</b>		<b>OTRAS ACTIVIDADES (incluso grupales)</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____					
aceptado/a <input type="checkbox"/> rechazado/a <input type="checkbox"/> ignorado/a <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>		edad de la pareja años _____ meses _____		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		horas por semana _____		TV _____ horas por día _____		_____					
Observaciones																			
<b>HABITOS/ CONSUMOS</b>		<b>ALIMENTACION ADECUADA</b>		<b>COMIDAS POR DIA CON FAMILIA</b>		<b>TABACO</b>		<b>ALCOHOL</b>		<b>OTRAS SUSTANCIAS/S</b>		<b>CONDUCE VEHICULO</b>		<b>SEGURIDAD VIAL</b>					
SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		_____		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		Frecuente si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Edad de inicio _____ Episodios de abuso si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		cuál? cuáles? _____ Edad de inicio _____ Repercusiones si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones																			
<b>GINECO-UROLOGICO</b>		<b>FECHA ULTIMA MENSTRUACION</b>		<b>CICLOS REGULARES</b>		<b>FLUJO PATOLOGICO/ SECRECIÓN PENEANA</b>		<b>ITS/VIH</b>		<b>Tratamiento</b>		<b>EMBARAZOS</b>		<b>HIJOS/IAS</b>					
MENARCA/ESPERMARCIA años _____ meses _____		no conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/> día _____ mes _____ año _____		si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sid <input type="checkbox"/> Cuál? _____ Busqueda de contactos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sid <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sid <input type="checkbox"/> Tratamiento de contactos <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> sid <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>					
Observaciones																			
<b>SEXUALIDAD</b>		<b>PAREJA SEXUAL</b>		<b>EDAD INICIO REL. SEX.</b>		<b>DIFICULTADES EN REL. SEX.</b>		<b>ANTICONCEPCION</b>		<b>Inicio MAC</b>		<b>Consejería</b>		<b>ACO de Emergencia</b>		<b>Prueba de VIH</b>			
RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no hetero <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c		años _____ bajo coerción <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>		uso habitual de condón <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones																			
<b>SITUACION PSICO-EMOCIONAL</b>		<b>IMAGEN CORPORAL</b>		<b>ESTADO DE ANIMO</b>		<b>REFERENTE ADULTO</b>		<b>PROYECTO DE VIDA</b>		<b>REDES SOCIALES DE APOYO</b>		<b>REFERENTE ADULTO</b>							
<input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> muy triste <input type="checkbox"/> muy alegre		<input type="checkbox"/> retraído/a <input type="checkbox"/> ideas suicidas (referencia inmediata) <input type="checkbox"/> ansioso/angustiado/a <input type="checkbox"/> hostil/agresivo/a		<input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar		<input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente		<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		Cet: _____ Tel: _____							
Observaciones																			
<b>EXAMEN FISICO</b>		<b>PESO (Kg)</b>		<b>DZ IMC/edad</b>		<b>IMC</b>		<b>PIEL, FANERAS Y MUCOSA</b>		<b>CABEZA</b>		<b>AGUDEZA VISUAL</b>		<b>AGUDEZA AUDITIVA</b>		<b>SALUD BUCAL</b>		<b>CUELLO Y TIROIDES</b>	
ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		_____		_____		Bajo Peso = < 18.5 Normal = 18.5 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0 - 29.99 Obeso = > 30.0		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
<b>TORAX Y MAMAS</b>		<b>CARDIO-PULMONAR</b>		<b>PRESION ARTERIAL</b>		<b>ABDOMEN</b>		<b>GENITO-URINARIO</b>		<b>TANNER</b>		<b>COLUMNA</b>		<b>EXTREMIDADES</b>		<b>NEUROLOGICO</b>			
<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		_____ / _____		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>			
Observaciones																			
IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL																			
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																			
Responsable _____ Nombres y Apellidos _____ Firma _____ Fecha _____ día _____ mes _____ año _____																			

Hoja de Evolución Clínica										ESTABLE CIMENTADO					H.C. Nº								
<b>EVOLUCION</b> Nº		<b>EDAD</b>		<b>ACOMPAÑANTE</b>						<b>ESTUDIOS</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b>									
FECHA		años meses		solo/a		madre		padre		ambos		ninguno		casado/a		soltero/a		otro		No conoce		no corresponde.	
dia mes año		años meses		pareja		amigola		pariente		otros		secund.		univiera.		unido/a		separado/a		dia mes año		dia mes año	
<b>EXAMEN FISICO</b>		<b>PESO (Kg)</b>		<b>DZ IMC/edad</b>		<b>IMC</b>		<b>PIEL, FANERAS Y MUCOSA</b>		<b>CABEZA</b>		<b>AGUDEZA VISUAL</b>		<b>AGUDEZA AUDITIVA</b>		<b>SALUD BUCAL</b>		<b>CUELLO Y TIROIDES</b>					
ASPECTO GENERAL		TALLA (Cm)		DZ Talla/edad		Bajo Peso = <18.5 Normal=18.5 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0-29.99 Obeso = > 30.0 DZ IMC		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					
normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO							
normal anormal		normal anormal		FRECUCENCIA CARDIACA		normal anormal		normal anormal		mamas vello pub. genitales		normal anormal		normal anormal		normal anormal							
normal anormal		normal anormal		FRECUCENCIA RESP. / TEMP.		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal							
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:													
1										1													
2										2													
3										3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																							
DIAGNOSTICO INTEGRAL																							
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																							
Responsable		Nombres y Apellidos								Firma				Fecha próxima visita		dia mes año							

EVOLUCION										ESTABLE CIMENTADO					H.C. Nº								
<b>EVOLUCION</b> Nº		<b>EDAD</b>		<b>ACOMPAÑANTE</b>						<b>ESTUDIOS</b>		<b>ESTADO CIVIL</b>		<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b>									
FECHA		años meses		solo/a		madre		padre		ambos		ninguno		casado/a		soltero/a		otro		No conoce		no corresponde.	
dia mes año		años meses		pareja		amigola		pariente		otros		secund.		univiera.		unido/a		separado/a		dia mes año		dia mes año	
<b>EXAMEN FISICO</b>		<b>PESO (Kg)</b>		<b>DZ IMC/edad</b>		<b>IMC</b>		<b>PIEL, FANERAS Y MUCOSA</b>		<b>CABEZA</b>		<b>AGUDEZA VISUAL</b>		<b>AGUDEZA AUDITIVA</b>		<b>SALUD BUCAL</b>		<b>CUELLO Y TIROIDES</b>					
ASPECTO GENERAL		TALLA (cm)		DZ Talla/edad		Bajo Peso = <18.5 Normal=18.5 - 24.99 Sobrepeso = > 25.0-29.99 Obeso = > 30.0 DZ IMC		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					
normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal					
TORAX Y MAMAS		CARDIO-PULMONAR		PRESION ARTERIAL		ABDOMEN		GENITO-URINARIO		TANNER		COLUMNA		EXTREMIDADES		NEUROLOGICO							
normal anormal		normal anormal		FRECUCENCIA CARDIACA		normal anormal		normal anormal		mamas vello pub. genitales		normal anormal		normal anormal		normal anormal							
normal anormal		normal anormal		FRECUCENCIA RESP. Y TEMP.		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal		normal anormal							
Motivos de consulta según adolescente:										Motivos de consulta según acompañante:													
1										1													
2										2													
3										3													
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																							
DIAGNOSTICO INTEGRAL																							
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																							

Guía para la Atención Integral de las

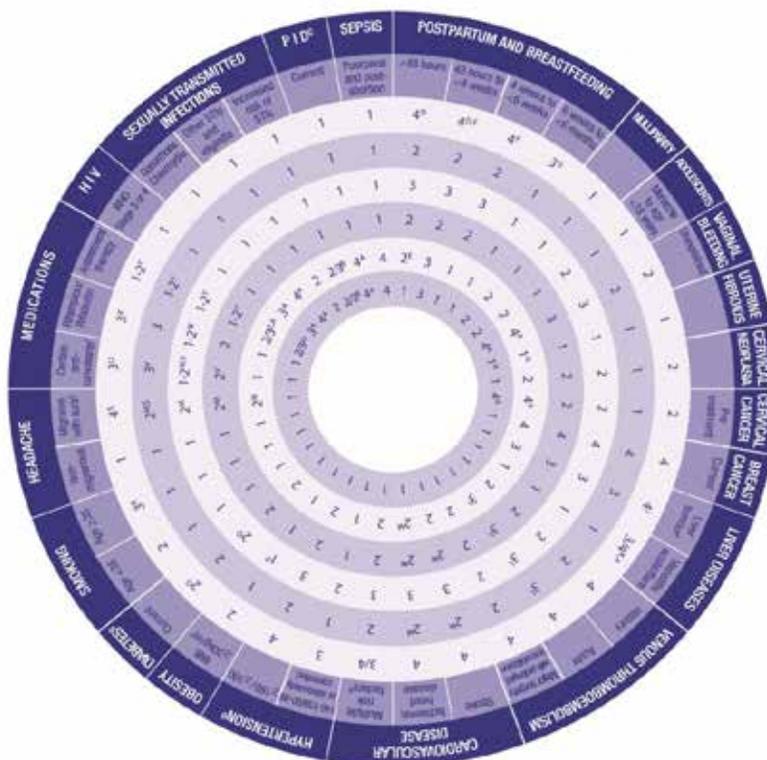






- **Subsecuente:** En esta columna se escribe una X para registrar a aquellas usuarias que acuden al MINSA a su 2da consulta o más, para recibir un método de Planificación Familiar. En la columna "Subsecuente" se incluye a: \* Usuarias del MINSA que cambian de un método anticonceptivo a otro, \* Usuarias del MINSA que dejaron de planificar por un tiempo y desean reinician el uso de un método anticonceptivo; \* Usuarias del MINSA que reinicia planificación familiar después de un evento obstétrico (parto, cesárea, aborto, ectópico); \* Usuarias del MINSA que cambian de domicilio.
- **Citología Cervical:** En esta columna se escribe la fecha en que se realizó el papanicolao (PAP) cuando la fecha es mayor a un año, con respecto a la fecha en que se está actualizando el "Censo de Usuarias de Planificación Familiar", se debe promover la realización del mismo.
- **Factores de Riesgo Reproductivo:** En esta columna se escribe SI O NO para registrar si la usuaria tiene alguno de los siguientes Factores de Riesgo Reproductivo: a) Antecedentes Generales: \* Factores socio-económicos, \* Edades extremas de la vida reproductiva (menor de 20 años o mayor de 35 años de edad), \* Peso corporal (obesa con 29.0 de Índice de Masa Corporal / desnutrida con menos de 19.8 de Índice de Masa Corporal), \* Talla baja (menor de 1.50 metros de estatura), \* Trastornos genéticos personales o familiares, \* Trabajo con predominio físico. b) Antecedentes patológicos personales: \* Diabetes, Hipertensión Arterial, Nefropatías, Cardiopatías, \* Várices, Infecciones de Transmisión Sexual, Hábitos de fumado, alcoholismo, drogas, \* Patologías Ginecológicas, Cáncer, etc., c) Antecedentes Obstétricos Patológicos: \* Primípara o gran múltipara, \* Intervalo intergenésico menor de 2 años, \* Prematurez, \* Embarazo prolongado, Aborto, Cesárea, Embarazo Ectópico, \* Hemorragia o infección pos parto, \* Muertes perinatales o neonatales, etc. y en observaciones anotar el factor de riesgo.
- **Tipo de Método:** Se marca con una X la columna del método correspondiente a la usuaria: GO si la usuaria utiliza gestágenos orales, EQV si la usuaria se ha efectuado una esterilización quirúrgica, DIU si la usuaria usa el dispositivo intrauterino "T de Cobre", Condón si la usuaria usa protección dual, Inyectables mensual o Trimestral según corresponda y Otros en el caso que la usuaria utilice los métodos naturales (MELA, Ritmo, Collar, etc.).
- **Cambio de Método:** En esta columna se registra si la usuaria ha efectuado cambio del método anticonceptivo, escribiendo el nombre del nuevo método a usar. En caso de que no se ha efectuado un cambio de método anticonceptivo, esta columna se deja en blanco.
- **Fecha de próxima cita:** Esta columna se divide en 12 sub columnas que corresponden a los 12 meses del año. Cada sub columnas se consigna con la letra inicial (escrita en mayúscula) del mes correspondiente.\* Se escribe con lapicero la fecha del día del mes correspondiente en el que la usuaria acude a su cita.\* Se escribe en lápiz de grafito, la fecha del día del mes siguiente a la cita actual, en el que se espera la próxima asistencia de la usuaria, según el método que está utilizando.
- **Observaciones:** En esta columna se registra, el o los factores de riesgo reproductivo identificados en la usuaria o cualquier otro comentario que se considere de relevancia en el uso del método.
- Las **SIGLAS** utilizadas en este instrumento están descritas debajo de la matriz.

**Anexo No. 6 Disco para determinar los Criterios Médicos de elegibilidad para el Uso de anticonceptivos**



**¿Cómo se utiliza el instrumento?**

El instrumento alinea los métodos anticonceptivos (disco interno) con los diferentes trastornos médicos (disco externo). Los números que aparecen en la ranura indican si una mujer con un determinado trastorno puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo correspondiente:

- 1 = Sí:** se puede utilizar el método en cualquier circunstancia
- 2 = Sí:** generalmente se puede utilizar el método
- 3 = No:** habitualmente no se recomienda el método, a no ser que no haya otros métodos más apropiados disponibles o aceptables
- 4 = No:** NO se utilizará el método

Las categorías 1 y 4 son recomendaciones claramente definidas. Las categorías 2 y 3 requieren más elementos clínicos de juicio y pueden necesitar un seguimiento cuidadoso. Si la capacidad clínica es limitada, las categorías 1 y 2 significan que se puede utilizar el método, mientras que las categorías 3 y 4 significan que no se debe utilizar.

**Trastornos sin restricciones:** hay muchos trastornos médicos en los que se pueden utilizar TODOS los métodos (es decir, todos los métodos están incluidos en las categorías 1 o 2). Estos trastornos figuran al dorso del instrumento.

**Anexo No. 7 Consentimiento Informado para el procedimiento de inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)**

**Ministerio de Salud**

**Consentimiento Informado para el procedimiento de inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)**

**SILAIS** \_\_\_\_\_ **Unidad de Salud** \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital de la usuaria

Documento de Identidad No.:

**Anexo No. 8 Consentimiento Informado para efectuar Esterilización Quirúrgica**

**MINISTERIO DE SALUD**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA REALIZAR ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA**

Unidad de Salud \_\_\_\_\_ **SILAIS** \_\_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Firma o Huella digital de la usuaria

Documento de identidad No.:



**Anexo No. 10 Listas de Chequeo para la Medición de Estándares e Indicadores de PF incluye PF de intervalo, APEO)**

Basado en la Norma y Protocolo de PF se aplicarán las listas de chequeo por cada indicador establecido en los estándares de calidad de PF. Cada número corresponde a un expediente de usuaria a quien se le brindó un MAC de acuerdo a la Norma. Registre el número del expediente. Anotar 1 en la casilla correspondiente si el criterio evaluado es satisfactorio (Se Cumple). Si el criterio no es satisfactorio (No Se Cumple), anotar 0. El Promedio, se obtiene de dividir el Total de Expediente Cumple (1) entre el Total de Expedientes Monitoreados x 100. Este promedio se debe analizar en conjunto y nos servirá para la realización de Ciclos Rápidos de Mejora Continua y superar los fallos en la Calidad de Atención.

1. Porcentaje de usuarias que recibieron el MAC acorde con los criterios establecidos en la norma y protocolo de PF.

Número de Expediente																						
Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	% de cumplimiento	
Usuaris que recibieron el método anticonceptivo acorde con los criterios establecidos en la Norma y Protocolo de PF																						

2. Porcentaje de usuarias que recibieron información sobre protección dual.

Número de Expediente																						
Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	% de cumplimiento	
Usuaris que recibieron información sobre protección dual																						

3. Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su egreso.\*\*
4. Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que egresaron con un método artificial de PF.\*\*

Número de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF antes de su ingreso	
Número de usuarias Postevento obstétrico que egresaron con un método artificial	
<b>Número de usuarias Postevento obstétrico</b>	

<b>egresadas en el mes</b>	
----------------------------	--

\*\*Los indicadores 3 y 4 corresponden a la anticoncepción Postevento obstétrico, estos datos se encuentran disponibles en la base de datos de APEO. Se monitorean de forma mensual en las unidades que atienden eventos obstétricos.

**Procedimiento para monitorear:** Transcriba de la base de datos de APEO la información que corresponda a la consejería y al uso de MAC artificiales.

5. Porcentaje de usuarias Postevento obstétrico que recibieron consejería en PF y pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado\*\*

Número de usuarias que pueden mencionar al menos dos beneficios y dos cuidados del MAC seleccionado	
<b>Número de usuarias encuestadas</b>	

\*\*Este indicador se toma de la dimensión de la calidad relacionada con el conocimiento en la encuesta de satisfacción de usuarias, la que el MINSA orienta realizar cada tres meses en todas las unidades de salud.

**Procedimiento a monitorear:** Transcriba el dato de la dimensión de la calidad referida al conocimiento, indagando en la encuesta de satisfacción de las usuarias.

6. Porcentaje de víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH

Número de Expediente																						
Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	% de cumplimiento	
Víctimas de violencia sexual que recibieron anticoncepción de emergencia y profilaxis para las ITS/VIH																						

7. Porcentaje de usuarias que reciben servicios de PF que se le llena la Historia Clínica o la Historia Integral de la/el Adolescente con todas las actividades normadas.

Número de Expediente																						
Criterio	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	% de cumplimiento	
Expedientes clínicos de PF que incluye la Historia Clínica o la Historia Integral de la/el Adolescente de acuerdo a lo establecido en la norma de PF																						

8. Porcentaje de usuarias que asisten regularmente de acuerdo a cita según MAC elegido\*\*

Número de usuarias que acudieron a su cita	
<b>Número de usuarias citadas en el periodo (mes)</b>	

\*\*Este **indicador** se monitorea de forma mensual, considerando el método anticonceptivo utilizado y la comunidad de donde proviene la usuaria. Este indicador se deberá medir en las unidades de salud de primer nivel y en las IPSS.

**Procedimiento para monitorear:** Localice en el censo de usuarias de PF a las usuarias citadas en el periodo a monitorear y verifique cuántas de ellas acudieron a su cita; esto representa la adherencia al uso de un MAC.

9. Porcentaje de usuarias con EQV a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF\*\*

Número de Expediente																						
Criterios	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	% de cumplimiento	
Usuaris con OTB a quienes se les cumplieron las indicaciones establecidas en la norma y protocolo de PF como:																						
<b>Toda mujer que tenga paridad satisfecha incluyendo:</b>																						
• Las que tengan hijos, o tengan pocos hijos																						
• No tengan el permiso del esposo																						
• Sean jóvenes con paridad satisfecha																						
• Acaben de tener un parto (en los últimos 7 días)																						
• Estén amamantando																						
• Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral																						
<b>Tengan consentimiento informado</b>																						

\*\*En este indicador con uno de los primeros cuatros criterios mencionados que se cumpla más el criterio de consentimiento informado se considera que el expediente cumple.

**Anexo No. 11 Bases de datos del Programa de Planificación Familiar.**

Las bases de datos son:

1. Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar.
2. Matriz de PF de Intervalo.
3. Consolidado APEO por mes por unidad de salud.
4. Consolidado de APEO del SILAIS.

A continuación se presenta cada una de las matrices y su instructivo para el llenado correcto.

**Cuadro No. 1 Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar**

República de Nicaragua													
Ministerio de Salud													
Matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar													
Unidad de Salud:		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
1 Num	No. de usuarias que recibieron el MAC acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF.												
1 Den	Total de expedientes clínicos revisados.												
1 Ind	% de expedientes de usuarias que recibieron el método anticonceptivo acorde a los criterios de elegibilidad Médica establecidos en la Norma de PF.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
2 Num	No. de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual.												
2 Den	Total de expedientes clínicos revisados.												
2 Ind	% de usuarias de PF que recibieron información sobre protección dual.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
3 Num	No. de usuarias que asistieron regularmente a su cita de PF según método anticonceptivo en uso.												
3 Den	Total de usuarias citadas en el periodo												
3 Ind	% de usuarias que asistieron regularmente a su cita de PF según método anticonceptivo en uso.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
4.1 Num	No. de puérperas que recibieron consejería en PF antes de su egreso de la unidad de salud.												
4.1 Den	Total de puérperas egresadas.												
4.1 Ind	% de puérperas que recibieron consejería en PF antes de su egreso de la unidad de salud.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
4.2 Num	No. de puérperas que egresaron con un método anticonceptivo artificial.												
4.2 Den	Total de puérperas egresadas.												
4.2 Ind	% de puérperas que egresaron con un método anticonceptivo artificial.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
4.3 Num	No. de usuarias que recibieron consejería en PF y pueden mencionar 2 beneficios y 2 cuidados del método anticonceptivo seleccionado.												
4.3 Den	Total de usuarias encuestadas.												
4.3 Ind	% de usuarias que recibieron consejería en PF y pueden mencionar 2 beneficios y 2 cuidados del método anticonceptivo seleccionado.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A
5 Num	No. de mujeres a quienes se les realizó una Esterilización Quirúrgica Voluntaria, cumpliendo con los criterios establecidos en la Norma de PF.												
5 Den	Total de esterilizaciones quirúrgicas realizadas.												
5 Ind	% de usuarias de esterilización quirúrgica en quienes se cumplieron los criterios establecidos en la Norma de PF.	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A	#/N/A

## Instructivo para el llenado de la matriz para el registro del monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar

República de Nicaragua - Ministerio de Salud			
Base de datos para el monitoreo de Indicadores de Calidad en la atención de Planificación Familiar			
Instructivo para el uso de la base de datos			
Esta base se ha diseñado con el propósito de facilitar el análisis del cumplimiento de los indicadores de calidad en la atención de Planificación Familiar que se brinda en las Unidades de salud.			
La fuente de información es la lista de chequeo de los indicadores de calidad en la atención de PF.			
La base de datos está organizada de la siguiente manera:			
1. Hojas electrónicas de vaciamiento de datos( esta base contiene 22 hojas, cada hoja corresponde a una unidad de salud)			
2. Hoja de consolidado			
3. Gráficos			
<b>I: Hoja de vaciamiento de datos</b>			
Los datos que se registran en esta hoja corresponden a los resultados del monitoreo obtenido a través de la revisión de expedientes clínicos, tarjetero o censo gerencial de PF y encuesta de satisfacción de usuarias de servicios de PF en las unidades de salud.			
La hoja contiene celdas para 7 indicadores, dado que el indicador 4 está sub dividido en 4.1, 4.2 y 4.3. Encontrará celdas coloreadas que permiten diferenciar visualmente el numerador, denominador y el porcentaje del indicador construido:			
Numerador :	color celeste		
Denominador:	color verde		
Indicador expresado en Porcentaje:	cuyo color va a depender del valor obtenido, y los rangos para cada uno son los		
	86 a 100 verde	70 a 85.99 amarillo	0 a 69.99 rojo
<b>NO INGRESE DATOS EN ESTAS CELDAS SE ENCUENTRAN BLOQUEADAS</b>			
<b>Consideraciones Generales</b>			
Primero ingrese en la celda correspondiente al mes monitoreado el dato del numerador y luego el dato que corresponde al denominador.			
El indicador 3 refleja la adherencia de las usuarias al servicio de planificación familiar.			
En el numerador de este indicador, se registra el numero de usuarias que acudieron a su cita según método y en el denominador el total de usuarias citadas en ese período. La fuente de esta información es el tarjetero o el censo gerencial de PF.			
Los indicadores 4.1 y 4.2 referentes a la Anticoncepción Post-evento Obstétrico (APEO), solo deben ser transcritos desde la tabla de APEO.			
<b>2: Hoja de consolidado</b>			
Esta hoja consolida automáticamente los datos ingresados en las hojas electrónicas correspondientes a cada Unidad de Salud, que sirven de fuente para la elaboración de los gráficos. <b>Esta hoja se encuentra protegida, por lo que no se podrán realizar cambios en las celdas correspondientes a los</b>			
<b>3. Gráficos:</b>			
Se encuentran diseñados gráficos de tendencia para cada indicador, a los que puede acceder por el nombre anotado en la pestaña del Archivo Excel. En la plantilla del gráfico, podrá apreciar el numerador y denominador del indicador.			
<b>Los gráficos deben tener:</b>			
<b>1. Título claro y bien definido:</b> que exprese quién, qué, cuándo, y dónde.			
<b>2. Eje X e Y etiquetados:</b> deben incluir una “escala” como 0 – 100% y una “etiqueta” que describa las variables o indicadores representados por los ejes.			
<b>3. Definición del denominador:</b> El universo o muestra definida para la evaluación. <i>Ejemplo:</i> Total de expedientes clínicos revisados.			
<b>4. Definición del numerador:</b> Es el numero de casos que cumplen con la especificación buscada dentro del universo o muestra definida del total de la muestra o universo <i>Ejemplo:</i> Número de usuarias que recibieron el MAC acorde a los criterios de elegibilidad médica establecidos en la Norma de PF.			
<b>5. Fuente de los datos:</b> una breve descripción de la fuente de los datos (por ejemplo, expedientes clínicos, censo gerencial de PF, encuestas de satisfacción de usuarias, cuaderno de registro de APEO, Estadísticas municipales etc.)			
<b>6. El número de sitios que contribuyen al reporte en cada período de medición:</b> Para cada uno de los puntos en el gráfico, se debe presentar el número total de sitios incluidos en la medición.			
<b>7. Anotar cambios clave analizados:</b> Deben anotarse los cambios <i>clave</i> y otros eventos <i>clave</i> que podrían explicar los resultados obtenidos. Esto será simbolizado a través de un icono en el cual se incluye un numero siguiendo un orden secuencial, acorde a los cambios realizados, ubicándolos en el gráfico, en el punto correspondiente al mes en el cual se produjo el cambio. <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">1</span> <span style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 2px;">2</span>			
<b>8. Anotar las fallas identificadas:</b> Las fallas en la calidad se reflejan como puntos descendientes en los gráficos de tendencia, éstos puntos deben ser señalizados con iconos en el cual se incluya una letra del alfabeto, siguiendo un orden secuencial, ubicándolos en el gráfico, en el punto correspondiente al mes en el cual se produjo la falla.  			

**Cuadro No. 2 Matriz de PF de Intervalo**

República de Nicaragua																												
Ministerio de Salud																												
Tablas de registro de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos																												
Tabla de Control de Fertilidad																												
Unidad de Salud:	enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		total			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
Ingreso Real	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Ingreso al Programa	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Captación	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####	0	####
Subsecuentes	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Total de Usuaris del período	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
DIU	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Gestágenos orales	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Inyectable mensual	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Inyectable trimestral	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Condomes	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
MELA	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
EQV	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Total de Usuaris por Método	0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0		0	
Tabla de Doble Protección																												
Usuaris que además del método primario llevaron condones	enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		enero			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%		
	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	####	0	####
Tabla de Consumo de Métodos Anticonceptivos																												
Métodos Anticonceptivos	enero		febrero		marzo		abril		mayo		junio		julio		agosto		septiembre		octubre		noviembre		diciembre		enero			
	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.			
DIU																										0		
Gestágenos orales																											0	
Inyectable mensual																											0	
Inyectable trimestral																											0	
Condomes																											0	

**Instructivo para el llenado de la Matriz de PF de Intervalo**

<p><b>República de Nicaragua</b></p> <p><b>Ministerio de Salud</b></p> <p><b>Matriz de Planificación Familiar a Intervalo</b></p> <p><b>Registro de datos de Control de Fertilidad y Consumo de Métodos Anticonceptivos</b></p>
<p>La presente base de datos es de utilidad para los gerentes de las Unidades de Salud de atención primaria en el análisis mensual de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información del número de usuarias que acuden a los servicios de planificación familiar de intervalo y número de métodos consumidos en el mismo periodo.</li> <li>• Comportamiento de la demanda insatisfecha de PF a través del dato del "Ingreso Real" en la captación de usuarias.</li> <li>• Tendencia de uso de la doble protección mediante el registro de las usuarias que llevan condón además del MAC primario.</li> </ul>
<p>La base está estructurada en tres tablas, cuyas fuentes de información son:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reporte de la serie cronológica del Departamento de Estadísticas.</li> <li>• Datos de consumo del Sistema de Información para la Gestión Logística de los Insumos Médicos(SIGLIM).</li> </ul>
<p><b>Tabla Control de Fertilidad</b></p> <p>Registre:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Usuarias atendidas en la unidad de salud y aquellas que reciben el método a través de la entrega comunitaria de métodos anticonceptivos. Clasificándolas en captación y subsecuente.</li> <li>• Tipo de método anticonceptivo que utilizan.</li> <li>• Esterilizaciones Quirúrgicas Voluntarias en aquellas unidades donde se efectúa este procedimiento.</li> </ul> <p>Esta tabla consta de 13 filas y 14 columnas:</p> <p>En la primer columna se consigna el tipo de consulta y los tipos de métodos anticonceptivos ofertados en el MINSA. Las 12 columnas restantes corresponden a los meses del año. Cada mes a su vez consta de dos sub-columnas, en la primer sub-columna se registra el número de usuarias por tipo de consulta y por método en uso; en la segunda sub-columna aparecerá de forma automática el porcentaje correspondiente, NO INSERTE DATOS.</p> <p>La columna 14 consolida lo acumulado.</p>
<p><b>Tabla Doble Protección :</b></p> <p>Registre por mes a las usuarias que además del método anticonceptivo primario llevaron condones.</p>
<p><b>Tabla Consumo de Métodos:</b></p> <p>Registre el dato de consumo de cada método anticonceptivo entregado a la usuaria por mes.</p> <p>Para el análisis de esta información se ha diseñado una escala de dos colores que aparecen de forma automática en correspondencia al consumo esperado por tipo de método prescrito a las usuarias:</p> <p>El verde indica que el valor de consumo se encuentra dentro del rango esperado; el rojo indica que el valor de consumo se encuentra fuera del rango esperado.</p> <p>El consumo esperado de acuerdo a disposición del Ministerio de Salud es:</p> <p>Gestágenos orales, un ciclo en usuarias de captación y tres ciclos a usuarias subsecuentes.</p> <p>Inyectables mensuales y trimestrales: una ampolla por usuaria.</p> <p>DIU: un dispositivo por usuaria.</p> <p>Condones: 15 unidades para usuarias en captación y 45 unidades para las subsecuentes. Aquí se incluye la cantidad de condones entregados a las usuarias que llevan doble protección.</p>

**Cuadro No. 3 Consolidado APEO por mes por unidad de salud**

República de Nicaragua																						
Ministerio de Salud																						
Anticoncepción Post-Evento Obstétrico																						
Registro de Consejería y Métodos Anticonceptivos por Evento Obstétrico																						
Unidad de Salud:				Mes:								Año:										
1 Tipo de evento obstétrico	2 Consejería Brindada		3 Ningún Método		4 Métodos Temporales										5 Método		6 Total de eventos obstétricos		7 % de usuarias egresadas con método, de las que recibieron consejería		8 Total de métodos por evento obstétrico	
					Natural		Condón		DIU		Hormonales				EQV							
											Inyectables		Orales									
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Post-parto (excluir óbitos)	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
Trans o post-cesárea (excluir óbitos)	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
Post-aborto	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
Post-óbito (vaginal o cesárea)	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
Post-embarazo ectópico	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
Post-embarazo molar	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	#####	0	#####	#j DIV/0!	0	#####		
<b>Total</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>	<b>0</b>	<b>#####</b>		
% Usuaris por tipo de MAC			#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!	#j DIV/0!							
Registro de Eventos Obstétricos		Registro de las adolescentes				Registro de la Satisfacción del Método Anticonceptivo Elegido desde la APN																
Evento obstétrico	Número	Púerperas Adolescentes		No	%	No. de puerperas a quienes se les entrega, realiza y/o aplica antes de su egreso el método elegido durante su atención prenatal.																
Partos		Grupo de 10 a 14 años			#####	Total de púerperas que en su ingreso tenían registro en la HCP o en la hoja de referencia el método elegido durante su atención prenatal.																
Cesáreas		Grupo de 10 a 14 años que egresa con un MAC			#####	% de púerperas a quienes se les satisface su demanda por método elegido.																
Abortos		Grupo de 15 a 19 años			#####	% de púerperas que egresan con MAC artificial																
Óbitos		Grupo de 15 a 19 años que egresa con un MAC			#####	#j DIV/0!																
Embarazo ectópico		% de púerperas adolescentes		0	#####																	
Embarazo molar		% de púerperas adolescentes que egresan con MAC		0	#####																	
TOTAL	0	Ningún Método																				
		Natural																				
		Condón																				
		DIU																				
		Inyectable Mensual																				
		Inyectable Trimestral																				
		Gestágenos Orales																				
		EQV																				
		Total		0																		

## Instructivo del Consolidado APEO por mes por unidad de salud

<b>Base de Datos Anticoncepción Post- Evento Obstétrico (APEO)</b>
<p>La presente base de datos es de utilidad para el consolidado de las actividades de consejería y entrega de métodos anticonceptivos (MAC) por tipo de evento obstétrico, que se brindan a las mujeres que concluyen un embarazo (puérperas) en las unidades de salud, facilitando el análisis de la información para la vigilancia sistemática de la calidad de atención.</p>
<p>La base consta de cuatro tablas, cuya fuente de información es el cuaderno de registro de APEO.</p>
<p>A continuación se describe el llenado correcto de cada una de ellas:</p>
<p>Los datos que deben ser primeramente ingresados son los de la tabla de "<b>Registro de Eventos Obstétricos</b>", debido a que el ingreso de estos datos permite la activación de las fórmulas en las tablas de "<b>Registro de Consejería y Métodos Anticonceptivos por Evento Obstétrico</b>" y "<b>Registro de las adolescentes</b>". Registre el número total de cada tipo de evento obstétrico ocurrido en un mes. Los tipos de evento obstétrico enlistados son: parto vaginal, cesárea, aborto, embarazo ectópico y embarazo molar. Cabe destacar que el ÓBITO y la MOLA tienen un acápite individual, dado que son condiciones clínicas que deben ser consideradas de forma especial con relación al uso de MAC.</p>
<p>Una vez ingresados estos datos, continúe con el llenado de la tabla "<b>Registro de Consejería y Métodos Anticonceptivos por Evento Obstétrico</b>", esta registra la consejería y los métodos anticonceptivos por cada tipo de evento obstétrico atendido, los datos obtenidos permiten relacionar la elección de un método con la eficacia de la consejería. Consta de ocho columnas:</p> <p><b>Columna 1 - Tipos de evento obstétrico</b>, enlista los tipos de evento: Post-parto (excluir óbitos), Trans o post-cesárea (excluir óbitos), Post aborto, Post óbito(vaginal o cesárea), Post-embarazo ectópico, Post-embarazo molar.</p>
<p><b>Columna 2 - Consejería brindada</b>, consta de dos sub-columnas, para el registro del número y porcentaje de la consejería brindada por tipo de evento obstétrico. En la primer sub-columna registre el número de usuarias a las que se les brindó consejería. La segunda sub-columna tiene incluida una fórmula de cálculo, por lo que aparecerá de forma automática el porcentaje correspondiente.</p>
<p><b>Columna 3 - Ningún tipo de método</b>, consta de dos sub-columnas. En la primer sub-columna se registra el número de usuarias que eligieron egresar sin método anticonceptivo, por evento obstétrico. La segunda sub-columna tiene incluida una fórmula de cálculo, por lo que aparecerá de forma automática el porcentaje correspondiente.</p>
<p><b>Columna 4 - Métodos temporales</b>, consta de cuatro sub-columnas donde se registran los métodos elegidos por las usuarias de cada tipo de evento obstétrico. Cada sub-columna a su vez permite registrar el número de usuarias y tiene incluida una fórmula de cálculo, por lo que aparecerá de forma automática el porcentaje correspondiente. La celda correspondientes a la columna del DIU, en el post embarazo molar aparece sombreada ya que constituye criterio 3 de elegibilidad en el uso de este método.</p> <p>Las celdas correspondientes a las columnas de inyectable mensual y gestágenos orales en el post parto y post cesarea aparecen sombreadas debido a que constituyen criterio 4 de elegibilidad en el uso de estos métodos.</p>
<p>La columna 5 - <b>Método definitivo</b>, consta de dos sub-columnas. En la primer sub-columna se registra el número de procedimientos de Oclusión tubárica bilateral de acuerdo al evento obstétrico. La segunda sub-columna tiene incluida una fórmula de cálculo, por lo que aparecerá de forma automática el porcentaje correspondiente.</p>
<p><b>Las columnas 6 , 7 y 8 generan datos de forma automática, por lo cual no es necesario ingresar información.</b></p>
<p>La columna 6 - <b>Total de eventos obstétricos</b>, genera el número y porcentaje correspondiente a la suma de los datos de cada uno de los tipos de evento obstétrico.</p>
<p>La columna 7 - <b>Porcentaje de usuarias egresadas con método de las que recibieron consejería</b>, mide la eficacia de la consejería, expresando el porcentaje de usuarias que eligieron egresar con un método.</p>
<p>La columna 8 - <b>Total de método por evento obstétrico</b>, genera el número y porcentaje resultante de la suma de cada uno de los métodos elegidos por las usuarias.</p>
<p>La tabla: "<b>Registro de las adolescentes</b>" registra los datos relacionados a las puérperas adolescentes, atendiendo a dos grupos de edad; de 10 a 14 años y de 15 a 19 años.</p>
<p>La tabla: "<b>Registro de la Satisfacción del Método Anticonceptivo Elegido desde la APN</b>" es para el registro de la satisfacción del método que la puerpera eligió desde su atención prenatal.</p>
<p><b>Las celdas sombreadas se encuentran bloqueadas ya que contienen fórmulas, para desbloquearlas ubíquese en la hoja luego se va a Formato y da click en Desproteger hoja e ingresa la clave MINSA. Para protegerla, nuevamente se va a Formato y da click en Proteger hoja ingresando la misma Clave.</b></p>

**Cuadro No. 4 Consolidado APEO por SILAIS**

República de Nicaragua													
Ministerio de Salud													
Consolidado de datos de APEO por SILAIS													
Municipio:		enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio	julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
1 Num	No. de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar												
1 Den	Total de puérperas egresadas												
1 Ind	% de puérperas que recibieron consejería en planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
2 Num	No. de puérperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Den	Total de puérperas egresadas.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2 Ind	% de puérperas que egresaron con un método artificial de planificación familiar	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
3 Num	No. de puérperas que egresaron sin método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 Den	Total de puérperas egresadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
3 Ind	% de puérperas que egresaron sin método de planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
4 Num	No. de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 Den	Total de puérperas egresadas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
4 Ind	% de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
5 Num	No. de puérperas que egresaron con método natural												
5 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5 Ind	% de puérperas que egresaron con método natural.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
6 Num	No. de puérperas que egresaron con condón												
6 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6 Ind	% de puérperas que egresaron con condón.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
7 Num	No. de puérperas que egresaron con DIU.												
7 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7 Ind	% de puérperas que egresaron con DIU.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
8 Num	No. de puérperas que egresaron con inyectable mensual.												
8 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8 Ind	% de puérperas que egresaron con inyectable mensual.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
9 Num	No. de puérperas que egresaron con inyectable trimestral.												
9 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
9 Ind	% de puérperas que egresaron con inyectable trimestral.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
10 Num	No. de puérperas que egresaron con gestágenos orales.												
10 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 Ind	% de puérperas que egresaron con gestágenos orales.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
11 Num	No. de puérperas a quienes se les realizó EQV antes de su egreso.												
11 Den	Total de puérperas que egresaron con algún método de planificación familiar.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11 Ind	% de puérperas que egresaron con EQV.	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A
12 Num	No. de puerperas a quienes se les entrega, realiza y/o aplica antes de su egreso el método elegido durante su atención prenatal.												
12 Den	Total de puérperas que en su ingreso tenían registro en la HCPB o en la hoja de referencia el método elegido durante su atención prenatal.												
12 Ind	% de puérperas a quienes se les satisface su demanda por método elegido	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A	#N/A

## Instructivo Consolidado APEO por SILAIS

Esta base se ha diseñado con el propósito de facilitar el análisis de la oferta equitativa de los métodos anticonceptivos a las púerperas atendidas en las Unidades de salud, para el uso de funcionarios de la sede SILAIS.

La fuente de información es la tabla de APEO que llevan las unidades de salud que atienden eventos obstétricos, la cual es reportada mensualmente al SILAIS.

La base de datos consta de tres partes y está organizada de forma secuencial:

1. Hojas de vaciamiento de datos.
2. Hoja de consolidado
3. Gráficos

### I: Hojas de vaciamiento de datos

Los datos que se registran en esta hoja corresponden a la consejería y método con el que egresan las púerperas.

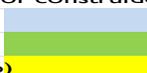
Cada hoja electrónica corresponde a una Unidad de Salud que atiende eventos obstétricos.

La hoja contiene 11 indicadores. Encontrará celdas coloreadas que permiten diferenciar visualmente el numerador, denominador e indicador construido:

Numerador (color celeste)

Denominador (color verde)

Indicador expresado en porcentaje (color amarillo)



#### Consideraciones para el llenado de la hoja de vaciamiento

Primero ingrese los datos del numerador, luego el dato que corresponde al denominador, automáticamente se calculará el cumplimiento del indicador expresado en porcentaje. Tanto el numerador como el denominador se anotarán en la celda correspondiente al mes monitoreado.

En relación al numerador: los datos de 2do y 4to numerador se generan automáticamente una vez que haya ingresado la información correspondiente a cada método. **NO INGRESE DATOS EN ESTAS CELDAS**, porque borrarán las fórmulas.

En relación al denominador: los 4 primeros indicadores tienen como denominador el total de púerperas egresadas en el período. Para el resto de los indicadores, el denominador corresponde al número de púerperas que egresaron con algún método de planificación familiar (naturales y artificiales). Solo en el primer indicador es necesario ingresar el dato que corresponde al denominador, en el resto de los indicadores estos se generan automáticamente. Comience su ingreso de datos sólo en la celda correspondiente al NUMERADOR y a partir de lo que corresponde a métodos naturales. En el resto de las celdas **NO INGRESE DATOS**.

Sólo las celdas correspondientes al porcentaje de cumplimiento del 1er indicador, que se refiere a la consejería, cambiará de colores automáticamente de acuerdo a los valores alcanzados:

rojo: 0%-76%

amarillo: 76% - 89%

verde: 90% - 100%.

Los colores rojo y amarillo reflejan brechas en la calidad.

### 2: Hoja de consolidado

Esta hoja consolida automáticamente los datos ingresados en la hoja electrónica correspondiente a cada Unidad de Salud, que sirven de fuente para la elaboración de los gráficos. **NO INGRESE DATOS EN ESTA HOJA**.

### 3. Gráficos:

Se encuentran diseñados gráficos de tendencia para cada indicador de APEO. Estos permiten además conocer el numerador y denominador del indicador graficado. Se accede a ellos por el nombre anotado en la pestaña del Archivo Excel, e imprimirse si se considera necesario.

**OJO: LAS CELDAS SOMBREADAS TIENEN FORMULAS POR LO QUE NO DEBEN INTRODUCIR DATOS EN ELLAS NI UTILIZAR LA TECLA SUPRIMIR. LAS CELDAS BLANCAS SON EN LAS QUE SE DEBEN INTRODUCIR LOS DATOS.**

# PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

---

## Introducción

La **Planificación Familiar** permite a las personas tener el número de hijos que desean y determinar el intervalo entre embarazos. Se logra mediante la aplicación de métodos anticonceptivos y el tratamiento de la esterilidad e infertilidad.<sup>1</sup>

La **Anticoncepción**, consiste en la utilización de métodos anticonceptivos, que impide la fecundación del óvulo por el espermatozoide, como consecuencia del acto sexual, mediante el uso de medicamentos, dispositivos o métodos naturales que bloquean o alteran uno o más de los procesos de la reproducción de tal forma que el coito pueda realizarse sin fecundación. La efectividad de los métodos, cuando se usa en forma correcta y consistente, aseguran la probabilidad mínima de embarazos no deseados.

Este protocolo aborda exclusivamente los métodos anticonceptivos, particularmente los métodos modernos artificiales, haciendo énfasis en los que provee el Ministerio de Salud (MINSA) a través de su red de servicios. La información provista en los temas actualizados, está basada en la mejor evidencia científica y los mejores niveles de recomendación, proviniendo la mayor parte de su contenido del documento Planificación Familiar, un Manual Mundial para Proveedores, de la Organización Mundial de la Salud, publicado en agosto 2011 en su versión en Inglés y en el 2014 en su versión en Español. La búsqueda de síntesis, guías de práctica clínica, revisiones sistemáticas, metanálisis y otras referencias bibliográficas, fueron obtenidas utilizando el buscador TripDatabase.

**Especialidad:**

Ginecología y Obstetricia.

**Servicio:**

Servicio de Atención Integral a la Mujer

**Nivel de Resolución:**

Primero y segundo nivel de atención

**Fecha de actualización:**

Este protocolo será actualizado entre dos a cuatro años después de su aprobación e implementación.

## Objetivo

### Objetivo General

Estandarizar las acciones de planificación familiar en promoción, prevención, información, educación y oferta de métodos anticonceptivos en todas las unidades de salud, a fin de contribuir a reducir la morbilidad materna y perinatal, de manera que les permita a las parejas o personas tomar una decisión informada acerca de su vida reproductiva, así como el número y espaciamiento de sus embarazos.

### Objetivos Específicos

1. Establecer criterios para el abordaje integral en planificación familiar, que incluyan respeto, promoción de derechos, prevención de violencia y el enfoque de género en los servicios de atención.
2. Proporcionar los lineamientos técnicos basados en evidencia científica actualizada para que las atenciones de planificación familiar, sean brindadas de acuerdo a lo establecido en el presente documento.
3. Contribuir a mejorar la elección libre e informada de hombres, mujeres y parejas en edad fértil, a los métodos anticonceptivos de acuerdo a su opción reproductiva y que más se ajusten a sus necesidades y preferencias.

## Glosario de Términos

- **Aborto:** Es la interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto de la gestación menor de 500gr.
- **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por más de 90 días.
- **Amenorrea por lactancia:** Es la ausencia de la menstruación causada por la lactancia materna, durante el cual la probabilidad de embarazo es menor.
- **Ciclo menstrual:** Es una serie de cambios fisiológicos y cíclicos que afectan al sistema hormonal femenino, los ovarios y el útero.
- **Dismenorrea:** es una irregularidad de la función menstrual. Se caracteriza por períodos dolorosos que aparecen con la menstruación.
- **Edad fértil o reproductiva:** Etapa en la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.
- **Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.
- **Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.
- **Embarazo:** Es una condición de la mujer producto de la concepción, que tiene una duración promedio de 280 días contados a partir del primer día de la última menstruación normal, si se relaciona en meses, decimos que tiene 10 meses lunares ó 9 solares y aproximadamente 40 semanas de gestación<sup>2</sup>.
- **Enfermedad Pélvica Inflamatoria:** Inflamación de la estructura pélvica, útero, ovarios y trompas uterinas.
- **Factor de Riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.
- **Hipertensión arterial:** Cifras de la tensión arterial anormalmente elevadas (mayores de 140/90 mm.Hg)
- **Infección de Transmisión Sexual:** Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.
- **Lactancia Materna:** Alimentación natural del recién nacido que le proporciona los nutrientes necesarios que garantizan su crecimiento y desarrollo. Además, proporciona protección contra enfermedades víricas o bacterianas por medio del traspaso de anticuerpos maternos.
- **Métodos naturales:** Son métodos reversibles de anticoncepción, por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual y absteniéndose de practicarlo (abstinencia periódica) de acuerdo con los periodos fértiles de la mujer.

- **Métodos de barrera:** Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.
- **Métodos anticonceptivos hormonales:** Sustancias o combinación de sustancias esteroides que **administradas** de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.
- **Métodos permanentes:** Son métodos irreversibles de anticoncepción, que impiden la capacidad reproductiva de la persona o de una pareja de forma permanente, a través de un procedimiento quirúrgico, bien sea realizado al hombre o a la mujer.<sup>3</sup>
- **Salud Reproductiva:** Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos.

## Acrónimos

<b>AHC</b>	Anticonceptivos Hormonales Combinados
<b>AMPD</b>	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito
<b>AOC</b>	Anticonceptivos orales combinados.
<b>EQV</b>	Esterilización Quirúrgica Voluntaria
<b>BPN</b>	Bajo Peso al Nacer
<b>CaCu</b>	Cáncer Cérvico Uterino
<b>CME</b>	Criterios Médicos de Elegibilidad
<b>CO</b>	Complicaciones obstétricas
<b>CS</b>	Centro de Salud
<b>DIU</b>	Dispositivo intrauterino
<b>EP</b>	Embolia pulmonar
<b>EPI</b>	Enfermedad Pélvica Inflamatoria
<b>ESAF</b>	Equipo de Salud Familiar y Comunitario
<b>ECMAC</b>	Estrategia de Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos
<b>Fco</b>	Frasco
<b>FDA</b>	Food and Drug Administration
<b>GISI</b>	Grupos Interculturales de Salud Integral
<b>GO</b>	Gestágenos Orales
<b>IHS</b>	Implante Hormonal Subdérmico
<b>IMC</b>	Índice de Masa Corporal
<b>ITS</b>	Infecciones de Transmisión Sexual:
<b>Kg</b>	Kilogramo
<b>LNG</b>	Levonorgestrel
<b>MAC</b>	Métodos Anticonceptivos
<b>MELA</b>	Método de Amenorrea por Lactancia
<b>NET – EN</b>	Enantato de Noretisterona
<b>PA</b>	Presión Arterial
<b>PAE</b>	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia
<b>PBP</b>	Punto de Buena Práctica
<b>PF</b>	Prácticas de Fármaco vigilancia
<b>PS</b>	Puesto de Salud
<b>RCI</b>	Retardo del Crecimiento Intrauterino
<b>SDG</b>	Semanas de Gestación
<b>Sida</b>	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
<b>TCB</b>	Temperatura corporal basal
<b>TEP</b>	Trombo Embolismo Pulmonar
<b>TVP</b>	Trombosis Venosa Profunda
<b>Vs</b>	Versus
<b>VIH</b>	Virus de Inmunodeficiencia Humana
<b>VPH</b>	Virus del Papiloma Humano

## **Población Diana**

Este protocolo será aplicado a mujeres, hombres y parejas en edad fértil del país.

## **Actividades a realizar en la Primera consulta o Captación**

La primera consulta o captación de la usuaria debe ser realizada por personal médico, las consultas subsecuentes pueden ser realizadas por personal de enfermería.

A continuación se enlistan las actividades que deben ser realizadas en la primera consulta:

- Abrir expediente clínico el cual debe tener una historia clínica de ingreso y seguimiento de usuarias al programa de planificación familiar (para mayores de 20 años) o la historia integral de la adolescente y su hoja de evolución (en las menores de 20 años) registrando la información solicitada de forma completa y correcta. El MINSA dispone de ambos formatos que recogen los elementos fundamentales para la consulta inicial y las subsecuentes de las usuarias de planificación familiar.
- Realizar examen físico completo que incluya toma de la presión arterial, pesar a la usuaria y calcularle el Índice de Masa Corporal y clasificar, realizar examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) de acuerdo a la norma de CaCu. En el caso que haya dificultad para la realización del examen pélvico y la toma de la citología cérvico-vaginal en la primera consulta, se pueden diferir para las consultas subsecuentes.
- Valorar el riesgo Reproductivo o Preconcepcional (Ver Tabla # 2: Principales Factores de Riesgo Preconcepcional o Reproductivo).
- Verificar que la usuaria no está embarazada. Para ello, recurrir a la Lista de Verificación de Embarazo, la cual puede complementarse con pruebas de laboratorio confirmatorias cuando sea requerido. (Ver Anexo # 1: Lista de Verificación de Embarazo).
- Valorar los **Criterios Médicos de Elegibilidad** de la OMS para la elección y prescripción del método anticonceptivo, y registrarlo en el expediente clínico de las(os) usuarias(os) tanto en la consulta inicial como en cada visita subsecuente.
- Garantizar la entrega del método anticonceptivo (que se encuentre en la lista básica del MINSA) a usuarias(os), caso no esté disponible en ese momento en la unidad de salud. Por ejemplo garantizar el transporte al hospital a usuarias que soliciten EQV, o de un PS a un CS a usuarias que soliciten un DIU.
- Brindar **consejería en planificación familiar** promoviendo la elección informada y voluntaria del método anticonceptivo.

La consejería en planificación familiar y los criterios médicos de elegibilidad en la elección y prescripción de los métodos anticonceptivos son elementos fundamentales en la prestación del servicio de planificación familiar, por lo cual abordaremos ambos temas con más detalles.

### **Consejería en planificación familiar**

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores de servicios de salud. Es el proceso mediante el cual se ayuda a los(as) usuarios(as) a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. La consejería en planificación familiar ayuda a tomar decisiones no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud.<sup>4</sup>

La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar. La buena consejería contribuye a que los usuarios utilicen la planificación familiar por más tiempo y con mayor éxito. Una buena consejería requiere proveedores capacitados, con una buena actitud, respetuosa y considerada hacia los usuarios y usuarias.

La consejería se distingue de la promoción y la información en que se centra en las circunstancias individuales y en la toma de decisiones del usuario. La consejería incluye promoción, información y educación, pero cada uno de estos elementos por sí solos no es consejería.

El propósito fundamental de la consejería es lograr que, en cada consulta, los individuos y/o las parejas conozcan el derecho que tienen a decidir por sí mismos, de una manera responsable, su vida sexual y reproductiva. Cuando ellos eligen personalmente y sin presiones la forma en que desean regular sus embarazos, es más probable que estén satisfechos y que el uso de cualquier método anticonceptivo (MAC) sea exitoso.

El papel del proveedor de salud es asegurarse que los usuarios conozcan los distintos MAC disponibles, apoyándoles y teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos, de manera que se formen su propia opinión acerca de lo que desean hacer con su fertilidad.

En consecuencia, el proveedor no sólo debe proporcionar información, sino también analizar las circunstancias individuales para colaborar con ellos en la toma de una decisión personal o confirmación de la misma. La consejería debe necesariamente abordar el tema de la comunicación entre la pareja, explorar el tipo de relación de la pareja en términos de frecuencia y prácticas o conductas vinculadas a riesgos para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

Favorecer el ejercicio del individuo, en especial de la mujer, de decidir utilizar un método anticonceptivo es un derecho que “empodera”, ya que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre su propia salud y sobre el sistema de salud. Para las mujeres, esa capacidad empieza por las decisiones que afectan su cuerpo como sujeto, por ello la PF contribuye a la equidad de género.

### **Consejería balanceada** <sup>5, 6</sup>

La consejería balanceada consiste en diagnosticar las necesidades de planificación familiar de usuarios/as y ofrecer la misma cantidad de información inicial sobre todos los métodos anticonceptivos disponibles, para que luego la persona elija el método que

considere más conveniente. Debe utilizarse complementariamente con el **ACCEDA**. (Ver Anexo # 2: ACCEDA. Seis pasos básicos de la orientación en la anticoncepción)

La consejería balanceada tiene tres momentos:

**a) Diagnóstico de necesidades (pre-elección):** Se crean las condiciones que pueden ayudarle al usuario/a a seleccionar un método de planificación familiar. Se le hacen preguntas básicas y se muestran los distintos métodos disponibles.

Mediante preguntas y la respuesta se descartan los métodos que no son pertinentes al caso o no responden a las preferencias de usuarias/os. Esto ayuda a evitar dar información sobre métodos que no son relevantes a sus necesidades.

**b) Elección del método por el/la usuario/a:** Se da información más extensa sobre los métodos que no han sido descartados. Esto ayuda al cliente a seleccionar el método más apropiado a sus necesidades. Se pregunta por el método elegido, verificando el proveedor que no haya contraindicaciones y que el método esté disponible en la unidad de salud o en un servicio de referencia.

**c) Abordaje después de la elección (post-elección):** Se da información completa sobre el método seleccionado (cómo funciona, cómo se usa, efectos secundarios y signos de alarma). Se entrega el método o la referencia. Si por algún motivo el/la usuario/a cliente no se decide por el método o no es aconsejable, se regresa al paso anterior de elección del método.

### Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS

Los Criterios Médicos de Elegibilidad recomendados por la OMS proporcionan un adecuado margen de seguridad en el uso de los métodos anticonceptivos y son una guía basada en evidencia. Se han clasificado en las siguientes categorías:

Categorías para la Elegibilidad de Anticonceptivos	
1	Una condición para la cual no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente son mayores que los riesgos teóricos o comprobados.
3	Una condición en la que los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que las ventajas de usar el método.
4	Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Cuarta edición, 2009.

En las siguientes tablas se definen estas categorías para los métodos anticonceptivos temporales y para la esterilización femenina.

### Categorías para Métodos Temporales

Categoría	Con juicio clínico	Con juicio clínico limitado**
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí

<b>2</b>	En general, use el método	(Use el método)
<b>3 *</b>	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables	<b>No</b> (No use el método)
<b>4</b>	No use el método	

Fuente: OMS. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011

\* En circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer puede decidir si ella puede utilizarlo. El proveedor debe considerar la gravedad de la condición y para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

\*\* Como en el caso de los servicios basados en la comunidad (personal comunitario)

### Categorías para Esterilización Femenina

Categoría	Con juicio clínico
<b>Acepta (A)</b>	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
<b>Precaución (P)</b>	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
<b>Demore (D) o Postergue</b>	El uso del método deberá demorarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
<b>Especial (E)</b>	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 para decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario remitir a otro servicio o si se demora por algún motivo.

Fuente: OMS. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011.

En el Anexo # 3: “Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos” se encuentran tablas que resumen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) <sup>7</sup>. Estos criterios son los que serán utilizados para la prescripción de los MAC, tanto en las usuarias de primera vez como en las subsecuentes. Su utilización apropiada mejora la selección correcta/apropiada del MAC y favorece la adherencia. Debe tomarse en cuenta que la usuaria de un MAC específico que inicialmente correspondía a la Categoría 1 de los CME debido a una condición o patología particular, puede automáticamente convertirse para el mismo MAC en Categoría 2, 3 o aún 4, requiriendo con frecuencia el cambio a otro MAC, por lo tanto, en el expediente clínico de las usuarias de MAC, tanto de primera vez como en las subsecuentes, debe evaluarse y registrarse la Categoría a la que corresponde ese MAC para esa usuaria en cada una de las visitas de atención.

## Definición

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

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y las y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo. Con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y tener acceso efectivo, aceptable a un costo razonable y libre de riesgo a los métodos de la regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho de acceder a los servicios adecuados de salud. Se deben de analizar todos los criterios de elegibilidad y las practicas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar.<sup>8</sup>

## Clasificación

**Tabla # 1:** Clasificación de Métodos Anticonceptivos (MAC)

Métodos de planificación familiar	Para la mujer	Para el hombre	Situaciones especiales
Temporales	Naturales como el Ritmo, MELA, Collar	Naturales como la abstinencia y el Coito interruptus	Adolescencia  Después de un evento obstétrico (parto, aborto, cesárea, mola, embarazo ectópico)
	Mecánicos como el DIU	De barrera como el condón masculino	
	Hormonales como la píldora, inyección mensual, inyección trimestral y los implantes hormonales subdermicos <sup>1</sup>		
	De barrera como el condón femenino <sup>a</sup>		Anticoncepción de emergencia
Permanentes	Esterilización Quirúrgica Voluntaria (EQV)	Vasectomía	Perimenopausia

**Fuente:** Adaptado de la tabla "Métodos de planificación familiar que ofrece el Ministerio de Salud (MINSAL)" en: Paquete Pedagógico para desarrollo de competencias de los recursos humanos en salud en la atención de Planificación Familiar, materno infantil y VIH/ Sida. Managua, Nicaragua 2012.

<sup>1</sup> Los implantes hormonales subdermicos y los condones femeninos actualmente no están disponibles en el MINSAL.

## Eficacia Anticonceptiva

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones ideales de uso (eliminando el error humano), en un período de un año. En este protocolo se describe la eficacia anticonceptiva de cada MAC, así como su efectividad la cual va a depender del/la usuaria(o). Ver Anexo # 4: Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar.

## Factores de Riesgo Preconcepcional o Reproductivo

El personal de salud o el personal comunitario que atiende a la usuaria, deben dar prioridad en la atención de mujeres que presentan algún factor de riesgo reproductivo, con la seguridad de que la planificación familiar evitará la aparición de embarazos no deseados y embarazos de riesgo.

En todas las atenciones a la mujer se deben buscar antecedentes de embarazos de riesgo o mujeres que tienen factores de riesgo reproductivo a fin de orientarlas a la utilización de métodos anticonceptivos y prevenir la aparición de embarazos no deseados, embarazos de alto riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

A continuación se presenta una tabla con los principales factores de riesgo preconceptionales y la condición y/ o riesgo mayor que representa el embarazo ante la presencia de los mismos, por lo que deben ser tomados en cuenta al momento de la consejería en planificación familiar.

**Tabla # 2. Principales Factores de Riesgo Preconcepcional<sup>9</sup> o Reproductivo**

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
<b>Datos generales</b>	
Edad materna avanzada (mayor de 35 años)	Mayor riesgo de sufrir hipertensión y diabetes; de sufrimiento fetal agudo y crónico. Anomalías del desarrollo, por ejemplo mujeres mayores de 40 años pueden procrear bebés con Síndrome de Down.
Edad materna menor de 20 años	Menor de 20 años: Prematurez, malformaciones congénitas (gastroquisis). Menor de 15 años: Morbimortalidad vinculada a embarazo y parto.
Edad paterna avanzada	Mayor de 45 años: Defectos congénitos. Mutaciones dominantes.
Consanguinidad	Defectos congénitos en individuos, es necesario definir el grado de parentesco con la pareja, son consanguíneos si por lo menos tienen un antecesor común.
Etnia	La incidencia de algunas malformaciones congénitas está aumentada en grupos étnicos específicos. Son ejemplos clásicos la mayor frecuencia de polidactilia, paladar hendido, hipospadia, alteraciones de las globinas, como la Anemia Falciforme, en niños afroamericanos, y las cardiopatías en niños blancos.
Ocupación	Aborto, muerte fetal, parto pretérmino, BPN, algunos defectos congénitos en mujeres que trabajan más de 10 horas por día, permanecen de pie por más de

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
	6 horas de forma continua, exposición a tóxicos químicos (incluyendo agentes anestésicos, solventes y pesticidas).
<b>Antecedentes reproductivos</b>	
Escaso intervalo intergenésico	Intervalo intergenésico menor de 2 años en parto vaginal o cesárea. Intervalo menor a 6 meses en aborto. En ambos, mayor riesgo de morbimortalidad materno perinatal.
Paridad	La paridad elevada (4 o más embarazos) aumenta al doble el riesgo de muerte fetal intraparto.
Aborto previo	Riesgos de enfermedad o muerte materno-neonatal. Pérdida recurrente del embarazo (3 abortos espontáneos consecutivos): buscar malformaciones uterinas, incompetencia cervical, defectos hormonales, sífilis (genera placentitis capaz de matar embriones y fetos).
Muerte fetal previa	Recurrir a exámenes de laboratorio como pruebas de tolerancia a la glucosa, anticuerpos anticardiolipinas y estudios específicos de la coagulación.
Parto pretérmino	Una de las principales causas de muerte neonatal. Antecedentes de 1 pretérmino antes de las 35 SDG tienen riesgo de 10 a 15% de repetir otro pretérmino. Riesgo puede aumentar a 40% después de 2 y a 60% después de 3 nacimientos pretérmino. Otros factores asociados a pretérmino: peso de la mujer al inicio del embarazo menor a 50 kilos o IMC menor 18.5 kg/m <sup>2</sup> , tabaquismo, Intervalo intergenésico menor a 12 meses, cérvix acortado ecográficamente.
Restricción del crecimiento intrauterino	Factores: Bajo peso preconcepcional, menores de 16 años o mayores a 35 años, un corto intervalo intergenésico, tabaquismo y abuso de sustancias, así como otras enfermedades tales como, afecciones cardiovasculares, hipertensión, insuficiencia renal, inmunopatías, anemia, etc.
Cesárea previa	Cesárea: más riesgosa que un parto vaginal. Cesáreas iterativas representan mayor riesgo de rotura uterina e inserciones placentarias anormales, que puede llevar a hemorragias graves (aún en cesárea electiva). Mayor riesgo de rotura uterina, hemorragias por placentación anormal.
Malformaciones uterinas	En especial las que han sufrido pérdidas recurrentes entre el primer y segundo trimestre del embarazo. 1 de cada 4 mujeres con pérdida recurrente del embarazo puede presentar una anomalía uterina. Las anomalías más frecuentes son la hipoplasia uterina y los tabiques intrauterinos.
<b>Antecedentes Generales</b>	
Diabetes	Madres con diabetes tipo I tienen 6 a 8 veces más riesgo de daño feto neonatal que población general, las madres con diabetes mellitus tipo 2 tienen un riesgo 3 veces mayor y las madres con diabetes gestacional tienen el doble de riesgo que la población general.
Enfermedades tiroideas	Hipertiroidismo (una cada 500 embarazadas): Preclampsia, insuficiencia cardíaca congestiva, crisis tiroideas, desprendimiento de placenta, óbito fetal,

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
	<p>RCI, BPN y parto de pretérmino.</p> <p>Hipotiroidismo: Déficit intelectual, preclampsia y también por desprendimiento de placenta, óbito fetal, RCI, BPN y parto de pretérmino.</p>
Cardiopatías	<p>1-4% de embarazos se asocian con cardiopatías, una de las principales causas de mortalidad materna indirecta.</p>
Hipertensión crónica	<p>Es más factible la instalación de pre-eclampsia o eclampsia en mujeres con hipertensión crónica. 1 caso de pre-eclampsia por cada 4 mujeres que padecen hipertensión crónica.</p> <p>La hipertensión arterial sistémica se relaciona con RCI, bajo peso al nacer, prematuridad y alta mortalidad perinatal. El riesgo fetal es máximo cuando existe proteinuria.</p>
Trombofilias	<p>Estado de hipercoagulabilidad que puede repercutir negativamente en el embarazo. Entre la morbilidad que provocan, se destacan las trombosis venosas profundas, el Trombo embolismo pulmonar(TEP), los infartos cardíacos y cerebrales, el desprendimiento de placenta, preclampsia, aborto recurrente, muerte fetal, RCI y parto prematuro.</p> <p>En estos casos será preferible el uso de anticonceptivos de progesterona solo, DIU o métodos de barrera.</p>
Anemia	<p>Anemia ferropriva (80% de todas las anemias), se asocia con placenta previa, hipertrofia y desprendimiento placentario, preclampsia y hemorragia post-parto. Si es severa, se asocia a RCI y natimortalidad. Toda mujer que planea un embarazo y sufre anemia ferropriva deberá recibir el tratamiento específico, según norma de APN.</p>
Asma	<p>Pacientes asmáticas, que no han tenido un buen control de la enfermedad, tienen mayor riesgo de preclampsia, hipertensión, hiperémesis gravídica, aborto espontáneo, RCI, parto prematuro y bajo peso al nacer.</p>
Convulsiones	<p>La epilepsia afecta a 1 de cada 300 mujeres en edad reproductiva, siendo el disturbio neurológico más frecuente durante la gestación. Efecto comprobado de aumento de defectos congénitos para su descendencia de 1/15, tanto por la patología en sí, como por el uso de los fármacos empleados para controlarla.</p>
<b>Alteraciones psiquiátricas</b>	
Trastornos del humor y ansiedad	<p>Los riesgos de recaídas pueden superar el 50% de los casos.</p>
Esquizofrenia	<p>Descompensaciones que lleven a infanticidio o autolesionarse.</p>
<b>Enfermedades maternas transmisibles (relevantes)</b>	
Sífilis	<p>Las mujeres con sífilis deberán ser informadas sobre los riesgos de transmisión vertical de esta infección de transmisión sexual, puede provocar abortos,</p>

Factor de Riesgo	Condición y/o Riesgo mayor
	natimueertos o sífilis congénita en el recién nacido.
VIH	Las mujeres con VIH deberán ser informadas sobre los riesgos de la transmisión materno fetal del virus y la probabilidad que el bebé nazca infectado.
Hepatitis B	La infección fetal por hepatitis B se asocia a prematuridad y niños pequeños para la edad gestacional. La vacuna contra la hepatitis B puede ser aplicada aún durante el embarazo ya que se trata de una vacuna a virus muertos.
Tuberculosis	La Tuberculosis durante el embarazo puede causar RCI, BPN, sepsis neonatal y muerte.
<b>Estilos de vida</b>	
Hábitos nutricionales	La malnutrición en el embarazo se asocia a prematuridad, RCI, mortalidad perinatal y defectos del tubo neural. Más de la mitad de defectos del tubo neural, podrían ser evitados si la madre hubiera consumido suficiente ácido fólico por lo menos un mes y medio antes del embarazo y hasta los tres primeros meses de la gestación. Los defectos congénitos de la espina dorsal y el cerebro comienzan antes que las mujeres sepan que están embarazadas.
Obesidad	La mujer con Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 Kg/m <sup>2</sup> : Las repercusiones de la obesidad en el embarazo son: aparición de hipertensión inducida por el embarazo, diabetes, trastornos trombo embólicos, aumento del parto operatorio, infecciones, anemia postparto y muerte materna. Mientras que en los recién nacidos se pueden ver defectos del tubo neural, parto de pretérmino, macrosomía fetal, partos distócicos, depresión neonatal y muerte fetal.
Bajo peso pregravídico	IMC menor a 18,5 Kg/m <sup>2</sup> . El bajo peso pregravídico se ha asociado con parto de pretérmino, bajo peso al nacer y gastroquiasis.

### Principios generales para la selección del método anticonceptivo

La selección del método anticonceptivo depende de las características y necesidades de las/los usuarias/os, debe ser orientado por médicos especialistas, médicos generales, recursos de enfermería, entrenados y capacitados en la indicación y aplicación de métodos anticonceptivos.

Según características y necesidades de las/os usuarias/os, está la/el:

- Usuaría(o) que desea espaciar los embarazos.
- Usuaría que presenta factores de riesgo reproductivo.
- Usuaría con una condición especial: adolescente, anticoncepción de emergencia, anticoncepción post evento obstétrico y en la perimenopausia.
- Usuaría(o) que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.
- Usuaría(o) que desea vivir su sexualidad responsablemente.

Como trabajadores de la salud tenemos la gran responsabilidad de ofertar los servicios de planificación familiar en forma sistemática, utilizando la **consejería balanceada y el ACCEDA**. La **oferta sistemática** significa que toda persona en edad reproductiva recibe, en cualquier visita a cualquier unidad de salud, sin importar la causa de la visita, de parte de los proveedores de salud, el ofrecimiento de servicios de planificación familiar a los que puede optar si está interesada. Por su lado, la **consejería balanceada** garantiza que la persona recibe información inicial sobre toda la gama de métodos disponibles en la red de servicios e información detallada sobre el método elegido, sin barreras de tipo personal o institucional. La técnica de consejería ACCEDA, se describe en el Anexo # 2: ACCEDA. Seis pasos básicos de la orientación en la anticoncepción.

### **Calidad y acceso a los servicios que afectan el uso de un método<sup>10</sup>**

Los siguientes criterios deben ser cumplidos, pues tienen relevancia para la iniciación y la adherencia de todos los métodos anticonceptivos.

- a) Se debe dar información adecuada a las personas que consultan para que hagan una elección informada y voluntaria del método anticonceptivo. La información entregada a las y los usuarias/os, destinada a ayudarles en la elección, debe incluir al menos: comprensión de la eficacia del método; uso correcto del método; cómo funciona; efectos secundarios comunes; riesgos y beneficios para la salud inherentes al método; signos y síntomas que requieren una visita al centro de salud; información sobre el retorno de la fertilidad después de interrumpir el uso del método, e información sobre protección contra las ITS.
- b) Para métodos que requieren procedimientos quirúrgicos, inserción, medición y/o retiro realizado por proveedores de salud capacitados (esterilización, implantes, DIU, diafragmas, capuchones cervicales), se debe disponer de personal correctamente entrenado en instalaciones equipadas adecuadamente, y se deben seguir los procedimientos adecuados para prevenir infecciones.
- c) Se debe mantener y contar con el equipamiento y los insumos adecuados y apropiados (por ejemplo, métodos anticonceptivos, equipamiento e insumos para prevención de infecciones).
- d) Se debe realizar la adecuada evaluación de las y los usuarias/os a fin de detectar cuadros clínicos en los que el uso de métodos anticonceptivos implicaría riesgos inadmisibles para la salud.
- e) Se debe capacitar a proveedores de servicios en la entrega de orientación sobre planificación familiar para ayudar a las personas que consultan a tomar decisiones informadas y voluntarias acerca de su fertilidad. La orientación es un elemento clave en la calidad de la atención, siendo una parte importante tanto de las visitas de iniciación como de las de seguimiento. Debe responder a las necesidades de las personas no sólo en cuanto a la anticoncepción sino también en relación con la sexualidad y la prevención de ITS, incluida la infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH).

## Aspectos importantes que no debe olvidar durante las atenciones en Planificación Familiar.

Informarle a las(os) usuarias(os) que:

- Los condones, los anticonceptivos orales combinados (AOC) los inyectables trimestrales e **inyectables mensuales están disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>m</sup>**.
- Si siente súbitamente que hay algo de su salud que está mal debe consultar inmediatamente a la unidad de salud. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.
- 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.

Seguimiento a usuarias de planificación familiar

### MINSA:

- Seguimiento a través de los ESAFC / GISI a las usuarias, mediante la gerencia del censo de usuarias de planificación familiar.
- En usuarias de métodos anticonceptivos hasta un año post parto, apoyarse en el cumplimiento de la Normativa No. 101 Manual Metodológico: Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales.

### Sector Privado:

- Seguimiento a través de la gerencia del censo de usuarias de planificación familiar, haciendo uso de llamadas telefónicas, para recordarles la cita o para la búsqueda de inasistentes.

## Referencias Bibliográficas:

- 1 OMS, Planificación familiar, Nota descriptiva N°351, Mayo de 2013.
- 2 Jaime Botero U. Alfonso Jubiz H. Guillermo Henao. Primera impresión. Cuarta Edición. 1990.
- 3 Derek L. Wellyn Jones. Ginecología y Obstetricia. Impresiones Harcourt. España. 2000.
- 4 Guías Nacionales de Planificación Familiar. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala. Edición 2010
- 5 Gallen M, Lettenmaier C and Green CP. 1987. Counseling makes a difference. Population Reports Series J (35): 1-31.
- 6 Lettenmaier C and Gallen ME. 1987. Why counseling counts! Population Reports Series J(36): 1-28.
- 7 Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Organización Mundial de la Salud, OMS, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011.
- 8 Salud Sexual y Reproductiva. En Ginecología y obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Oscar Flores et Al. UNAN. UNFA. 1997
- 9 Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva. CLAP/SMR. Publicación Científica No. 1577-2011. Cuidado Preconcepcional. Guías para el Continuo de Atención de la Mujer y el Recién Nacido Focalizadas en APS, 3ª Edición 2011.
- 10 Organización Mundial de la Salud, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ª edición, 2005.

<sup>m</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSA, Sep. 2012.

## Procedimientos

En este acápite se detallarán los métodos anticonceptivos: fórmula, puntos clave para proveedores y usuarias(os), definición, mecanismo de acción, eficacia anticonceptiva, efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud, criterios médicos de elegibilidad, ayuda a la usuaria, abordaje de problemas y, preguntas y respuestas sobre los métodos anticonceptivos.

### Esquema de Clasificación para las principales recomendaciones en el uso de MAC<sup>1</sup>

Se utilizará un esquema de clasificación que fortalece y le da validez a las principales recomendaciones en el uso de los anticonceptivos, la misma está basada en niveles de evidencia científica disponible. A continuación se presenta el esquema de clasificación.

**Tabla # 3. Clasificación de las principales recomendaciones en el uso de los MAC**

Clasificación	Definición
<b>A</b>	Evidencia basada en ensayos controlados aleatorios (ECA).
<b>B</b>	Evidencia basada en otros estudios observacionales o experimentales sólidas.
<b>C</b>	Evidencia es limitada pero el Consejo se basa en la opinión de los expertos y cuenta con el aval de autoridades respetadas.
<b>BPB</b>	Punto de buena práctica: donde no existe evidencia pero la mejor práctica se basa en la experiencia clínica de un equipo multidisciplinario.

**Fuente:** Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-8974, Combined hormonal contraception.

## Métodos anticonceptivos

### 1. Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

En el MINSA disponible píldoras de dosis baja que contienen:  
Etinilestradiol 30 µg + Levonorgestrel 150 µg (Etinilestradiol 0,03 mg y Levonorgestrel 0,15 mg).

[La información contenida en este capítulo de AOC, es válida para todos los otros métodos Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC). Los AOC son a su vez AHC administrados por vía oral]

#### Puntos Clave para Proveedores y Usuarías:

- **En el MINSA, disponibles sobres de anticonceptivos orales combinados (AOC) con 28 tabletas**, de las cuales 21 tabletas contienen dosis baja de hormonas y 7 tabletas de contenido ferroso.
- **Los AOC son uno de los 4 Métodos Anticonceptivos (MAC) disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>a</sup>**, además de condones, inyectables mensuales y trimestrales.
- **Se debe tomar una píldora todos los días a la misma hora que la tomó el día que inició el sobre de píldoras.**
- **El sangrado que se experimenta los días libres de hormonas** es debido al retiro de la hormona y no una menstruación real. **(C)<sup>1</sup>**
- **Las alteraciones en el sangrado menstrual son comunes pero no perjudiciales.** Es frecuente que haya sangrados irregulares unos pocos meses y que después se hagan más leves y regulares. **(PBP)<sup>1</sup>**
- **Si olvida una píldora, tómela lo antes posible.** La omisión de píldoras conlleva mayor probabilidad de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios.
- **Pueden suministrarse a la mujer en cualquier momento, para comenzar más adelante.** Si no se puede descartar el embarazo, el proveedor puede suministrar a la mujer sus píldoras para que las tome después, cuando comience su menstruación.
- Puede tener relaciones sexuales sin un método de respaldo, si inició los AOC dentro de los 5 días de empezar la menstruación, caso contrario, precisa de un método de respaldo los primeros 7 días que tome la píldora.

#### Definición

Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas, un estrógeno y un progestágeno, iguales a las hormonas naturales estrógeno y progesterona en el cuerpo de la mujer.

Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, “la pastilla”, píldoras combinadas de baja dosis.

<sup>a</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSA, Sep. 2012.

### Mecanismo de Acción

- Funcionan fundamentalmente impidiendo la ovulación.

### Eficacia anticonceptiva

La efectividad depende de la usuaria: La probabilidad de embarazo es mayor cuando una mujer comienza un sobre nuevo de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio o del final de un sobre de píldoras.

- Uso común: la probabilidad de embarazo es cerca de 8% durante el primer año de uso.(Efectividad)
- Uso ideal: la probabilidad de embarazo es menor al 1% durante el primer año de uso (3 por 1,000 mujeres). (Eficacia) Todos los anticonceptivos con hormonas combinadas tienen eficacia similar. (B)<sup>1</sup>

*Retorno de la fertilidad tras la interrupción de AOC: Inmediata*

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH: Ninguna*

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH (B)<sup>1</sup>.

### ¿Cuáles son las evaluaciones necesarias antes de prescribir a la usuaria AOC la primera vez?

- Tomar una historia detallada incluyendo condiciones médicas como migraña, uso de medicamentos, historia médica familiar, factores de estilo de vida tales como fumado, y actualizar esta historia cada 6 meses. (PBP)<sup>1</sup>
- Tomar la presión arterial a todas las usuarias antes de la prescripción de AOC. (C)<sup>1</sup>
- Registrar el índice de masa corporal (IMC) a todas las mujeres de primera vez o subsiguientes antes de la prescripción de AOC. (PBP)<sup>1</sup> El riesgo de usar AOC en mujeres con IMC > 35 sobrepasa a los beneficios. (B)<sup>1</sup>
- Las mujeres pueden comenzar a usar los AOC: Sin realizarse un examen pélvico, sin ningún análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio y sin realizarse el examen de detección del cáncer de cuello de útero y sin realizarse un examen de mamas. Incluso cuando a una mujer no le ha venido su menstruación en el momento, si existe razonable certeza de que no está embarazada. Ver Lista de Verificación de Embarazo en el Anexo # 1.
- Aprovechar el contacto con la usuaria para brindarle consejería en la prevención del CaCu y Ca de mama.

### Efectos Secundarios, Beneficios y Riesgos para la Salud

**Tabla # 4. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los AOC**

Efectos Secundarios	Beneficios para la salud	Riesgos para la salud
---------------------	--------------------------	-----------------------

Efectos Secundarios	Beneficios para la salud	Riesgos para la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo: Sangrado más leve y de menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente, sin menstruación. <b>(PBP)</b><sup>1</sup></li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Mareos</li> <li>• Náuseas</li> <li>• sensibilidad en los pechos</li> <li>• Cambios de peso</li> <li>• Cambios de humor</li> <li>• Acné: Puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora. <b>(A)</b><sup>1</sup></li> <li>• En caso de que empeore, refiera a consulta especializada con dermatología</li> <li>• Otros cambios físicos posibles: Incremento de unos pocos milímetros de mercurio en la presión arterial. Cuando el incremento de la presión se debe al AOC, la presión cae rápidamente al interrumpir su uso.</li> </ul>	<p>Ayuda a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Riesgo de embarazo</li> <li>Cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial)</li> <li>Cáncer de ovario</li> <li>Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática</li> </ul> <p>Puede ayudar a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Quistes ováricos</li> <li>Anemia por deficiencia de hierro</li> </ul> <p>Reduce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Calambres menstruales</li> <li>Problemas del sangrado menstrual</li> <li>Dolor de ovulación</li> <li>Vello excesivo en rostro o cuerpo</li> <li>Síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné, vello excesivo en rostro o cuerpo)</li> <li>Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Muy raros: Trombosis Venosa Profunda o Tromboembolismo pulmonar. El riesgo es el doble, pero aún muy bajo. <b>(B)</b><sup>1</sup></li> <li>• Extremadamente raros: Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco. <b>(B)</b><sup>2</sup></li> </ul>

**Algunas mujeres dicen que les gustan los Anticonceptivos Orales Combinados porque:**

- La mujer los puede controlar
- Pueden interrumpirse en cualquier momento sin ayuda del proveedor
- No interfieren con el sexo

**Aclaración de Mitos relacionado al uso de los AOC**

- No se acumulan en el cuerpo de la mujer. La mujer no necesita “descansar” de tomar AOC.
- Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer sexo ese día.
- No hacen infértil a la mujer.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No modifican el deseo sexual de la mujer.
- No se acumulan en el estómago. Al contrario, la píldora se disuelve cada día.
- No interrumpen un embarazo en curso.

## Datos sobre los Anticonceptivos Orales Combinados y Cáncer

### Cáncer de ovarios y endometrial

El uso de AOC ayuda a proteger a las usuarias de cáncer de los ovarios y endometrial. Esta protección se mantiene durante 15 o más años y aún por décadas luego de dejar de utilizarlos. **(A)**<sup>2</sup> **(B)**<sup>1</sup>

### Cáncer de mama

- Mujeres que usaron AOC hace más de 10 años atrás tienen el mismo riesgo de cáncer de mama que mujeres que nunca han utilizado AOC. **(B)**<sup>1</sup>
- Cuando se diagnostica cáncer de mama a una usuaria actual o ex usuaria de AOC, el cáncer está menos avanzado que el cáncer diagnosticado a otras mujeres (por una detección más temprana entre usuarias de AOC o por un efecto biológico del AOC en el cáncer de mama).

### Cáncer cervical

- El uso de anticonceptivos orales combinados durante 5 años o más parece acelerar el desarrollo de la infección persistente por el Virus del Papiloma Humano (VPH) en el cáncer cervical. El número de los cánceres cervicales asociados con el uso de AOC se piensa que es muy pequeño.
- El cáncer cervical es causado por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). El VPH provoca una ITS que generalmente se resuelve sola, pero a veces persiste. **(B)**<sup>1</sup> **(B)**<sup>3</sup>
- Aconsejar a las usuarias de AOC y a todas las mujeres que se realicen el Papanicolaou conforme a los protocolos, para detectar cualquier cambio precanceroso en el cérvix, que se pueda extirpar. **(PBP)**<sup>1</sup> Factores conocidos que incrementan el riesgo de cáncer cervical incluyen tener muchos hijos y el tabaquismo.

### ¿Quiénes pueden usar Anticonceptivos Orales Combinados?

Seguro y apto para la mayoría de mujeres ajustándose a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME).

La mayoría de mujeres pueden utilizar AOC de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto provocado o espontáneo
- Fumen cigarrillos, si son menores de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir. El ritonavir reduce la eficacia de los AOC.

### Criterios Médicos de Elegibilidad (Aplicables también a otros AHC)

Para los AOC, al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para la prescripción de Métodos Anticonceptivos que se encuentra en el Anexo # 3.

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias nuevas y subsecuentes de este método. Su utilización apropiada mejora la selección apropiada del MAC y favorece la adherencia al método.

**Cuándo comenzar el uso de AOC**

Una mujer puede empezar a utilizar AOC en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada utilice la Lista de Verificación de Embarazo (Ver Anexo # 1). En cualquier momento se le puede prescribir AOC a una mujer y decirle cuándo debe comenzar a tomarlos.

La tabla siguiente presenta las diferentes situaciones que atraviesa una mujer en edad fértil y de acuerdo a ellas, cuándo puede empezar a utilizar los AOC.

**Tabla # 5. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar AOC**

Situación de la mujer	Cuándo Empezar a utilizar AOC
Tiene ciclos menstruales o cambia de un método sin hormonas a AOC	<p><b>En cualquier momento del mes:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Preferiblemente comience el día que inicie la menstruación. Si está en los primeros 5 días de iniciada la menstruación, no necesita método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 5 días desde que empezó la menstruación, puede comenzar AOC en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo* los primeros 7 días de estar tomando píldoras. (Si no está razonablemente seguro, prescriba AOC y que comience al iniciar su próxima menstruación).</li> <li>• Si se está cambiando de un DIU, podrá comenzar con AOC inmediatamente.</li> </ul>
Cambiando de otro método hormonal a AOC	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta, o si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.</li> <li>• Si está dejando los inyectables, puede comenzar a tomar AOC cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo *.</li> </ul>
Lactancia materna (menos de 6 meses después del parto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescribale AOC y que empiece a tomarlos 6 meses después del parto o cuando la leche materna no sea más el alimento principal del bebé, lo que ocurra primero. La evidencia muestra un efecto inconsistente de los AOC en la duración, éxito de la lactancia materna y salud del bebé. <b>(A)<sup>4</sup></b></li> </ul>
Lactancia materna (más de 6 meses después del parto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha iniciado la menstruación, puede iniciar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada. Necesita un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente segura del embarazo, prescriba AOC y dígame que empiece al iniciar su</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo Empezar a utilizar AOC
	<p>próxima menstruación).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la menstruación ha vuelto, comenzar con AOC preferiblemente el primer día de la menstruación.</li> </ul>
<p>Lactancia parcial. Más de 6 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOC en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. Necesita un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente segura, dele los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación).</li> <li>• Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera señalada para mujeres que tienen su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>No está amamantando. Menos de 4 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con AOC en cualquier momento entre los días 21 y 28 después del parto. Sumínistrelle píldoras en cualquier momento para que empiece a tomarlas durante esos 7 días. No necesita un método de respaldo.</li> <li>• Si corre riesgo de TVP, espere 6 semanas.</li> </ul>
<p>No está amamantando. Más de 4 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su menstruación no ha vuelto puede iniciar AOC en cualquier momento si hay una certeza razonable de ausencia de embarazo. Necesita un método de respaldo los primeros 7 días de la píldora. (Si no está razonablemente segura, dele ahora los AOC y dígame que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)</li> <li>• Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera indicada para mujeres que tienen su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 7 días de tomar la píldora.</li> </ul>
<p>Después de pérdida de embarazo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días después de pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita método de respaldo.</li> <li>• Si han pasado más de 7 días de pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, podrá comenzar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada. Necesita un método de respaldo para los primeros 7 días tomando la píldora (si no está razonablemente segura, prescríbale los AOC y dígame que empiece a tomarlos al iniciar la menstruación).</li> </ul>
<p>Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar a tomar AOC el día siguiente a dejar de tomar las PAE. No necesita esperar su próxima menstruación para empezar con sus píldoras. <ul style="list-style-type: none"> <li>– Una nueva usuaria de AOC deberá empezar un nuevo sobre de píldoras.</li> <li>– Una usuaria que utilizó PAE debido a errores al tomar la píldora puede continuar con su sobre actual donde había quedado.</li> <li>– Todas necesitarán un método de respaldo para los primeros 7</li> </ul> </li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo Empezar a utilizar AOC
	días de la píldora.

*\*Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino y espermicidas. Dígame que el espermicida y el coito interruptus son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

### Consejería sobre los efectos secundarios

Una parte importante del proceso es brindar consejería sobre las alteraciones del patrón de sangrado (**PBP**)<sup>1</sup> y otros efectos secundarios. La consejería sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando los AOC.

#### Explique sobre los efectos secundarios lo siguiente:

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOC.
- Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.

#### Explique qué hacer en casos de efectos secundarios

- Siga tomando los AOC. Si omite tomar alguna píldora corre mayor probabilidad de embarazo y puede empeorar algunos efectos secundarios.
- La ingesta de la píldora todos los días a la misma hora ayuda a reducir el sangrado irregular y a no olvidarla.
- Tome la píldora con las comidas o al acostarse para reducir o evitar las náuseas.
- La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos secundarios.
- Reporte de reacciones adversas mediante la Farmacovigilancia.<sup>b</sup>

#### Explique cómo utilizar los Anticonceptivos Orales Combinados

1. **Suministre las píldoras:** Suministre 3 sobres de AOC a las usuarias de primera vez e igual cantidad a las usuarias subsecuentes.
2. **Explique cómo es el sobre de las píldoras:**
  - Muestre el tipo de sobre, 21 o 28 píldoras. Con los paquetes de 28 píldoras, señale que las últimas 7 píldoras son de distinto color; no contienen hormonas, contienen hierro.
  - Muestre cómo sacar la primera píldora de su sobre y luego cómo seguir la dirección de las flechas del sobre para tomar las píldoras restantes.
3. **Información clave:**
  - La primera vez, tomar la primera píldora preferiblemente el primer día de la menstruación o en cualquier momento durante los primeros 5 días de su ciclo.<sup>5</sup> Si es seguro que no está embarazada se puede iniciar en cualquier momento del ciclo, sin embargo, si toma la primera píldora después del día 5 del ciclo, usar además condón durante 1 semana y avisar a la mujer que su menstruación puede ser diferente por un tiempo.
  - Cuando hay dudas en relación al embarazo, dele a la mujer un método de respaldo (condón) y pedirle que regrese cuando aparezca su próxima

<sup>b</sup> Normativa 063 norma y guía para la notificación obligatoria de reacciones adversas asociadas a insumos médicos. MINSA. Nicaragua. Año 2011.

menstruación sino aparece su menstruación acudir a la unidad de salud para realizarle la prueba de embarazo al mes.

- Tome una píldora cada día y a la misma hora, hasta terminar el sobre. El asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria, como lavarse los dientes, puede ayudar a recordar. Tomar la píldora todos los días a la misma hora ayuda a recordar. También puede ayudar a reducir algunos efectos colaterales.
4. **Explique cómo comenzar un nuevo sobre de AOC:**
- Paquete de 28 píldoras: Al terminar un sobre, deberá tomar la primera pastilla del siguiente sobre al día siguiente.
  - Sobre de 21 píldoras: Después de tomar la última píldora del sobre, deberá esperar 7 días, no más, para tomar la primera píldora del nuevo sobre. Por ejemplo, si la última píldora la termina un lunes, el siguiente sobre debe iniciarlo a tomar el martes de la siguiente semana.
  - Es muy importante empezar el nuevo sobre en el momento correcto. La demora en empezarlo conlleva mayor probabilidad de embarazo.
  - Suministre un método anticonceptivo de respaldo y explique su uso: suminístrele condones. Algunas veces la mujer podrá necesitar usar un método de respaldo, por ejemplo si olvida tomar sus píldoras.
  - Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y coito interruptus. Dígale que los espermicidas y el coito interruptus son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Suminístrele condones.

### Apoyo a la usuaria

**Abordaje de omisión de píldoras:** Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOC deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. Si una mujer omite tomar una o más píldoras deberá seguir las instrucciones siguientes:

#### ¿Omitió 1 o 2 píldoras? o ¿Empezó un paquete nuevo 1 o 2 días tarde?

Tome la píldora omitida lo antes posible. Siga tomando las píldoras como siempre, una cada día a la misma hora. (Puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día).

**Riesgo de embarazo:** Bajo o ningún riesgo de embarazo.

#### ¿Omitió píldoras 3 o más días consecutivos durante la primera o segunda semana del ciclo menstrual?

- Tome una píldora hormonal lo antes posible.
- Use un método de respaldo los próximos 7 días.
- Considerar usar PAE (Píldoras Anticonceptivas de Emergencia) si tuvo sexo en los últimos 5 días.

#### ¿Omitió 3 o más píldoras en la tercera semana del ciclo menstrual?

- Tome una píldora hormonal lo antes posible.
- Descarte las 7 píldoras no hormonales del sobre de 28 píldoras. Continúe tomando su píldora de cada día hasta terminar el ciclo.
- Comience un nuevo sobre al día siguiente de haber concluido el sobre anterior.
- Use un método de respaldo los próximos 7 días.
- Si tuvo sexo en los últimos 5 días también considerar el uso de PAE.

### ¿Omitió alguna píldora no hormonal? (últimas 7 del sobre de 28 píldoras)

- Descarte la(s) píldora(s) no hormonal(es) de los días que se le olvidó tomarlas y siga tomando las restantes, sólo una por día. Comience el nuevo sobre al terminar el actual.

#### Vómitos severos o diarrea:

- Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del sobre lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre (una por día).
- Si tiene vómitos o diarrea durante más de 2 días, siga las instrucciones para los casos en que se omiten 3 o más píldoras.
- Acuda a la consulta.

#### “Vuelva cuando quiera”: Razones para volver.

Dígale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Perdió sus píldoras o si retrasó el inicio de un nuevo sobre 3 o más días y además tuvo sexo en esos días. Considerar usar PAE.

**Consejo general de salud:** Decir a la mujer que si siente repentinamente que algo está mal con su salud deberá consultar inmediatamente a la unidad de salud. Lo más probable es que la píldora no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

#### Programación de la próxima visita

1. Anímela a volver por más píldoras antes de terminar las que tiene.
2. Programar las atenciones subsecuentes cada 3 meses para proveerle los AOC. Esto ofrece la oportunidad de contestar preguntas, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto.
3. Recuerde a la usuaria que **los AOC son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>c</sup>**, además de condones, inyectables mensuales y trimestrales.
4. Para el seguimiento a usuarias de métodos anticonceptivos hasta un año post parto, deberá apoyarse en el cumplimiento de la Normativa No. 101 Manual Metodológico: Censo Gerencial de Embarazadas, Púerperas y Postnatales<sup>d</sup> y en la búsqueda de inasistentes del Censo de Planificación Familiar.

#### Ayuda a las usuarias Pregúntele a la usuaria

1. Cómo le va con su método y si está satisfecha.
2. Si tiene dudas o algo para comentar.
3. Si está preocupada por cambios en el sangrado. Bríndele información o ayuda que necesite. (PBP)<sup>1</sup>

<sup>c</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSa, Sep. 2012.

<sup>d</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Dirección General Extensión de la Calidad de Atención. Normativa No. 101 Manual Metodológico: Censo Gerencial de Embarazadas, Púerperas y Postnatales. Managua: MINSa, nov 2012.

4. Si habitualmente tiene problemas para acordarse de tomar la píldora cada día. En caso afirmativo, analice formas de recordarlo, de subsanar píldoras omitidas, y PAE o la elección de otro método.
5. Si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde.
6. Sumínístrele más sobres de píldoras. Planifique su próxima cita para antes que necesite más píldoras.
7. Tome, registre e interprete la presión arterial en cada cita.

### Abordaje de problemas

**Efectos secundarios o problemas del uso.** Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOC. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, bríndele tratamiento.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede acarrear mayor probabilidad de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos secundarios disminuyen o desaparecen después de unos pocos meses de uso.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

**Sangrado irregular** (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria) (PBP)<sup>1</sup>:

- Infórmele que muchas mujeres que utilizan AOC presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. (PBP)<sup>1</sup>
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluyen:
  - Omisión de píldoras
  - Tomar las píldoras siempre a distinta hora
  - Vómitos y diarrea
  - Toma de anticonvulsivantes o rifampicina. Las usuarias tomando rifampicina requieren de una dosis mínima de 50 µg a máxima de 70 µg de etinilestradiol (PBP)<sup>1</sup>.

Para reducir el sangrado irregular:

- Aconséjele tomar la píldora todos los días y a la misma hora.
- Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, también después de vomitar si tiene diarrea (ver Abordaje de omisión de píldoras).
- En caso que se asocie con dolor, se puede lograr alivio con 400 - 800 mg de ibuprofeno cada 8 horas después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular o profuso.
- Si ha estado tomando la píldora por más 6 meses y no mejora con ibuprofeno, indique otra formulación de AOC disponible y probarla durante un mínimo de 3

meses (Nota: la selección del MAC va a depender de la disponibilidad del método en la unidad de salud, de los criterios de elegibilidad para esa usuaria y de la capacidad de la usuaria en adquirirlo).

- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso de AOC.

#### **No hay menstruación:**

- Pregúntele si está teniendo algún sangrado. (Puede presentar simplemente una pequeña mancha en su ropa interior y no reconocerla como menstruación.) Si es así, tranquilícela.
- Dígale que algunas mujeres que utilizan AOC dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. Ella no es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no menstruar).
- Pregúntele si ha estado tomando una píldora cada día. Si es así, tranquilícela de que es improbable que esté embarazada. Puede continuar tomando sus AOC como antes.
- ¿Se ha saltado el descanso de 7 días entre los sobres (sobres de 21 días) o las 7 píldoras no hormonales (sobres de 28 días)? Si es así, dígale que no está embarazada. Puede seguir utilizando AOC.
- Si ha omitido las píldoras hormonales o ha empezado tarde un nuevo paquete:
  - Puede seguir utilizando AOC.
  - Dígale a una mujer que ha omitido 3 o más píldoras o que ha comenzado un nuevo sobre 3 o más días tarde que vuelva si presenta signos y síntomas de inicio de embarazo.

#### **Cefaleas comunes (no migrañosas):**

- Pruebe lo siguiente :
  - Acetaminofén (500–1000 mg).
  - Algunas mujeres tienen cefaleas durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado de AOC.
- Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de AOC debe ser evaluada.

#### **Náuseas o mareos:**

- Para las náuseas, sugiera tomar los AOC al acostarse o con las comidas. Si los síntomas continúan: Considere el uso prolongado de AOC si las náuseas aparecen después de empezar un nuevo paquete de píldoras.

#### **Sensibilidad en los pechos:**

- Recomiéndele el uso de un sostén firme (incluso para actividades intensas o para dormir).
- Pruebe compresas frías o calientes.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500 mg).
- Coma una dieta baja en grasa.

- Evitar la cafeína (café, té y chocolate).
- Evitar la sal de 1 a 2 semanas antes del comienzo del período.
- Hacer ejercicio vigoroso todos los días.

**Cambios de peso:** Evaluar el peso a través del cálculo del IMC y su clasificación. Revise la dieta y aconseje según sus necesidades. Tomando en cuenta que la consejería va a depender de los hábitos alimenticios de la usuaria, de la disponibilidad de alimentos en el hogar y de las patologías de base.

**Cambios de humor o del deseo sexual:**

- Algunas mujeres presentan cambios de humor durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días en que no toman píldoras hormonales) **(C)**<sup>1</sup>. Considere el uso prolongado de AOC.
- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para recibir atención correspondiente.

**Acné:**

- En general, el acné mejora con el uso de los AOC **(A)**<sup>1</sup>, pero puede empeorar en unas pocas mujeres. Si no mejora, indíquela otro tipo de píldora por un mínimo de 3 meses.

**Nuevos problemas que pueden requerir cambio de método.** Pueden ser debidos al método o no.

**Sangrado vaginal inexplicado** (que sugiere una patología no relacionada con el método) **o sangrado profuso o prolongado:**

- Refiera a la usuaria a alguien más calificado o evalúela en base a la historia y el examen pélvico. Diagnostíquela y dele tratamiento si corresponde.
- Puede seguir utilizando AOC mientras se evalúa su condición.
- Si el sangrado es causado por una ITS o por una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), la mujer podrá seguir utilizando AOC durante el tratamiento.

**Comienzo de tratamiento anticonvulsivante, rifampicina, rifabutina o ritonavir:**

- Dado que estos medicamentos reducen la eficacia anticonceptiva, **tal vez prefiera cambiar a otro MAC**, como los inyectables de progestágeno solo o DIU.
- Si usa estos medicamentos a corto plazo, puede utilizar un método de respaldo junto con los AOC para reducir las probabilidades de embarazo no deseado.

**Migraña:**

- Independientemente de su edad, una mujer que presenta jaqueca o migraña, con o sin aura, o cuyas crisis empeoran cuando usa AOC debe suspender su administración. No debe usarse AOC en mujeres con migraña con aura. **(C)**<sup>1</sup>
- Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

**Circunstancias que le impiden caminar durante una semana o más:**

- Si la mujer se somete a cirugía mayor, o tiene la pierna enyesada, o por cualquier otra razón se ve impedida de moverse durante algunas semanas, deberá:
  - Comunicar a su médico que está utilizando AOC.
  - Dejar de tomar AOC y usar un método de respaldo durante ese período.
  - Retomar los AOC dos semanas después de reiniciar el movimiento.

En algunas patologías graves (sospecha de cardiopatía o hepatopatía grave, hipertensión arterial, Trombosis Venosa Profunda, coágulos de sangre en pulmones, accidente cerebro vascular, cáncer de mama, daño arterial, de la visión, riñones, o del sistema nervioso provocado por diabetes, o patología de vesícula biliar) y en los casos de hipertensión arterial  $\geq 160$  mm Hg la sistólica y  $\geq 95$  mm Hg la diastólica, representa un riesgo inaceptable el uso de AHC (B)<sup>1</sup>:

- Dígale que suspenda los AOC.
- Sumínístrele un método de respaldo para que use mientras se evalúa su condición.
- Si no se encuentra ya bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención.

**Sospecha de embarazo:**

- Aplique la Lista de Verificación de Embarazo (Ver Anexo # 1)
- Haga pruebas de detección de embarazo.
- Si se confirma el embarazo, dígale que deje de tomar los AOC. No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer está tomando AOC.

**Preguntas y respuestas sobre los Anticonceptivos Orales Combinados**

- 1. Debe tomar la mujer un “descanso” de los AOC antes de tomarlos durante un determinado plazo.** No. No existe evidencia de que sirva “descansar”. Tomar un “descanso” de AOC puede conducir a embarazo no deseado. Los AOC se pueden usar de manera segura durante muchos años sin tener que dejar de tomarlos periódicamente.
- 2. Si una mujer ha estado tomando AOC durante un tiempo prolongado, ¿seguirá protegida de un embarazo si deja de tomarlos?** No. La mujer está protegida sólo mientras se encuentra tomando sus píldoras regularmente.
- 3. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de tomar AOC?** Las mujeres que dejan de tomar AOC pueden quedar embarazadas de inmediato.
- 4. ¿Los AOC causan abortos?** No. Los AOC no interrumpen un embarazo en curso. No deben ser utilizados para intentar provocar un aborto.
- 5. ¿Los AOC causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer toma AOC estando embarazada?** No. No provocan defectos de nacimiento y no dañan al feto si una mujer queda embarazada tomando AOC o comienza a tomar AOC cuando ya está embarazada.

6. **¿Los AOC hacen que la mujer gane o pierda mucho peso?** No. La mayoría de las mujeres no ganan ni pierden peso debido a los AOC. (B)<sup>1</sup> El peso cambia naturalmente al tiempo que cambian las circunstancias de la vida y la edad de la gente. Al ser estos cambios de peso tan comunes, muchas mujeres creen que los AOC causan esos aumentos o pérdidas de peso. Los estudios muestran que, en promedio, los AOC no afectan el peso (B)<sup>1</sup>. Unas pocas mujeres experimentan cambios súbitos de peso al usar AOC. Estos cambios se revierten al dejar de tomar AOC. No se sabe por qué estas mujeres responden a los AOC de esta manera.
7. **¿Los AOC modifican el humor o el deseo sexual de una mujer?**  
En general, no. Algunas mujeres que usan AOC plantean estas quejas. La mayoría de las usuarias de AOC no refieren tales cambios y algunas manifiestan que tanto el humor como el deseo sexual mejoran. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los AOC o alguna otra razón. El proveedor de salud puede ayudar a las usuarias con estos problemas. No existe evidencia de que los AOC afecten el deseo sexual de la mujer.
8. **¿Qué puede decirle el trabajador de la salud a una usuaria que pregunta sobre los AOC y el cáncer de mama?**  
Puede decirle que tanto las usuarias de AOC como las mujeres que no usan AOC pueden tener cáncer de mama. En estudios científicos, el cáncer de mama fue ligeramente más común en mujeres que usan o utilizaron AOC en los 10 años anteriores que entre otras mujeres. No se sabe si los AOC realmente son la causa de ese ligero aumento del cáncer de mama. Es posible que los cánceres estuvieran allí antes del uso de AOC, pero que se les detectara más rápidamente en usuarias de AOC.
9. **¿Se pueden utilizar los AOC como prueba de embarazo?**  
No. La mujer puede presentar algún sangrado vaginal (“sangrado por supresión”) al recibir ciertos AOC o un ciclo entero de AOC, pero los estudios sugieren que esta práctica no identifica con precisión quién está embarazada y quién no. Por tanto, para decir si una mujer está embarazada no se recomienda darle AOC para ver si sangra. No se debe dar AOC como prueba de embarazo porque los resultados no son exactos.
10. **¿Hay que realizar un examen pélvico antes de empezar a tomar AOC o en las consultas de seguimiento?** No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas de la Lista de Verificación del Embarazo (Ver Anexo # 1). No hay ninguna patología que se pueda detectar en un examen pélvico que contraindique el uso de AOC.
11. **¿Puede una mujer con venas varicosas usar AOC?**  
Sí. Los AOC son seguros para mujeres con várices. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la piel de la superficie. No son peligrosas. No son coágulos sanguíneos, ni son esas las venas profundas de la pierna donde los coágulos sanguíneos pueden ser peligrosos (Trombosis Venosa Profunda-TVP). Una mujer que tenga o haya tenido una TVP no debe usar AOC (El riesgo es el doble, pero aún muy bajo). (B)<sup>1</sup>. El contenido de estrógenos de los AOC en el MINSA está en la categoría de más bajo riesgo de trombosis. (A)<sup>6</sup>

**12. ¿Puede una mujer tomar AOC de manera segura toda la vida?**

Sí. No existe una edad mínima ni máxima para el uso de AOC. Los AOC pueden ser un método apropiado para la mayoría de las mujeres desde la menarca a la menopausia.

**13. ¿Pueden las fumadoras utilizar AOC con seguridad?**

Las mujeres de menos de 35 años que fuman pueden utilizar AOC de baja dosis. Las mujeres de 35 años y más que fuman deberían elegir un método sin estrógeno. (B)<sup>1, 7</sup> Las mujeres mayores que fuman, si prefieren las píldoras, pueden tomar píldoras de progestágeno solo. Debe recomendarse a todas las mujeres fumadoras el dejar de fumar.

**14. ¿Qué hacer si una usuaria quiere usar AOC pero la Lista de Verificación de Embarazo no da una certeza razonable de que no esté embarazada?**

Si no se dispone de pruebas de embarazo se le puede suministrar AOC para que se los lleve a casa con instrucciones de empezar a usarlos dentro de los 5 días del inicio de su menstruación. Mientras tanto deberá usar un método de respaldo.

**15. ¿Pueden usarse los AOC como píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) después del sexo sin protección?**

Sí. Una mujer puede tomar AOC como PAE, lo antes posible y no más allá de los 5 días después de haber tenido sexo sin protección. Sin embargo, las píldoras que sólo contienen progestágeno son más eficaces y producen menos efectos secundarios, tales como náuseas o malestar estomacal. Los AOC disponibles en el MINSa pueden utilizarse para PAE; se deben tomar tan pronto como sea posible (entre más pronto mejor) en dosis de 4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis o en una sola dosis de 8 tabletas.

**16. ¿Es importante tomar los AOC todos los días a la misma hora?**

Sí, por 2 razones. Algunos efectos secundarios pueden verse reducidos tomando la píldora todos los días a la misma hora. Además, tomar la píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a la mujer a acordarse de tomarlas de manera sistemática. Asociar el tomar la píldora con una actividad diaria ayuda a la mujer a acordarse de tomar su píldora.

**Referencias Bibliográficas:**

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-8974, Combined hormonal contraception. Clinical Effectiveness Unit. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2011 Oct. <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=36071>
- 2 NIHS-NHS, Chan W S, Rya J, Wai E K, Ginsburg S, Hannah M E, Corey P N, Ginsberg J S. Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives. Archives of Internal Medicine 2004; 164(7): 741-747. [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12004008266#\\_VCSdXvnF7DB](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12004008266#_VCSdXvnF7DB)
- 3 NIHS-NHS, Green J, Berrington de Gonzalez A, Smith J S, Franceschi S, Appleby P, Plummer M, Beral V. Human papillomavirus infection and use of oral contraceptives. British Journal of Cancer 2003; 88(11): 1713-1720. [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12003001263#\\_VCR\\_IPnF7DB](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12003001263#_VCR_IPnF7DB)
- 4 NIHS-NIH, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010; 82(1): 10-16, acceso en sep. 2014. [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12010005268#\\_VCRvWvnF7Mx](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12010005268#_VCRvWvnF7Mx)
- 5 OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2a ed. 2005. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241562846index/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html)
- 6 NIHS-NHS, Stegeman BH, de Bastos M, Rosendaal FR, van Hylekama Vlieg A, Helmerhorst FM, Stijnen T, Dekkers OM. Different combined oral contraceptives and the risk of venous thrombosis: systematic review and network meta-analysis. BMJ 2013; 347: f5298. [http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012053352#\\_VCRcl\\_nF6RJ](http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012053352#_VCRcl_nF6RJ)
- 7 NIHS-NHS, Chan W S, Rya J, Wai E K, Ginsburg S, Hannah M E, Corey P N, Ginsberg J S. Risk of stroke in women exposed to low-dose oral contraceptives. Archives of Internal Medicine 2004; 164(7): 741-747. [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12004008266#\\_VCR-h\\_nF7DB](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12004008266#_VCR-h_nF7DB)

## 2. Inyectables Mensuales

Cada Ampolla para aplicación IM disponible en el MINSA contiene:  
Valerato de estradiol 5 mg + Enantato de noretisterona 50 mg en 1 mL

[La información contenida en este capítulo es válida para todos los otros Anticonceptivos Hormonales Combinados (AHC). Los inyectables mensuales son a su vez AHC]

### Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los inyectables mensuales son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>a</sup>**, además de condones, anticonceptivos orales combinados (AOC) y trimestrales.
- **Las alteraciones en la menstruación son comunes pero no perjudiciales.** Lo habitual es que la menstruación sea más leve, de menor cantidad de días, o que el sangrado sea irregular o infrecuente.
- **Regrese en la fecha de la cita para su próxima dosis.** Para una eficacia óptima es importante regresar cada 4 semanas.
- **La inyección mensual puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días.** La usuaria debe volver, incluso si es más tarde.
- **En el MINSA el personal de salud dará seguimiento a través de los ESAFC / GISI a las usuarias.**
- El sector privado debe dar seguimiento a las usuarias a través de la gerencia del censo de planificación familiar, haciendo uso de llamadas telefónicas, para recordarles la cita o para la búsqueda de inasistentes.

### Definición

Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas (un progestágeno y un estrógeno) iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados-AOC también tienen estos 2 tipos de hormonas).

También reciben el nombre de “la inyección mensual” y anticonceptivos inyectables combinados.

### Mecanismo de acción

- Funcionan fundamentalmente impidiendo la ovulación.

### Eficacia anticonceptiva

*La eficacia depende de la puntualidad:* La mayor probabilidad de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

- Uso común: 3% de embarazos durante el primer año de uso.(Efectividad)
- Uso ideal: Menos de 1% de embarazo en el primer año de uso (5 por cada 10,000 usuarias) **(B)**<sup>1</sup>

*Retorno de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones:* En promedio 5 meses después de su última inyección.

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH:* Ninguna

<sup>a</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSA, Sep. 2012.

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra las ITS incluyendo el VIH. **(B)**<sup>1</sup>

**¿Cuáles son las evaluaciones necesarias antes de prescribir a la usuaria AHC la primera vez?**

- Tomar una historia detallada incluyendo condiciones médicas como migraña, uso de medicamentos, historia médica familiar, factores de estilo de vida tales como fumado, y actualizar esta historia cada 6 meses. **(PBP)**<sup>1</sup>
- Tomar la presión arterial a todas las mujeres antes de la prescripción de AHC. **(C)**<sup>1</sup>
- Registrar el índice de masa corporal (IMC) a todas las mujeres de primera vez y subsecuentes, antes de la prescripción de inyectables mensuales. **(PBP)**<sup>1</sup> El riesgo de usar AHC en mujeres con IMC > 35 sobrepasa a los beneficios. **(B)**<sup>1</sup>

**Algunas mujeres dicen que les gustan los inyectables mensuales porque**

- No requieren ninguna acción diaria
- Son privadas: Nadie se entera si una mujer está usando anticoncepción
- Las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento
- Son buenas para regular el intervalo intergenesico

**Tabla # 6. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los inyectables mensuales**

Efectos secundarios	Beneficios	Riesgos conocidos para la salud
Algunas usuarias manifiestan lo siguiente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo: Sangrado más leve y de menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente, sangrado prolongado, ausencia de sangrado. <b>(PBP)</b><sup>1</sup></li> <li>• Aumento de peso, cefaleas, mareos, mastalgia</li> </ul>	Los beneficios son similares a los de los anticonceptivos orales combinados (ver AOC)	Los riesgos para la salud son similares a los de los anticonceptivos orales combinados (ver AOC)

**Aclaración de Mitos relacionado al uso de los Inyectables mensuales:**

- Pueden interrumpir las menstruaciones, pero eso no es perjudicial. Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No están en fases experimentales de estudio. Han sido aprobados en todos los países y desde hace muchos años.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan adelanto de la menopausia.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No provocan prurito.
- No alteran el comportamiento sexual de la mujer.

### ¿Quiénes pueden utilizar las inyectables mensuales?

Seguro y adecuado para la mayoría de las mujeres ajustándose a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME).

La mayoría de mujeres pueden utilizar Inyectables mensuales de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto provocado o espontáneo
- Fumen cigarrillos, si son menores de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir. El ritonavir reduce la eficacia de los inyectables mensuales.

### Criterios Médicos de Elegibilidad

Para los inyectables mensuales, al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para la prescripción de Métodos Anticonceptivos que se encuentra en el Anexo # 3.

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias nuevas y subsecuentes de este método. Su utilización apropiada mejora la selección apropiada del MAC y favorece la adherencia al método.

### ¿Cuándo comenzar la aplicación de los inyectables mensuales? <sup>1</sup>

La mujer puede comenzar con inyectables mensuales cuando quiera si está razonablemente segura de no estar embarazada. Para estar razonablemente segura de no estar embarazada, utilizar la Lista de Verificación del Embarazo. (Ver Anexo # 1)

La tabla siguiente presenta las diferentes situaciones que atraviesa una mujer en edad fértil y de acuerdo a ellas, cuándo puede empezar a utilizar las inyectables mensuales.

**Tabla # 7. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar las Inyectables mensuales**

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar inyectables mensuales
Está teniendo ciclos menstruales o cambiando de un método no hormonal a inyectables mensuales	<p><b>Cualquier momento del mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está dentro de los 7 días de iniciada su menstruación, no necesita método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 7 días desde el inicio de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inyección.</li> <li>• Si está cambiando de un DIU a inyectables mensuales, puede comenzar con los inyectables inmediatamente.</li> </ul>
Cambiando de otro método hormonal a inyectables mensuales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o si está razonablemente seguro que no está embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar inyectables mensuales
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está cambiando de inyectable, puede recibir el nuevo inyectable cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.</li> </ul>
Lactancia materna. Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retrase la primera inyección hasta 6 meses después del parto o cuando la lactancia ya no sea el principal alimento del bebé, lo que ocurra primero. (A)<sup>2</sup></li> </ul>
Lactancia materna. Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha regresado la menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables igual que se recomienda a las mujeres que tienen ciclos menstruales.</li> </ul>
No amamanta. Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento en los días 21–28 después del parto. No necesita un método de respaldo. Si corre riesgo adicional de TVP (antecedente de haber tenido TVP, mucho tiempo postrada en una cama, cirugías que requieren inmovilización prolongada), espere hasta las 6 semanas.</li> </ul>
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha vuelto la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables tal como se aconseja a las mujeres que presentan ciclos menstruales.</li> </ul>
No menstrúa (no relacionado con lactancia o parto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la causa de la amenorrea y referir a un especialista.</li> <li>• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si hay una seguridad razonable que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.</li> </ul>
Después de pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días siguientes a una pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita un método de respaldo.</li> <li>• Si pasaron más de 7 días de la pérdida del embarazo en el primer o segundo trimestre, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.</li> </ul>
Después de píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con inyectables el mismo día de las PAE. No es preciso esperar a la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.</li> </ul>

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

**Consejería sobre los efectos secundarios**

Antes de aplicar la inyección hay que dar consejería detallada sobre las alteraciones en la menstruación y otros efectos secundarios (PBP)<sup>1</sup>.

*“La consejería sobre las alteraciones en la menstruación puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método”.*

**Explique sobre los efectos secundarios lo siguiente:**

- No son signos de enfermedad.
- Usualmente disminuyen o cesan en los primeros meses después del inicio de las inyecciones.
- Son comunes, pero algunas mujeres no los presentan.
- La usuaria puede volver por ayuda si los efectos secundarios le molestan.
- Reporte las reacciones adversas mediante la Farmacovigilancia<sup>b</sup>.

**Aplicación de la inyección****1. Obtenga una dosis de inyectable mensual, aguja y jeringa**

- Para cada inyección usar una jeringa y aguja descartables de un paquete nuevo sellado (dentro de la fecha de vencimiento y no dañado).

**2. Lavado**

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Si el sitio de inyección está sucio, lávelo con agua y jabón.
- Limpiar el sitio con antiséptico.

**3. Prepare la inyección**

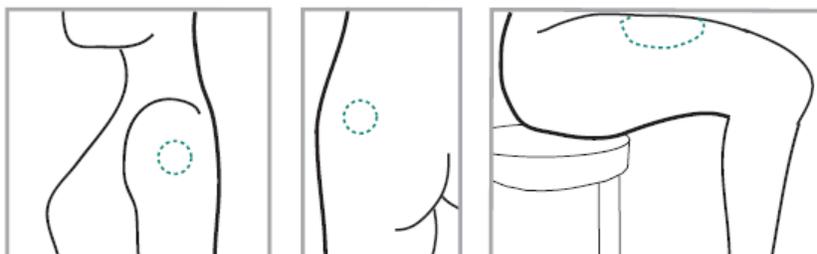
- No es necesario agitar la ampolla.
- Si la ampolla está fría, caliéntela a temperatura cutánea antes de aplicarla.

**4. Llenar la jeringa**

- Llene la jeringa con la dosis apropiada.

**5. Inyectar la fórmula**

- Verificar la fecha de vencimiento del insumo
- Retraer el embolo para aspirar
- Inserte la aguja estéril profundamente en la parte superior del brazo (músculo deltoides), nalgas (músculo glúteo, porción supero externa), o en la parte exterior del muslo (anterior), a elección de la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa.
- No masajee el sitio de inyección.



<sup>b</sup> Normativa 063 norma y guía para la notificación obligatoria de reacciones adversas asociadas a insumos médicos. Minsa. Nicaragua. Año 2011.

## 6. Descarte las jeringas descartables y las agujas de forma segura

- No vuelva a ponerle la tapa, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas.
- Colóquelas en un recipiente para elementos corto-punzantes.
- No reutilice las jeringas y agujas descartables.

### Apoyo a la usuaria. De instrucciones específicas

- Díglele que no masajee el sitio de inyección.
- Díglele a la usuaria el nombre de la inyección y programe la fecha de su próxima inyección para dentro de 4 semanas (recuerde que la inyección puede adelantarse o atrasarse 1 semana y sigue siendo muy efectiva)
- **Vuelva cuando quiera**”: razones para volver antes de la próxima inyección. Asegúrele a la usuaria que será bien recibida si quiere volver en cualquier momento, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o quiere otro método; si tiene un cambio importante en el estado de su salud; o si piensa que puede estar embarazada.

### Planificación de la próxima inyección

1. Acuerde una fecha para su próxima inyección en 4 semanas.
2. Pídale que trate de venir el día de la cita. Puede venir hasta 7 días antes o 7 días después y aun así recibir la inyección.
3. Debe volver aun cuando sea muy tarde para su próxima inyección. Si tiene un atraso mayor de 7 días, debe abstenerse de sexo o utilizar condones, espermicidas, o coito interruptus hasta que pueda recibir la inyección. También puede considerar las PAE si tiene más de 7 días de atraso y si ha tenido sexo no protegido en los últimos 5 días.
4. Recuerde a la usuaria que **los inyectables mensuales son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>c</sup>**, además de condones, anticonceptivos orales combinados (AOC) e inyectables trimestrales.

### Ayuda a las usuarias

#### Consultas para la repetición de la inyección

1. Pregúntele cómo le está yendo con el método y si está contenta. Si tiene alguna pregunta o algo que hablar, especialmente si está preocupada por cambios en el sangrado. Dele la información o ayuda que necesite. **(PBP)<sup>1</sup>**
2. Aplíquela la inyección. La inyección se puede aplicar hasta 7 días antes o 7 días después de la fecha establecida.
3. Planifique su próxima inyección en 4 semanas. Recuérdele que debe tratar de llegar el día de la cita, pero que debería venir aunque sea después.
4. Controle la PA preferiblemente en cada cita para inyección, o al menos una vez al año.
5. A usuarias que han usado por mucho tiempo este método, pregúntele si ha tenido algún problema de salud. Preguntar sobre su menstruación y cómo se siente al

<sup>c</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSa, Sep. 2012.

respecto. Aborde cualquier problema si corresponde. Si presenta algún problema de salud que pueda requerir cambiar de método.

6. Revise las fechas de pesos previos a la visita actual, preguntar a la usuaria si se siente bien y de consejería si es necesario.

### Abordaje de inyecciones atrasadas

- Si la usuaria tiene un atraso menor de 7 días para repetir la inyección, puede recibir la próxima inyección. No necesita exámenes, evaluación, o método de respaldo.
- Una usuaria que tiene más de 7 días puede recibir su próxima inyección si:
  - No ha tenido sexo desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido su última inyección, o
  - Ha utilizado un método de respaldo o ha recibido PAE después de tener sexo no protegido desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido la última inyección. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si la usuaria tiene más de 7 días de atraso y no cumple con estos criterios, deben realizarse pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada.
- Analice con la usuaria por qué vino tarde y las posibles soluciones. Si con frecuencia le resulta difícil acudir en fecha, hable con ella sobre el uso de un método de respaldo cuando se retrase para su próxima inyección, como recibir PAE, o elegir otro método, por ejemplo el inyectable trimestral.

### Abordaje de problemas

#### Efectos secundarios.

Pueden o no ser debidos al método.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios, escuche sus inquietudes, brinde consejos y si corresponde, dele tratamiento.
- Ofrezcale ayuda para elegir otro método, si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

#### Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molestan a la usuaria)

- Infórmele explicando que muchas mujeres que utilizan los inyectables mensuales presentan sangrado irregular. No hace mal y usualmente disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses de uso. **(PBP)**<sup>1</sup>
- En caso que se asocie con dolor, prescriba ibuprofeno 800 mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere otras razones no vinculadas con el uso del método.

### **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)**

- Infórmele diciendo que muchas mujeres que usan inyectables mensuales presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es dañino y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Recomiéndele que tome Té de manzanilla, un masaje con calor local y descansar en posición supina.
- Prescriba ibuprofeno 800 mg 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros AINE (indometacina, diclofenac, piroxican, meloxican, naproxeno, etc), comenzando cuando empiece el sangrado profuso para un alivio modesto a corto plazo.
- Para ayudar a evitar la anemia dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, (tales como frijoles, carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, verduras de hojas verdes y legumbres) y prescriba suplementos de hierro disponible en el MINSa, como sulfato ferroso en presentación de tabletas de 60 mg de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico en dosis de 100 a 200 mg/d por 4 meses<sup>3</sup>.
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere otras razones no vinculadas con el uso del método que requieren valoración por personal más calificado.

### **No menstrúa**

- Infórmele diciendo que hay algunas mujeres que utilizan inyectables mensuales que dejan de tener menstruación, y que esto no es dañino. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se sienten contentas de no presentar menstruación).

### **Cambio de peso**

- Evaluar el peso a través del cálculo del IMC y su clasificación (Ver Anexo # 5). Revise la dieta y aconseje según sus necesidades. Tomando en cuenta que la consejería va a depender de los hábitos alimenticios de la usuaria, de la disponibilidad de alimentos en el hogar y de las patologías de base.

### **Cefaleas comunes (no migrañosas)**

- Prescriba acetaminofén (500–1000 mg)
- Las cefaleas que empeoran o que aparecen más a menudo durante el uso de los inyectables deben ser evaluadas y buscar otras causas y remita.

### **Sensibilidad en los pechos**

- Recomiéndele que use un sostén ajustado (inclusive durante el ejercicio y al acostarse).
- Recomiende compresas calientes o frías.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg).

### **Nuevos problemas que podrían requerir cambiar de método**

Pueden o no deberse al método.

**Sangrado vaginal inexplicado** (que sugiera una afección médica no relacionada con el método)

- Evalúe mediante anamnesis y examen pélvico. Diagnostique y dele tratamiento según corresponda
- Refiera a la paciente a un centro de mayor resolución sino se establece la causa del sangrado,
- Puede seguir utilizando los inyectables mensuales mientras se está evaluando su condición.
- Si el sangrado es provocado por una ITS o por enfermedad pélvica inflamatoria puede seguir utilizando los inyectables mensuales durante el tratamiento.

**Cefaleas migrañosas**

- No es recomendable el uso de anticonceptivos inyectables.
- Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

**Circunstancias que le impidan caminar durante una semana o más**

- Si va a realizarse cirugía mayor, o si tiene una pierna con un yeso, o por alguna otra razón no va a poder moverse durante varias semanas, debería:
  - Decirle al médico que está utilizando inyectables mensuales.
  - De ser posible, interrumpir las inyecciones un mes antes de la cirugía programada y utilizar un método de respaldo durante este periodo.
  - Volver a comenzar los inyectables mensuales a las 2 semanas de que se pueda mover nuevamente.

**Algunas patologías graves** En algunas patologías graves (sospecha de cardiopatía o hepatopatía grave, TVP, accidente cerebro vascular, cáncer de mama, daño arterial, de la visión, riñones, o del sistema nervioso provocado por diabetes, o patología de vesícula biliar). En casos de hipertensión arterial  $\geq 160$  mm Hg la sistólica y  $\geq 95$  mm Hg la diastólica, representa un riesgo inaceptable para el uso de AHC (**B**)<sup>1</sup>:

- Dígale que suspenda los inyectables.
- Sumínístrele un método de respaldo para que use mientras se evalúa su condición y dirija la consejería hacia el uso de métodos permanentes, los inyectables mensuales son categoría 4 para mujeres con estas patologías.
- Si no se encuentra ya bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención.

**Sospecha de embarazo**

- Evaluar si hay embarazo.
- Interrumpir las inyecciones si se confirma el embarazo.
- No hay riesgos conocidos para el feto concebido mientras que una mujer está utilizando inyectables.

**Inicia tratamiento con lamotragina (anticonvulsivante) o ritonavir**

- Es mejor que la mujer cambie a usar inyectables de progestágeno solo, implantes, el DIU, o cualquier método no hormonal.

## **Preguntas y respuestas sobre los inyectables mensuales**

### **1. ¿Qué diferencias hay entre los inyectables mensuales, el AMPD (inyección de 3 meses) o NET-EN (inyección de 2 meses)**

La principal diferencia entre los inyectables mensuales y AMPD o NET-EN es que un inyectable mensual contiene un estrógeno y un progestágeno, convirtiéndolo en un método combinado. Por el contrario, AMPD y NET-EN contienen sólo progestágeno. Además, los inyectables mensuales contienen menos progestágeno. Estas diferencias provocan un sangrado más regular y menos trastornos del sangrado que con AMPD o NET-EN. Los inyectables mensuales requieren una inyección mensual, mientras que NET-EN se inyecta cada 2 meses y AMPD cada 3 meses.

### **2. ¿Los inyectables mensuales funcionan como los AOC (Anticonceptivos Orales Combinados)?**

En términos generales sí. Los inyectables mensuales son similares a los anticonceptivos orales combinados (AOC). Los inyectables mensuales, sin embargo, no pasan por el hígado primero porque no son ingeridos por boca como los AOC. Los inyectables mensuales tienen menos efecto que los AOC sobre la presión arterial, la coagulación, la descomposición de las sustancias grasas, el metabolismo lipídico y la función hepática.

### **3. ¿Los inyectables mensuales producen defectos de nacimiento? ¿Se dañará el feto si una mujer utiliza inyectables mensuales estando embarazada?**

No. Hay buena evidencia que surge de estudios sobre otros métodos hormonales, que muestra que los anticonceptivos hormonales no producen defectos de nacimiento y no dañan al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza inyectables mensuales o inicia el uso de inyectables cuando ya está embarazada.

### **4. ¿Los inyectables mensuales producen abortos?**

No. La investigación sobre anticonceptivos combinados encuentra que no produce distorsión de un embarazo existente. No deben ser usados como abortivos. No funcionarán.

### **5. ¿Las fechas de repetición de las inyecciones deben basarse en la fecha de inicio de la menstruación?**

No. Algunos proveedores piensan que hay que aplicar la próxima inyección sólo cuando comienza la siguiente menstruación. Sin embargo, no debe usarse la “menstruación” para guiar el programa de inyecciones. La mujer debe recibir la inyección cada 4 semanas.

### **6. ¿Es posible usar los inyectables mensuales para provocar la menstruación?**

No. La mujer puede presentar algo de sangrado vaginal (un “sangrado por supresión”) como resultado de una inyección, pero no hay evidencia de que por aplicar a una mujer que tiene un sangrado irregular una única inyección de inyectables mensuales provoque el comienzo correcto de su menstruación alrededor de un mes después.

### **7. ¿La mujer que fuma puede usar inyectables mensuales con seguridad?**

Las mujeres menores de 35 años que fuman cigarrillos, sin importar la cantidad, y las mujeres de 35 años y mayores que fuman menos de 15 cigarrillos por día pueden usar inyectables mensuales con seguridad. (En cambio, las mujeres de 35 años y más que fuman cigarrillos sin importar la cantidad, no deben usar inyectables mensuales). Las mujeres de 35 y más que fuman más de 15 cigarrillos por día deben elegir un método sin estrógenos como los inyectables de progestágeno solo, si se encuentra disponible. Hay que instar a todas las mujeres que fuman a que dejen de hacerlo.

### **8. ¿Los inyectables mensuales alteran el estado de ánimo o el deseo sexual de la mujer?**

Generalmente, no (C)<sup>1</sup> La gran mayoría de las usuarias de inyectables mensuales no relatan ningún cambio de ese tipo, pero algunas relatan que hay una mejoría del estado de ánimo y del deseo sexual. No existen evidencias de que los inyectables mensuales afecten el estado de ánimo y el comportamiento sexual de la mujer.

### **9. ¿Las mujeres con venas varicosas pueden usar inyectables mensuales con seguridad?**

Sí. Los inyectables mensuales son seguros para las mujeres con venas varicosas. Las venas varicosas son vasos sanguíneos superficiales. No son peligrosos.

Las mujeres que presenten o que hayan presentado trombosis venosa profunda-TVP no deben usar inyectables mensuales.

### **10. ¿Los inyectables mensuales producen infertilidad en la mujer?**

No. Puede haber una demora en la recuperación de la fertilidad tras suspender los inyectables mensuales, pero con el tiempo la mujer puede quedar embarazada, si bien la fertilidad disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de usar inyectables mensuales generalmente se recupera unos pocos meses después de la última inyección. Algunas mujeres quizás tengan que esperar unos pocos meses antes de recuperar el patrón de sangrado habitual.

### **11. ¿Cuánto demora en quedar embarazada una mujer después de interrumpir los inyectables mensuales?**

Quedan embarazadas en promedio 5 meses después de su última inyección. La mujer no debe preocuparse si no queda embarazada aún a los 12 meses. Después de interrumpir los inyectables mensuales, la mujer puede ovular antes de que se recupere la menstruación, y puede así quedar embarazada.

### **12. ¿Qué pasa si una mujer regresa tarde para recibir su próxima inyección?**

Se recomienda darle a la mujer su próxima inyección mensual si viene hasta 7 días tarde, sin necesitar ninguna evidencia más de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres vuelven incluso más tarde a repetir su inyección. Los proveedores de salud pueden usar otras opciones para evaluar el embarazo si la usuaria de los inyectables mensuales regresa más de 7 días tarde para la repetición de su inyección.

## **Referencias Bibliográficas:**

1 OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2a ed. 2005, acceso en sep. 2014, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241562846index/en/index.html](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/index.html)

2 NIHS-NIH, Kapp N, Curtis KM. Combined oral contraceptive use among breastfeeding women: a systematic review. Contraception 2010; 82(1): 10-16, acceso en sep. 2014 <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12010005268#VCR=WvnF7Ms>

3 Ministerio de Salud. DGIM. Formulario Nacional de Medicamentos. MINSA/DGIM. 7a Ed.2014. Managua.

### 3. Inyectables de Progestágeno Solo (IPS) Trimestrales

Cada Ampolla para aplicación IM disponible en el MINSA contiene:  
Acetato de **Medroxi Progesterona** de **Depósito** 150 mg en 1 mL

#### Puntos clave para proveedores y usuarias

- Es uno de los MAC temporales de larga duración con mejor relación costo-efectividad.
- **Los inyectables trimestrales de AMPD, son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>a</sup>**, además de condones, anticonceptivos orales combinados (AOC) e inyectables mensuales.
- En adolescentes es una opción después de haber considerado los MAC en Categoría 1 de CME.<sup>1</sup>
- El uso puede continuar hasta los 50 años de edad. **(PBP)<sup>1</sup>**
- **Los cambios en el sangrado son comunes pero no hacen daño.** Lo usual es que haya sangrados irregulares los primeros meses y luego no hay sangrado menstrual. **(PBP)<sup>1</sup>**
- Las usuarias potenciales deben ser informadas de las principales razones de discontinuación de estos inyectables. **(A)<sup>1</sup>**
- **Informar que** aproximadamente el 50% de las usuarias de inyectables de progestágeno solo discontinuarán la inyección en el primer año de uso, siendo la principal causa de discontinuación las alteraciones en el sangrado. **(B)<sup>1</sup>**
- **Volver por las inyecciones con regularidad.** Para óptima eficacia, es importante volver cada 3 meses (13 semanas) en el caso de las AMPD. **(C)<sup>1</sup>**
- **La inyección puede suministrarse hasta con 4 semanas de retraso.** La usuaria debe regresar aunque sea más tarde.
- **El aumento gradual de peso es común.** **(C)<sup>1, 2</sup>**
- **Con frecuencia hay una demora en el restablecimiento de la fertilidad.** En promedio, la mujer demora unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir los inyectables de progestágeno solo, comparado con otros métodos.<sup>3</sup>

#### Definición

Las inyecciones de progestágeno solo (IPS), contienen un solo tipo de hormona igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer.

La AMPD de 150 mg en 1 ml (**Acetato de MedroxiProgesterona de Depósito**) es para 3 meses de protección anticonceptiva).

No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno. **(B)<sup>1</sup>**

<sup>a</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSA, Sep. 2012.

AMPD, el inyectable de progestágeno solo de mayor uso es conocida como “la inyección de 3 meses”.

Se administran mediante inyección intramuscular. La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo.

### Mecanismo de Acción

- Funcionan fundamentalmente impidiendo la ovulación. (C)<sup>1</sup>

### Eficacia anticonceptiva

*La eficacia depende de que las inyecciones se reciban con regularidad: La probabilidad mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección.*

- Uso común: Aproximadamente 3% de probabilidad de embarazos durante el primer año de uso.
- Uso ideal: Al recibir sus inyecciones a tiempo, menos de 1% de probabilidad de embarazo durante el primer año de uso (3 por cada 1000 mujeres). (A)<sup>1</sup>

*Recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones:* Para algunas mujeres, la fertilidad regresa inmediatamente. Para otras, puede que tome entre 6 y 18 meses o aún más tiempo para que el ciclo hormonal del cuerpo regrese a la normalidad.

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH: Ninguna*

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH (B)<sup>1</sup>

**Tabla # 8. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud con el uso de la AMPD**

Efectos Secundarios	Beneficios conocidos para la salud	Riesgos para la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los patrones de sangrado. En los 3 primeros meses: sangrado irregular, sangrado prolongado. Al año: ausencia de menstruación, sangrado infrecuente, sangrado irregular.</li> <li>• Aproximadamente el 50% de las usuarias de inyectables de progestágeno solo descontinuarán la inyección en el primer año de uso, siendo la principal causa de discontinuación las alteraciones en el sangrado. (B)<sup>1</sup></li> <li>• Aumento de peso:</li> </ul>	<p>Ayuda a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo no deseado</li> <li>• Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial)</li> <li>• Fibromas uterinos</li> <li>• Anemia por deficiencia de hierro, por la amenorrea que produce</li> </ul> <p>Puede ayudar a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática</li> </ul> <p>Reduce:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crisis de anemia falciforme</li> </ul>	<p>Ninguno</p>

Efectos Secundarios	Beneficios conocidos para la salud	Riesgos para la salud
(aproximadamente 1 o 2 kg por año) (C) <sup>1,2</sup> , <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cefaleas, mareos, distensión y molestia abdominal,</li> <li>• Cambios de humor,</li> <li>• Disminución del deseo sexual.</li> <li>• Otros posibles cambios físicos: Pérdida de densidad ósea (B)<sup>1</sup></li> </ul>	en las mujeres con anemia falciforme <ul style="list-style-type: none"> <li>• Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)</li> </ul> A algunas mujeres les gustan debido a : <ul style="list-style-type: none"> <li>• No requieren ninguna acción diaria</li> <li>• No interfieren con el sexo</li> <li>• Son privados: Nadie se da cuenta de que la mujer utiliza anticoncepción</li> <li>• No hay sangrado menstrual (para muchas mujeres)</li> <li>• Pueden ayudar a la mujer a aumentar de peso (C)<sup>1,2</sup></li> </ul>	

#### Aclaración de Mitos relacionados al uso de los inyectables de progestágeno solo

- La mujer puede dejar de tener sangrado menstrual, pero eso no es malo. Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No alteran el curso de un embarazo ya existente.
- No produce infertilidad en la mujer.

#### Entrega de Anticonceptivos Inyectables en la Comunidad

Este método es más fácil de adquirir cuando se ofrece tanto en la comunidad como en las unidades de salud. En la comunidad se ofrece a través de la Estrategia ECMAC, en coordinación estrecha con la comunidad y con seguimiento de la unidad de salud a la que pertenece dicha comunidad. Esta estrategia ha mostrado ser segura, eficaz y aceptable para las usuarias. Los voluntarios, deben estar debidamente capacitados.<sup>4</sup> La valoración, prescripción y aplicación de la dosis inicial debe realizarse en la unidad de salud, por personal médico o de enfermería, refiriendo a la usuaria para dosis subsecuentes al puesto de ECMAC más cercano a su comunidad.

Los proveedores de ECMAC, para la aplicación de inyectables de progestágeno solo, en la comunidad, deben ser capacitados para:

- Administrar inyecciones de forma segura e informar a las mujeres sobre el retorno atrasado de su fertilidad (C)<sup>1</sup> y los efectos secundarios comunes, como sangrado irregular, ausencia de sangrado mensual y aumento de peso. (C)<sup>1,2</sup>
- Determinar si la usuaria subsecuente está o no embarazada en mujeres con más de 4 semanas de retraso para la inyección de AMPD.
- Razones para referir a la unidad de salud para valoración de continuidad o cambio de método o para aprovechar las oportunidades de tamizajes con pruebas como Papanicolaou, etc. La unidad de salud debe servir de “base” para los

proveedores comunitarios, es decir, un lugar donde deben acudir para reabastecimiento, supervisión, capacitación y asesoría, así como para entregar sus registros.

- Elegibilidad médica para continuar con los inyectables de progestágeno solo.
- Si es posible tomar la presión arterial e identificar si está normal o no.

### ¿Quiénes pueden usar inyectables de progestágeno sólo?

Seguro y adecuado para la mayoría de las mujeres, de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME).

La mayoría de las mujeres pueden utilizar inyectables de progestágeno solo, de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no de cualquier edad, incluso adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen
- Estén amamantando (B)<sup>1</sup>
- Estén infectadas con VIH, estando o no en terapia antirretroviral

### Criterios Médicos de Elegibilidad para Inyectables de Progestágeno Sólo

Para los inyectables de progestágeno solo (IPS), al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para la prescripción de Métodos Anticonceptivos (Ver Anexo # 3)

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias nuevas y subsecuentes de este método. Su utilización apropiada mejora la selección apropiada del MAC y favorece la adherencia al método.

### ¿Cuándo comenzar la aplicación de inyectables de progestágeno solo?.

La mujer puede empezar a utilizar inyectables de progestágeno solo, en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de Verificación de Embarazo (Ver Anexo # 1).

Haga énfasis en mencionarle a la usuaria que es muy importante la certeza de que no esté embarazada.

La tabla siguiente presenta las diferentes situaciones que atraviesa una mujer en edad fértil y de acuerdo a ellas, cuándo puede empezar a utilizar los **Inyectable de Progestageno Solo**.

**Tabla # 9. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar Inyectable de Progestageno Solo**

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar la inyectable trimestral
Tiene ciclos menstruales o cambia de un método sin hormonas a IPS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está dentro de los 7 días de inicio de la menstruación, no precisa método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 7 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar la inyectable trimestral
	<p>existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inyección.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si se está cambiando de un DIU a IPS, podrá comenzar con inyectables inmediatamente.</li> </ul>
<p>Cambiando de otro método hormonal a IPS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de método de respaldo. <b>(PBP)<sup>1</sup></b></li> <li>• Si está sustituyendo otro inyectable, puede comenzar con el nuevo inyectable cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.</li> </ul>
<p>Lactancia materna. Menos de 6 meses después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede aplicarse en el post parto inmediato (vaginal o cesárea). Corresponde a la Categoría 3 de los CME.</li> <li>• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con IPS en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No precisa método de respaldo. Corresponde a la Categoría 1 de los CME.</li> <li>• Si su menstruación ha vuelto, comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Más de 6 meses después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.</li> <li>• Si su menstruación ha vuelto, comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>No amamantando. Menos de 4 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento. No precisa método de respaldo.</li> </ul>
<p>Más de 4 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.</li> <li>• Si su menstruación ha vuelto, comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar la inyectable trimestral
Después de pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días después de pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no precisa método de respaldo. (C)<sup>1</sup></li> <li>• Si han pasado más de 7 días de pérdida del embarazo del primer o segundo trimestre, podrá comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección.</li> </ul>
Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede comenzar con inyectables el mismo día de las PAE, o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección. Deberá volver si presenta signos o síntomas de embarazo además de no tener menstruación.</li> </ul>

### Consejería sobre los efectos secundarios

Antes de aplicar la inyección debe brindarse una detallada consejería sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios.

*“La consejería sobre las alteraciones en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método”.*

### Explique sobre los efectos secundarios lo siguiente:

- No son signos de enfermedad.
- Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.
- La usuaria puede retornar por ayuda si le preocupa algún efecto secundario.
- Reporte las reacciones adversas mediante la Farmacovigilancia<sup>b</sup>.

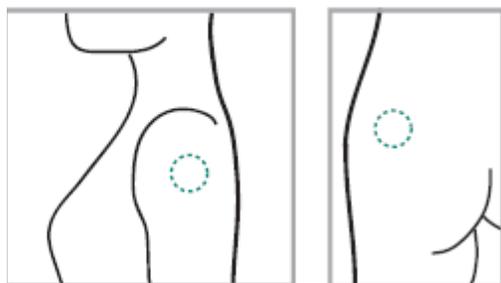
### Administración de la Inyección trimestral

Recordar que el fco ampolla debe permanecer en posición vertical y mantenerse a temperatura ambiente.

1. Obtenga la dosis de inyectable, aguja y jeringa
  - AMPD: 150 mg intramuscular.
  - AMPD: Una jeringa de 2 ml y una aguja intramuscular calibre 21–23.
  - Utilice para cada inyección, una jeringa y aguja descartable (con fecha de caducidad vigente y sin daños).
2. Lave
  - Lávese las manos con agua y jabón.
  - Si la piel en el sitio de inyección está sucia, lávela con agua y jabón.
  - Si la piel en el sitio de inyección está limpia solamente limpiar con antiséptico.
3. Prepare el vial
  - Agite vigorosamente la ampolla.
  - No es necesario limpiar el extremo superior del frasco con antiséptico.

<sup>b</sup> Normativa 063 norma y guía para la notificación obligatoria de reacciones adversas asociadas a insumos médicos. Minsa. Nicaragua. Año 2011.

- Si el frasco está frío, entíbielo a la temperatura cutánea antes de aplicar la inyección.
4. Llene la jeringa
    - Perfore el extremo superior del frasco con la aguja estéril y llene la jeringa con la dosis a aplicar.
  5. Aplique la inyección
    - Inserte profundamente la aguja estéril en la parte superior del brazo (músculo deltoides), o la nalga (músculo glúteo, parte superior externa), según prefiera la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa.
    - No masajee el sitio de inyección.



6. Elimine de manera segura las jeringas y agujas descartables
  - No reduzca, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas.
  - Colóquelos en un recipiente para eliminación de elementos punzo-cortantes
  - No reutilice jeringas ni agujas. La reutilización puede transmitir enfermedades tales como el VIH y la hepatitis.

**Apoyo a la usuaria.** De instrucciones específicas. Dígale que no masajee el sitio de inyección. Dígale a la usuaria el nombre de la inyección y acuerde una fecha para su próxima inyección.

**“Vuelva cuando quiera”. Razones para volver antes de la fecha de la próxima inyección**

- Transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada.
- Debe regresar inmediatamente a la unidad de salud si tiene síntomas o signos de infección. **(PBP)<sup>1</sup>**

**Programación de la próxima inyección**

1. Acuerde la fecha para su próxima inyección en 3 meses **(C)<sup>1</sup>** Analice formas de recordar la fecha, tal vez, asociándola con un día feriado o con otro evento.
2. Pídale que intente regresar a tiempo. En el caso del AMPD, ella puede regresar hasta 4 semanas tarde y aún recibir la inyección. También puede regresar hasta 2 semanas antes de la fecha programada.
3. No importa cuán tarde regrese, ella debe regresar para recibir su próxima inyección. Si regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, debe abstenerse de tener sexo, o utilizar condones, espermicidas o coito interrumpido (retiro) hasta que reciba su

inyección. Además, si ha tenido sexo en los últimos 5 días sin usar otro método anticonceptivo, considerar las PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia).

4. Si la usuaria es de una comunidad donde está el ECMAC recuérdela a la usuaria que **los inyectables trimestrales son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia ECMAC**, además de condones, anticonceptivos orales combinados e inyectables mensuales.

**Ayuda a usuarias subsecuentes.** Visitas para sus próximas inyecciones

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en su sangrado. Sumínstrele cualquier información o ayuda que necesite.
3. Programe su próxima inyección. Acuerde una fecha para su próxima inyección en 3 meses o 13 semanas. Recuérdela que debe intentar volver en fecha, pero que aun cuando se atrase es importante que vuelva.
4. Controle su presión arterial en cada visita.
5. Pregunte a la usuaria si ha aparecido algún problema de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Puede haber problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método.

**Abordaje en el caso de inyecciones tardías**

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para la inyección de repetición del AMPD, puede recibir su próxima inyección. No hay necesidad de pruebas, evaluación, o método de respaldo.
- La usuaria que regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD puede recibir su próxima inyección si:
  - No ha tenido sexo desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
  - Ha utilizado un método de respaldo o ha tomado píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) después de cualquier sexo sin protección desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
  - Está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva y tuvo el parto hace menos de 6 meses.

***Necesitará un método de respaldo los 7 primeros días después de la inyección***

- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, se pueden tomar pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada. Estos pasos son útiles, ya que muchas mujeres que han estado utilizando inyectables de progestágeno solo no tendrán su menstruación por un mínimo de algunos meses, incluso después de haberlos dejado. Por lo tanto, pedirle que regrese durante su próxima menstruación significa que su próxima inyección podría retrasarse innecesariamente, quedando sin protección anticonceptiva.
- Comente las razones por las que la usuaria se retrasó y analice soluciones. Recuérdela que debe continuar intentando regresar cada 3 meses. Si venir en la fecha

de la cita resulta un problema frecuente, considere el uso de un método de respaldo cuando exista atraso en su inyección, tomar PAE, o la elección de otro método.

### **Abordaje de problemas.**

#### **Efectos secundarios**

Pueden o no deberse al método.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, dele tratamiento.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método, si ella lo desea, o si no logra superar los problemas.

#### **No tiene la menstruación**

- Manifiéstele que la mayoría de las mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo con el tiempo dejan de tener su menstruación y que eso no es malo. **(B)**<sup>1</sup> No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no pierde su fertilidad. La sangre no se acumula en su cuerpo (Algunas mujeres se alegran de no menstruar).
- Si le incomoda no tener la menstruación, puede cambiar a inyectables mensuales, si están disponibles.

#### **Sangrado irregular** (sangrado en momentos inesperados que preocupan a la usuaria)

- Infórmele que muchas mujeres que usan inyectables de progestágeno solo, presentan sangrado irregular. **(PBP)**<sup>1</sup> Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- En caso de que se asocie con dolor, indique 400 mg de Ibuprofeno después de las comidas, durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método. **(C)**<sup>1</sup>

**Cambio de peso:** Evaluar el peso a través del cálculo del IMC y su clasificación (Ver anexo # 5). Infórmele acerca del aumento de peso que puede provocar la inyectable trimestral<sup>c</sup>. Pregúntele sobre sus hábitos alimenticios y disponibilidad de alimentos en el hogar y de acuerdo a ello bríndele la consejería.

**Distensión y molestia abdominal:** Considere remedios disponibles localmente, como Té de manzanilla, masaje con calor local, descansar en posición supina, comer muchas frutas y verduras, reducir la ingesta de azúcar, la sal, la cafeína y el alcohol.

**Sangrado profuso o prolongado** (el doble de la cantidad usual o más de 8 días de duración)

<sup>c</sup> Los estudios han demostrado que durante los primeros 1 – 2 años de uso, el aumento de peso medio estuvo en torno a 2.3 – 3.6 kg y las mujeres que siguieron el tratamiento durante 4-6 años aumentaron 6.4 – 7.5 kg.  
En: <http://www.rxresource.org/prescription-information/Depo-Provera-Pharmacia-and-Upjohn-Company.html#section-5.10>

- Dígale que algunas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo, experimentan sangrado profuso o prolongado. Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- En caso que se asocie con dolor, indique 400 mg de Ibuprofeno después de las comidas, durante 5 días.
- Si el sangrado pone en peligro la salud de la mujer, o si ella lo desea, ayúdela a elegir otro método.
- Para ayudar a prevenir la anemia, indique suplementos de hierro vía oral y dígale de la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado profuso o prolongado, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacentes no vinculada al uso del método.

**Cefaleas comunes** (no migrañosas). No hay evidencia de asociación causal a los inyectables de progestágeno solo (C)<sup>1</sup>

- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500 mg).
- Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.

**Cambios de humor o del deseo sexual** (no asociados a los inyectables de progestágeno sólo) (C)<sup>1, 5</sup>

- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios importantes en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para una correcta atención.
- Considere remedios disponibles localmente.

**Nuevos problemas que puedan requerir cambiar de método**

Pueden o no deberse al método.

**Migraña**

- Si la mujer presenta migraña sin aura puede continuar utilizando el método, si lo desea.
- Si presenta migraña con aura, no le aplique la inyección. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

**Sangrado vaginal inexplicado** (que sugiere una patología médica no relacionada con el método)

- Refiera a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y dele tratamiento si corresponde. (C)<sup>1</sup>
- Si no puede hallarse una causa para el sangrado, considere interrumpir los inyectables de progestágeno solo para facilitar el diagnóstico. Sumínístrele el método que la usuaria elija para ser utilizado hasta que su patología sea evaluada y tratada (*que no sean implantes ni DIU de hormonas o de cobre*).
- Si el sangrado es causado por una ITS o por una EIP, la mujer podrá seguir utilizando inyectables de progestágeno solo durante el tratamiento.

**Algunas patologías graves** (sospecha de estenosis o bloqueo arterial, hepatopatía grave, hipertensión grave, coágulos de sangre en venas profundas de piernas o en pulmones, accidente cerebrovascular, cáncer de mama, daño arterial, alteraciones de la visión, riñones, o del sistema nervioso provocados por diabetes).

- No le aplique su próxima inyección.
- Dele un método de respaldo para utilizar hasta que se evalúe su condición.
- Si todavía no se está atendiendo remítala para su diagnóstico y tratamiento.

#### **Sospecha de embarazo**

- Haga pruebas de detección de embarazo.
- Si se confirma embarazo, suspenda las inyecciones.

#### **Preguntas y respuestas sobre los inyectables de progestágeno solo**

**1. ¿Puede la usuaria expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS) utilizar inyectables de progestágeno solo?**

Sí. Las mujeres con riesgo de ITS pueden utilizar inyectables de progestágeno solo. El uso correcto y sistemático de condones reducirá su riesgo de infectarse si se exponen a una ITS.

**2. Si una mujer no tiene su menstruación utilizando inyectables de progestágeno solo ¿significa que está embarazada?**

Probablemente no, en especial si está amamantando. Muchas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo, no tendrán su menstruación. **(B)**<sup>1</sup> Si ha estado recibiendo sus inyecciones a tiempo, probablemente no esté embarazada y pueda seguir utilizando inyectables. Si sigue preocupada, ofrecerle una prueba de embarazo. Si le preocupa no tener su menstruación, puede servirle cambiar de método. **(C)**<sup>1</sup>

**3. ¿Son seguros los inyectables de progestágeno solo, para la mujer que está amamantando?**

Sí. Esta es una buena elección para una madre que está amamantando y que quiera un método hormonal. Los inyectables de progestágeno solo, son seguros tanto para la madre como para el bebé. No afectan la producción de leche. **(B)**<sup>1</sup>

**4. ¿Qué aumento de peso experimenta la usuaria que utiliza inyectables de progestágeno solo?**

Las mujeres que utilizan AMPD aumentan un promedio de 1 o 2 kg al año. **(C)**<sup>1, 2</sup> Parte del incremento de peso puede ser el aumento que se ve habitualmente en las personas al aumentar la edad. Algunas mujeres pierden peso o no experimentan ningún cambio significativo de peso.

**5. ¿AMPD causa abortos?**

No. La investigación sobre inyectables de progestágeno solo, concluye que no interrumpen un embarazo.

**6. ¿Los inyectables de progestágeno solo, producen infertilidad en la mujer?**

No. Puede haber una demora en recuperar la fertilidad después de interrumpir el uso de inyectables de progestágeno solo, pero con el tiempo la mujer podrá quedar embarazada igual que antes, aunque, la fertilidad de las mujeres disminuye con la edad. Algunas mujeres deberán esperar varios meses antes de que se restablezcan sus patrones de sangrado.

**7. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de utilizar AMPD o NET-EN?**

Las mujeres que dejan de utilizar AMPD esperan, en promedio, aproximadamente 4 meses más para quedar embarazadas que las mujeres que utilizaron otros métodos. Esto significa, que quedan embarazadas, en promedio, 10 meses después de su última inyección. **(C)**<sup>1</sup>

La mujer no debería preocuparse si no ha quedado embarazada incluso 12 meses después de dejar de usarlos. La cantidad de tiempo que la mujer haya utilizado inyectables no incide en el tiempo que demora en quedar embarazada una vez que deja de usarlos.

**8. ¿La AMPD provoca cáncer?**

Varios estudios muestran que los AMPD no causan cáncer. El uso de AMPD ayuda a la protección contra el cáncer endometrial. Los hallazgos de los escasos estudios sobre el uso de AMPD y cáncer de mama son similares a los hallazgos para los anticonceptivos orales combinados: Las mujeres que utilizaron AMPD fueron ligeramente más propensas a presentar cáncer de mama mientras estaban utilizando AMPD o dentro de los 10 años de haberlos dejado. **(B)**<sup>6, 7</sup>

No resulta claro si estos hallazgos se explican por una detección más temprana de cánceres existentes entre usuarias de AMPD o por un efecto biológico del AMPD en el cáncer de mama. El cáncer cervical no puede aparecer solamente por el uso de AMPD, pues es causado por una infección persistente con VPH. **(B)**<sup>8</sup>

**9. ¿Puede cambiar la usuaria de un inyectable de progestágeno solo, a otro anticonceptivo inyectable?**

El cambio de inyectable es seguro y no reduce la eficacia. Si es necesario cambiar por escasez, la primera inyección del nuevo inyectable deberá darse en la fecha en que hubiera correspondido la inyección de la formulación anterior. Hay que comunicarle a la usuaria el cambio, el nombre del nuevo inyectable y el régimen de inyecciones. **(PBP)**<sup>1</sup>

**10. ¿Cómo afectan los AMPD la densidad ósea?**

El uso de AMPD reduce la densidad ósea. Sin embargo, la investigación no ha encontrado que las usuarias de AMPD de cualquier edad sean más propensas a tener más fracturas óseas. **(PBP)**<sup>1</sup> Para las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AMPD. **(B)**<sup>1</sup> Entre mujeres adultas que dejaron de usar AMPD, después de 2 o 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.

**11. ¿Los inyectables de progestágeno solo, causan defectos de nacimiento? ¿Si la usuaria utiliza inyectables de progestágeno solo, estando embarazada, le hace daño al feto?**

No. Hay buenas evidencias que muestran que los IPS no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada mientras los usa o comienza a utilizar IPS estando ya embarazada.

## 12. ¿Los inyectables de progestágeno solo modifican el humor o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres se quejan de ello mientras que están utilizando inyectables. Sin embargo, la mayor parte de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio. (C)<sup>1, 5</sup> No hay pruebas de que los IPS afecten el comportamiento y el deseo sexual de la mujer. (C)<sup>1, 5</sup>

## 13. ¿Qué se debe hacer si la mujer regresa tarde para su próxima inyección?

Aplicar a la mujer su siguiente inyección de AMPD si regresa hasta 4 semanas tarde, sin necesidad de más evidencia de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres regresan aun más tarde para recibir la repetición de su inyección. (A)<sup>9</sup>

En esos casos, el proveedor puede utilizar otras opciones para evaluar el embarazo. Independientemente de que la mujer regrese o no tarde para su re-inyección, su próxima inyección de AMPD debe programarse para 3 meses después, como de costumbre.

## Referencias Bibliográficas

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-7406, Clinical Effectiveness Unit. Progestogen-only injectable contraception. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2009 Jun., <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=15101>
- 2 Lauren M Lopez, Alison Edelman, Mario Chen, Conrad Otterness, James Trussell, Frans M Helmerhorst, Progestin-only contraceptives: effects on weight. The Cochrane Library Intervention Review Jul 2013. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008815.pub3/abstract.jsessionid=C43765D554D0853581D2548CB65F1598.f04t04>
- 3 Paulen ME, Curtis KM. When can a woman have repeat progestogen-only injectables: depot medroxyprogesterone acetate or norethisterone enantate? Contraception 2009; 80(4): 391-408, <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12009109393#VB21H5SSzM0>
- 4 OMS, Community-based health workers can safely and effectively administer injectable contraceptives. Ginebra, OMS, 2010, [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/WHO\\_CBD\\_brief/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/WHO_CBD_brief/en/)
- 5 Schaffir JA1, Isley MM, Woodward M. Oral contraceptives vs injectable progestin in their effect on sexual behavior. Am J Obstet Gynecol. 2010 Dec;203(6):545.e1-5. doi:10.1016/j.ajog.2010.07.024. Epub 2010 Aug 30. NCBI PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20800828>
- 6 Li C11, Beaver EF, Tang MT, Porter PL, Daling JR, Malone KE. Effect of depo-medroxyprogesterone acetate on breast cancer risk among women 20 to 44 years of age. Cancer Res. 2012 Apr 15;72(8):2028-35. doi: 10.1158/0008-5472.CAN-11-4064. Epub 2012 Feb 27. NCBI PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22369929>
- 7 Smith J S, Green J, Berrington de Gonzalez A, Appleby P, Peto J, Plummer M, Franceschi S, Beral V. Cervical cancer and use of hormonal contraceptives: a systematic review. Lancet 2003; 361: 1159-1167, National Institute for Health Research-NHS, <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=12003008261#VB4Di5SSzM0>
- 8 Harris TG1, Miller L, Kulasingam SL, Feng Q, Kiviat NB, Schwartz SM, Koutsky LA. Depot-medroxyprogesterone acetate and combined oral contraceptive use and cervical neoplasia among women with oncogenic human papillomavirus infection. Am J Obstet Gynecol. 2009 May; 200(5):489.e1-8. doi: 10.1016/j.ajog.2009.01.030. NCBI PubMed, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19375566>
- 9 OMS, Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos: Actualización 2008. Ginebra, OMS, 2008. [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family\\_planning/9241562846index/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9241562846index/en/)

#### 4. Dispositivo Intrauterino (DIU) de Cobre

En el MINSA está disponible la T de cobre 380 A (314 mm<sup>2</sup> de superficie de cobre en la rama principal, más 33 mm<sup>2</sup> en cada uno de los brazos = 380 mm<sup>2</sup>)

##### Puntos clave para proveedores y usuarias

- Con consejería adecuada, el DIU es un anticonceptivo seguro, de elección para la mayoría de las mujeres. **(C)**<sup>1</sup>
- Es requisito tomar el consentimiento informado de la usuaria para la realización del procedimiento. La aceptación debe consignarse en la hoja de “**Consentimiento informado para el procedimiento de Inserción del Dispositivo Intrauterino (DIU)**”, la cual debe incluirse en el expediente clínico. La hoja de consentimiento informado se encuentra en los anexos de la parte normativa de este documento.
- Ningún medicamento afecta la eficacia del DIU. **(C)**<sup>1</sup>
- Puede ser considerado como primera línea anticonceptiva para adolescentes **(A)**<sup>2</sup>
- Puede ser colocado en cualquier momento del ciclo si está razonablemente segura que no está embarazada. **(C)**<sup>1</sup>
- Protección contra embarazo no deseado a largo plazo. El DIU T de Cobre (TCu), ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible. (El DIU con hormona Levonorgestrel que brinda protección anticonceptiva por 5 años, no está disponible en el MINSA).
- Es uno de los MAC temporales de larga duración con mejor relación costo-efectividad.
- Debe ser colocado por un proveedor con entrenamiento básico. **(C)**<sup>1</sup>
- Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.
- Es frecuente ver cambios del sangrado. En general se observa un sangrado más profuso y prolongado, dismenorrea, en especial en los primeros 3 a 6 meses. **(C)**<sup>1</sup>
- No está asociado a ningún tipo de cáncer. **(B)**<sup>1</sup>

##### Definición

El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con entrenamiento básico lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, a través del cuello uterino.

Llevan atados dos hilos que atraviesan el cérvix y quedan en la parte superior de la vagina.

##### Mecanismo de acción

- Funciona fundamentalmente provocando una modificación química que afecta al espermatozoide y al óvulo antes de su unión. **(B)**<sup>1</sup>

##### Eficacia anticonceptiva

*Uno de los métodos más eficaces y perdurables (C)*<sup>1</sup>: La causa más frecuente de falla es la expulsión del DIU y este riesgo es de hasta 1 en 20; es más común durante el primer año de inserción, particularmente durante los primeros 3 meses de uso. **(B)**<sup>1</sup>

- La probabilidad de embarazo no deseado es menor al 1% durante el primer año de uso (6 a 8 por 1,000 mujeres). 2% de probabilidad de embarazo no deseado después de 10 años de uso.
- La TCu 380A funciona durante 12 años una vez insertado. La fecha de vencimiento en el sobre que contiene el DIU es la de esterilización; esto se debe tener en cuenta para ser insertado.

*Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU:* Inmediata

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH:* Ninguna. En ciertas usuarias de alto riesgo puede desarrollar Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI).

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS y VIH **(B)**<sup>1</sup>

### Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

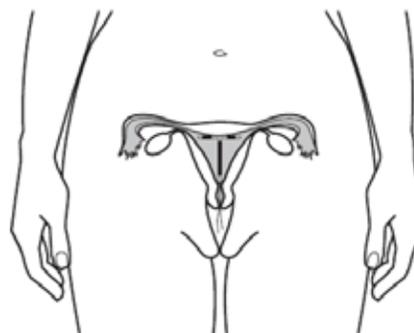
**Tabla # 10. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud del DIU**

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos conocidos para la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses) <b>(C)</b><sup>1</sup>, por ejemplo: menstruación prolongada y abundante, sangrado irregular, dismenorrea.</li> </ul>	<p><b>Ayuda a proteger contra:</b></p> <p>Riesgo de embarazo no deseado.</p> <p><b>Puede ayudar a proteger contra:</b> Cáncer endometrial.</p> <p>Es de acción prolongada</p> <p>Una vez insertado el DIU:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No tiene más costos</li> <li>• No requiere que la usuaria haga nada especial</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>No comunes:</b> Puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más abundante. <sup>3</sup></li> <li>• <b>Raro:</b> Puede aparecer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) especialmente en los primeros 20 días, si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU. <b>(A)</b><sup>1, 2</sup></li> <li>• <b>Complicaciones (Raro):</b> Perforación del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. La perforación normalmente cicatriza sin tratamiento. Ocurre en menos de 1 por cada 1,000 inserciones. <b>(B)</b><sup>1</sup></li> <li>• Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección, en el raro caso de que la mujer quede embarazada mientras tiene el DIU colocado.</li> </ul>

### Aclaración de Mitos relacionados al uso del DIU:

- Rara vez provocan enfermedad pélvica inflamatoria (EPI).
- No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluido el VIH. **(C)**<sup>1</sup>
- En usuarias VIH positivas, puede ser utilizado después de descartar una ITS **(B)**<sup>1, 2</sup>
- No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU. No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan defectos de nacimiento.
- No causan cáncer.

- No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- No causan molestias ni dolor a la mujer o al hombre durante el sexo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.



### ¿Quiénes pueden utilizar el DIU de cobre?

#### **Seguro y adecuado para la mayoría de las mujeres**

La mayoría de las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)
- Estén amamantando
- Realicen trabajo físico intenso
- Hayan tenido un embarazo ectópico
- Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Presenten infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien **(B)**<sup>2</sup>

Los exámenes de laboratorio no son un requisito para la aplicación del DIU. Se realizarán exámenes según sea necesario para la condición de salud de la usuaria.

Recuerde ofertar el examen de Papanicolaou a las usuarias que aún no se lo hayan realizado o aquellas que ya les corresponda la toma según Norma.

Si sospecha de ITS, diagnostique y trate según el manejo sindrómico de las mismas.

#### **El examen pélvico es un requisito indispensable para colocar el DIU.**

#### **Criterios Médicos de Elegibilidad:**

Para el DIU de cobre, al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para la prescripción de Métodos Anticonceptivos (Ver Anexo # 3).

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias nuevas y subsecuentes de este método. Su utilización apropiada mejora la selección apropiada del MAC y favorece la adherencia al método.

### **Preguntas de pesquisa antes de un examen pélvico para colocar el DIU**

Deben hacerse las preguntas siguientes mientras se realiza el examen pélvico, para detectar signos de patologías que podrían contraindicar la colocación del DIU. Si la respuesta a todas las preguntas es “no,” entonces se puede colocar el DIU. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es “sí,” no coloque un DIU.

Para las preguntas 1 hasta la 5, si la respuesta es “Sí,” remítala para diagnóstico y tratamiento, si se requiere. Ayúdela a elegir otro método y si presenta algún riesgo de ITS, aconséjela sobre el uso del condón. Sumínístrele condones. Si se confirma una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) y aún desea un DIU, puede hacérselo colocar tan pronto termine su tratamiento, si es que no existe riesgo de reinfección antes de la inserción. (C)<sup>1</sup>

1. **¿Tiene algún tipo de úlcera en la vulva, vagina o cérvix?** Si (Posible ITS).
2. **¿La paciente siente dolor en el abdomen inferior al mover el cérvix?** Si (Posible EPI).
3. **¿Hay dolor en el útero, ovarios o trompas de Falopio (dolor de los anexos)?** Si (Posible EPI).
4. **¿Presenta flujo cervical purulento?** Si (Posible ITS o EPI). En mujeres con alto riesgo de ITS, sospechar clamidias y gonorrea. (C)<sup>1</sup> Deben ser tratadas antes de la inserción del DIU según manejo sindrómico de las ITS.
5. **¿El cérvix sangra con facilidad cuando se lo toca?** Si (Posible ITS o cáncer cervical).
6. **¿Existe alguna anomalía anatómica en la cavidad uterina que impida la correcta inserción del DIU?** Si (tal vez no sea posible colocar el DIU correctamente. Ayúdela a elegir otro método).
7. **¿No se pudo determinar el tamaño y/o la posición del útero?**  
Si no es posible determinar el tamaño y la posición, no coloque el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

### **Dispositivos intrauterinos para mujeres con VIH (B)<sup>1,2</sup>**

- Las mujeres en riesgo de VIH o ya infectadas con VIH; las mujeres con Sida, en terapia antirretroviral (ARV), que estén clínicamente bien, pueden colocarse el DIU con seguridad.
- Las mujeres con Sida pero que no estén en terapia ARV, o que no estén clínicamente bien no deberían colocarse el DIU.
- Si una mujer desarrolla Sida mientras tiene un DIU colocado, no necesita quitárselo.
- Las usuarias de DIU con Sida deberán ser monitoreadas para detectar EPI.
- Recomiende a la mujer utilizar condones junto con el DIU. La utilización correcta y sistemática del condón ayuda a prevenir la transmisión de VIH y de otras ITS.

### **Evaluación de la mujer frente al riesgo de ITS**

Una mujer con gonorrea o clamidia en curso no debe colocarse un DIU, pues puede aumentar el riesgo de una EPI. Si este riesgo resulta muy alto para la paciente, en general, no debería colocarse un DIU.

#### **Pasos a seguir:**

1. Dígame que, en general, una mujer que enfrenta muy alto riesgo de ITS, no debería colocarse un DIU.

2. Pregúntele si cree ser una buena candidata para un DIU o si prefiere considerar otros métodos anticonceptivos. Si luego de considerar su riesgo cree ser una buena candidata y es elegible, entonces insértele el DIU. Si la mujer prefiere considerar otros métodos, o si se tienen razones de peso para creer que la paciente está en muy alto riesgo de infección, ayúdela a elegir otro método.
3. Pídale que considere su propio riesgo y que piense si podría tener una ITS. Ella podrá pensar si últimamente se expuso a tales situaciones (aproximadamente en los últimos 3 meses). Si es así, tal vez esté cursando una ITS y puede que prefiera elegir otro método.

Las situaciones posiblemente riesgosas son (todas estas situaciones presentan menos riesgo si la mujer o su pareja utilizan condones de manera sistemática y correcta):

- Pareja sexual que presente síntomas de ITS tales como pus saliendo del pene, dolor o ardor al orinar, o llaga abierta en el área genital.
- Se diagnosticó una ITS recientemente, en ella o en su pareja sexual.
- Ha tenido más de una pareja sexual recientemente.
- La mujer tiene una pareja sexual que ha tenido otras parejas recientemente.
- Además, el proveedor podrá mencionar otras situaciones de alto riesgo a nivel local.

### Administración del Dispositivo Intrauterino

#### ¿Cuándo comenzar el uso del DIU?

En muchos casos la mujer puede comenzar con el uso del DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Utilice la Lista de Verificación de Embarazo (Ver Anexo # 1).

**Tabla # 11. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar el DIU**

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar el DIU
Tiene ciclos menstruales	<p><b>En cualquier momento del mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está dentro de los 12 días después de comenzar su menstruación, no necesita método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 12 días desde el comienzo de la menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.</li> </ul>
Cambiar de otro método a DIU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita esperar su próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.</li> <li>• Si está cambiando de inyectables, puede colocársele el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección. No necesita un método de respaldo.</li> </ul>
Inmediatamente o poco	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar el DIU
después del parto (APEO)	<p>al parto (vaginal o cesárea). El menor número de expulsiones ocurre cuando se insertan justo después de la expulsión de la placenta, en los primeros 10 minutos, o bien trans cesárea. <sup>4</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si pasaron más de 48 horas del parto, posponga la colocación del DIU no menos de 4 semanas después del parto.</li> </ul>
<p>Lactancia exclusiva o casi exclusiva.</p> <p>Menos de 6 meses después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses después del parto. (C)<sup>1</sup> No hay necesidad de método de respaldo.</li> <li>• Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Lactancia exclusiva o casi exclusiva.</p> <p>Más de 6 meses después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No hay necesidad de método de respaldo.</li> <li>• Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Lactancia parcial o no amamantando. Más de 4 semanas después del parto</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si la menstruación no se ha restablecido, puede colocársele el DIU si es posible determinar que no está embarazada. No necesita método de respaldo.</li> <li>• Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.</li> </ul>
<p>Sin menstruación (no vinculado con parto o lactancia)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento si es posible determinar que no está embarazada. No necesita método de respaldo.</li> </ul>
<p>Después de pérdida de embarazo (APEO) (C)<sup>1, 5, 6</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente. Si el DIU es colocado en los 12 días posteriores a la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No necesita método de respaldo.</li> <li>• Si pasaron más de 12 días de la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.</li> <li>• Si hay infección presente, trate o refiera a la paciente y ayúdela a elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU, se lo puede colocar cuando la infección haya desaparecido completamente.</li> <li>• La colocación del DIU después de la pérdida de embarazo del segundo trimestre requiere entrenamiento básico. Sin éste, posponga la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después de la pérdida del embarazo.</li> </ul>
<p>Para anticoncepción de emergencia <sup>7</sup></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En los 5 días posteriores al sexo sin protección.</li> <li>• Cuando pueda calcularse el momento de la ovulación, puede colocársele el DIU hasta 5 días después de la ovulación. Algunas veces puede ser más de 5 días después de sexo sin</li> </ul>

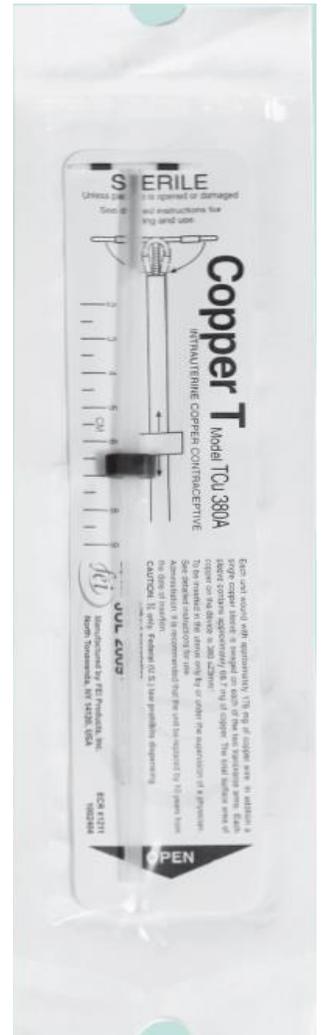
Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar el DIU
	protección.
Después de tomar PAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Puede colocarse el DIU el mismo día en que toma las PAE. No hay necesidad de método de respaldo.</li> </ul>

### Prevención de infecciones en la inserción del DIU

El uso de antibióticos profilácticos no son recomendados como rutina en la inserción del DIU. **(A)<sup>1</sup> (C)<sup>2</sup>**

El uso de la técnica de inserción adecuada puede ayudar a evitar muchos problemas, como infección, expulsión y perforación.

- Siga los procedimientos de prevención de infección apropiados.
- Utilice instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, mediante ebullición, vapor, o remojo en desinfectantes químicos. **(C)<sup>1</sup>**
- Utilice un DIU nuevo, de sobre con fecha de esterilización no vencido, empaquetado con su colocador.
- La mejor técnica es la de inserción **“sin contacto”**. Esto incluye no permitir que el DIU cargado o el histerómetro **(C)<sup>1</sup>** toquen ninguna superficie no esterilizada (por ejemplo, manos, espéculo, vagina, superficie de la mesa). La técnica de inserción sin contacto implica:
  - Cargar el DIU en el dispositivo de colocación mientras está aún en su envase, para evitar tocarlo directamente.
  - Limpiar minuciosamente el cérvix con antiséptico antes de la inserción del DIU.
  - Tener cuidado de no tocar la pared de la vagina o las hojas del espéculo con el histerómetro **(C)<sup>1</sup>** o el dispositivo de colocación cargado con el DIU.
  - Pasar tanto el histerómetro como el dispositivo de colocación cargado con el DIU sólo una vez por el canal cervical.



### Consejería sobre los efectos secundarios

Antes de la colocación del DIU debe brindarse una consejería detallada sobre las modificaciones del sangrado.

**La consejería sobre las alteraciones en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir usando el método.<sup>8</sup>**

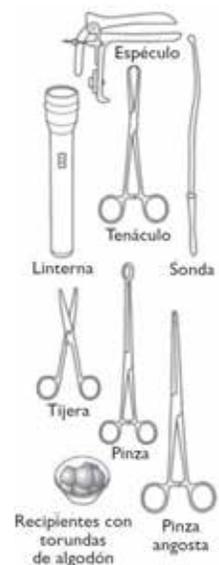
### Informe sobre los efectos secundarios más comunes

#### Alteraciones en su patrón de sangrado **(C)<sup>1</sup>**:

- Menstruación prolongada y profusa
- Sangrado irregular
- Más calambres y dolor durante la menstruación

#### Explicar sobre estos efectos secundarios <sup>9</sup>

- Los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.



- En general, disminuyen después de los primeros meses de la colocación.
- La paciente puede regresar si algo le preocupa.

### **Colocación del DIU**

Hable con la usuaria antes del procedimiento:

- Explique el procedimiento de colocación.
- Muéstrela el espéculo, el tenáculo, el DIU y el dispositivo de colocación en su empaque.
- Dígale que va a sentir alguna molestia durante el procedimiento y que eso es de esperarse.
- Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.
- Puede indicarle ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500– 1000 mg) 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor.

Hable con la usuaria durante el procedimiento:

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Alértela previo a un paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender
- A cada cierto tiempo, pregúntele si siente dolor.

### **Explicación del procedimiento de colocación**

Una mujer que ha elegido el DIU tiene que saber qué sucederá en el transcurso de su colocación. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a colocar el DIU requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. **(C)**<sup>1</sup> Por lo tanto, esta descripción constituye un resumen y no instrucciones detalladas, a realizar por el proveedor.

1. Realiza un examen pélvico para evaluar la elegibilidad. Realiza el examen bimanual **(C)**<sup>1</sup> y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cérvix.
2. Limpia el cérvix y la vagina con un antiséptico.
3. Introduce lentamente el tenáculo a través del espéculo y cierra el tenáculo sólo lo suficiente como para mantener fijos el cérvix y el útero.
4. Pasa lenta y suavemente el histerómetro **(C)**<sup>1</sup> a través del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.
5. Carga el DIU en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.
6. Introduce lenta y suavemente el DIU y retira el dispositivo de colocación.
7. Corta los hilos del DIU, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cérvix.
8. Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa ginecológica hasta que se sienta lista para vestirse.

### **Apoyo a la usuaria. Instrucciones específicas**

**Prevea calambres y dolor:**

- La paciente puede esperar algún dolor por unos días luego de la inserción.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg), según se requiera.

- Puede esperarse, también, algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la colocación. Esto puede continuar durante 3 a 6 meses.

La mujer puede revisar los hilos:

- Si quiere, la mujer puede revisar los hilos del DIU en los primeros meses y después de una menstruación para confirmar que el DIU está en su lugar.

#### **Duración de la protección anticonceptiva:**

Para recordar a la usuaria, entregue el empaque del DIU, asegurando registrar: tipo de DIU que tiene, fecha de colocación, mes y año en que corresponde retirar o sustituir el DIU, dónde acudir si tiene preguntas o problemas con el DIU.

#### **Consulta de control:**

- Programar una consulta subsecuente después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la colocación del DIU. **(C)<sup>1</sup>** Sin embargo no debe negarse el DIU a ninguna mujer porque le sea difícil o imposible concurrir a una consulta subsecuente.

#### **“Vuelva cuando quiera”: razones para volver**

Transmítale a toda usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud. **(C)<sup>1</sup>** También si:

- Cree que el DIU está fuera de posición. Por ejemplo: nota que faltan los hilos, percibe que la parte de plástico duro del DIU sale parcialmente.
- Tiene síntomas de EPI (dolor intenso o en aumento en el bajo abdomen, dolor durante el sexo, secreción vaginal inusual, fiebre, escalofríos, náuseas y/o vómitos), en especial en los primeros 20 días posteriores a la colocación. **(C)<sup>1</sup>**
- Cree que puede estar embarazada.

#### **Ayuda a usuarias.** Consulta subsecuente post colocación del DIU (3-6 semanas)

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha; si tiene dudas o alguna observación. Si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite.
  - Pregúntele si tiene: Dolor intenso o en aumento en el abdomen inferior, dolor durante el sexo o al orinar, flujo vaginal inusual, fiebre o escalofríos, signos o síntomas de embarazo, no logra palpar los hilos (si los ha controlado), siente que el plástico duro del DIU está parcialmente salido.
  - En la consulta subsecuente no se requiere examen pélvico de rutina. Sin embargo, podría corresponder en algunas circunstancias o para algunas usuarias. Realice un examen pélvico en particular si las respuestas de la paciente le hacen sospechar una ITS o una enfermedad pélvica inflamatoria, o bien si el DIU se ha salido parcial o totalmente.

**En toda consulta, pregunte a la usuaria:**

1. Cómo le va con el método y con las alteraciones en el sangrado.
2. Si ha tenido algún problema nuevo de salud. Refiérase a los problemas si corresponde. Si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades, en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS y VIH. **(C)**<sup>1</sup> Haga el control necesario.
3. Recuérdele por cuánto tiempo más la protegerá el DIU del embarazo no deseado.

**Extracción del DIU**

El dolor y el sangrado prolongado y profuso, son las causas más frecuentes para solicitar el retiro del DIU **(B)**<sup>1</sup>

Si la mujer lo solicita, cualesquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la extracción del DIU.

La usuaria no debe ser presionada a seguir utilizando el DIU. Si la mujer encuentra algunos efectos secundarios difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene. Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere que le extraigan el DIU de inmediato.

En general es sencillo extraer el DIU. Puede hacerse en cualquier momento del mes. La extracción puede ser más sencilla durante la menstruación, cuando el cuello uterino está dilatado naturalmente. En casos de perforación uterina, o si la extracción no resulta sencilla, refiera a la paciente a un médico con experiencia capaz de utilizar una técnica de extracción apropiada.

**Explicación del procedimiento de extracción**

Antes de retirar el DIU, explique lo que sucederá durante la extracción:

1. El proveedor introduce el espéculo para ver el cérvix y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cérvix y la vagina con una solución antiséptica, como yodopovidona.
2. El proveedor solicita a la paciente que respire lenta y profundamente y que se relaje. Le solicita a la mujer que avise si siente dolor en algún momento del procedimiento.
3. El proveedor tira lenta y suavemente de los hilos del DIU con una pinza angosta hasta que éste salga completamente del cérvix.

**Cambiar el DIU a otro método anticonceptivo**

Siguiendo estos pasos, se asegura la protección ininterrumpida de la usuaria frente al embarazo no deseado cuando cambia de un DIU de cobre (o un DIU con hormonas a otro método)

**Tabla # 12. Seguridad en el cambio de DIU a otro Método Anticonceptivo**

Cambio de DIU a	Cuándo comenzar
Píldoras combinadas, Píldoras de progestágeno solo, Inyectables de progestágeno solo, Inyectables mensuales, Parche combinado, Anillo Vaginal Combinado, Implantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está dentro de los primeros 7 días de la menstruación (primeros 5 días para AOC y PPS), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No necesita método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 7 días del inicio de la menstruación (después de los 5 primeros días para AOC y PPS) y ha tenido sexo después de su última menstruación, empiece con el método hormonal ahora. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta su próxima menstruación.</li> <li>• Si tiene más de 7 días del inicio de la menstruación (después de los primeros 5 días para AOC y PPS) y no ha tenido sexo después de su última menstruación, puede mantenerse el DIU colocado y extraerse durante su próxima menstruación, o puede extraerse el DIU y la paciente utilizar un método de respaldo* durante los próximos 7 días (2 días para PPS).</li> </ul>
Condones masculinos o femeninos, Espermicidas, Diafragmas, Capuchones cervicales, Coito interruptus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, la próxima vez que tenga sexo después de extraerse el DIU.</li> </ul>
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente después de extraerse el DIU.</li> </ul>
Esterilización Quirúrgica Femenina.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está dentro de los 7 días del inicio de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento de esterilización femenina. No hay necesidad de método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 7 días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización. El DIU puede mantenerse colocado hasta su consulta de control o su próxima menstruación. Si no es posible una consulta de control, retire el DIU al momento de la esterilización. No necesita método de respaldo.</li> </ul>
Vasectomía	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento</li> <li>• La mujer puede conservar el DIU durante 3 meses después de la vasectomía de su pareja, para seguir evitando el embarazo no deseado hasta que ésta sea completamente eficaz.</li> </ul>

\* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y coito interruptus. Dígame que los espermicidas y el coito interruptus son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

## Abordaje de problemas

### Complicaciones.

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas provocados por los efectos secundarios y las complicaciones afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los DIU. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, asesórela y si lo requiere, dele tratamiento.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método, si ella lo desea, o más adelante si no logra superar los problemas.

**Sangrado prolongado o profuso** (el doble de lo habitual de la usuaria o más de 8 días)  
Es una de las causas más frecuentes para solicitar el retiro del DIU (B)<sup>1</sup>

- Infórmele diciéndole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No hace daño y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- En caso que se asocie a dolor<sup>10</sup>, indique ibuprofeno (400 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días.
- Prescriba tabletas de hierro y enfatice la importancia de ingerir alimentos con hierro.
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método.

**Sangrado irregular** (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Aclárele que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de pocos meses de uso.
- En caso que se asocie a dolor, indique ibuprofeno (400 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método.

**Calambres y dolor.** El dolor es una de las causas más frecuentes para solicitar el retiro del DIU. (B)<sup>1</sup>

- Pueden esperarse ciertos calambres y dolor durante 1 o 2 días después de la colocación del DIU.
- Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y generalmente disminuye con el tiempo.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg). Evite el uso de aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.

Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación:

- Evalúe buscando patologías subyacentes y trate o refiera a la usuaria.
- Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son intensos, considere la posibilidad de retirar el DIU.
  - Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, lo que sugiere que no estaba en la posición correcta, explique a la paciente que puede colocarse un nuevo DIU y que posiblemente no le va a provocar esos calambres.

### Posible anemia

- Si una mujer tiene ya un bajo nivel de hierro en la sangre antes de colocarse un DIU de cobre puede aumentar la anemia al provocar menstruaciones más profusas.
- Preste especial atención a usuarias con los siguientes signos o síntomas:
  - Palidez del interior de los párpados o del lecho ungueal, fatiga o debilidad, mareos, irritabilidad, cefaleas, zumbidos en los oídos, ardor de lengua y uñas quebradizas.
  - Si puede hacer un examen de sangre, compruebe si la hemoglobina es menos de 9 g/dL o hematocrito menor de 30.
- Prescribale suplementos de hierro. El hierro disponible en el MINSA: Tableta de Sulfato ferroso con 60 mg de hierro elemental + 0.4 mg de ácido fólico. En la dosis de 100 a 200 mg/d por 4 meses.
- Dígale que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes y aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres. Oriénteles de acuerdo a la disponibilidad de alimentos en el hogar.

### La pareja percibe los hilos del DIU durante el sexo

- Explique que esto sucede a veces cuando los hilos han quedado un poco largos (más de 3 cm sobresalen del cérvix).
- Si la pareja encuentra que le molestan los hilos, describa las opciones posibles:
  - Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no se asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá más los hilos, pero la mujer no podrá revisar los hilos del DIU.
  - Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos 3 centímetros sobresalgan del cérvix).

### Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de EPI)

- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. Si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EPI.
- Si es posible, realice examen abdominal y pélvico.
- Si no es posible realizar un examen pélvico y la paciente presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospeche una EPI, si hay:

- Secreción vaginal inusual
- Fiebre o escalofríos
- Dolor durante el sexo o al orinar
- Sangrado después del sexo o entre menstruaciones
- Náuseas y vómitos – Tumoración pélvica dolorosa
- Sensibilidad a la palpación del abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)
- Trate la EPI, o refiera a la paciente inmediatamente para tratamiento:
  - Trate la gonorrea, clamidia y las infecciones bacterianas anaeróbicas.
  - Asesore a la paciente sobre el uso del condón y suminístreselos.
  - No hay necesidad de extraerse el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo extraigan, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (B)<sup>1</sup>

### **Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico)**

- El DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. **(B)<sup>1</sup>** Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por el DIU, puede presentar riesgo de muerte.
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero pueden volverse graves con el tiempo. Una combinación de estos signos o síntomas debería hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:
  - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales.
  - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado.
  - Vahídos (pérdida momentánea del sentido o del conocimiento, desvanecimiento) o mareos.
- En caso de sospecha de embarazo ectópico u otra afección grave, remítala para su diagnóstico y atención inmediatos.
- Si la paciente no presenta estos signos o síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad pélvica inflamatoria.

### **Sospecha de Perforación Uterina**

Si existe sospecha de perforación uterina en el momento de la colocación o de la utilización del histerómetro, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo colocó). Observe a la usuaria minuciosamente:

- Manténgala en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (presión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
- Si después de una hora la paciente se mantiene estable, examínela si es posible, en búsqueda de sangrado intra abdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero la paciente deberá abstenerse de sexo por 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.

- Si la usuaria presenta aceleración del pulso y disminución de la presión arterial, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, remítala a un nivel de atención superior.
- Si durante las 6 semanas después de la colocación existe sospecha de perforación uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, refiera a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos.

#### **Si el DIU se sale parcialmente** (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. Analice con la usuaria si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada. Si la usuaria no desea continuar utilizando un DIU, ayúdela a elegir otro método.

#### **El DIU se sale por completo** (expulsión completa)

- Si la usuaria relata que el DIU se ha salido por completo, analice si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
- Si se sospecha de una expulsión completa pero la usuaria no sabe si se le ha salido por completo, envíela a radiología o ecografía para examinar si el DIU pudiera haberse movido a la cavidad abdominal. Dele un método de respaldo para que utilice mientras tanto.

#### **No están los hilos** (sugiriendo un posible embarazo no deseado, perforación uterina, o expulsión)

- Pregúntele a la usuaria:
  - Si vio salirse el DIU y cuándo
  - Cuándo notó los hilos por última vez
  - Cuándo tuvo su última menstruación
  - Si tiene síntomas de embarazo
  - Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos
- Sea suave, comience siempre con procedimientos menores y seguros. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical. Cerca de la mitad de los hilos que faltan pueden encontrarse en el canal cervical.
- Si no se puede ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero o que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Descarte el embarazo antes de intentar procedimientos invasivos. Refiera a la paciente para su evaluación. Dele un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU se ha salido.

#### **Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método**

Pueden o no deberse al método.

#### **Sangrado vaginal inexplicado** (que sugiere una patología médica no vinculada con el método)

- Refiera a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y dele tratamiento si corresponde.
- Puede seguir utilizando DIU mientras se evalúa su condición.

- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad pélvica inflamatoria, la mujer podrá seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

### Sospecha de Embarazo

- Evalúe en busca de embarazo, incluso embarazo ectópico (C)<sup>1</sup>.
- Explique que el DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de pérdida de embarazo, incluida la pérdida de embarazo infectada (séptica) durante el primer o segundo trimestre, lo que puede amenazar la vida. (C)<sup>1</sup>
  - Advértale que es mejor extraer el DIU.
  - Explique los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La extracción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento en sí implica un pequeño riesgo de pérdida del embarazo. (C)<sup>1</sup>
  - Si ella accede a la extracción, extraiga el DIU con delicadeza o refiera a la usuaria para su extracción.
  - Explíquelo que debe regresar de inmediato en caso de que aparezca algún signo de pérdida de embarazo o pérdida de embarazo séptica (sangrado vaginal, calambres, dolor, flujo vaginal anormal, o fiebre).
  - Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser seguido de cerca en la unidad de salud. Deberá ver inmediatamente una enfermera o un médico si desarrolla signos de pérdida séptica de embarazo.
- Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical y no se puede recuperar el DIU con seguridad, si es posible, solicite una ecografía para determinar si el DIU aún está en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, su embarazo debería seguirse de cerca. Si desarrolla o presenta signos de pérdida séptica de embarazo, debe consultar inmediatamente.

### Preguntas y respuestas sobre el DIU

#### 1. ¿El DIU provoca enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)?

Por sí mismo, el DIU no causa EPI. La gonorrea y la clamidia son las causas primarias directas de EPI. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidia puede conducir a EPI. Esto no sucede a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los primeros 20 días de la inserción. (C)<sup>1</sup> Se ha estimado que, en un grupo de pacientes en el que las ITS son comunes y las preguntas de pesquisa han identificado la mitad de los casos de ITS (C)<sup>1</sup>, podría haber 1 caso de EPI por cada 666 DIU colocados (o menos de 2 por 1,000)

#### 2. ¿Pueden utilizar el DIU las mujeres jóvenes y de edad muy avanzada?

Sí. No existe un límite máximo ni mínimo en la edad. El DIU debe extraerse una vez alcanzada la menopausia, 12 meses posteriores a la última menstruación.

#### 3. Si una usuaria actual presenta una ITS o ha quedado en muy alto riesgo de infectarse con una ITS, ¿se le debe retirar el DIU?

No. Si una mujer presenta una nueva ITS después de colocarse un DIU, no está especialmente en riesgo de desarrollar una EPI por causa del DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras se la trata por la ITS. (B)<sup>1, 2</sup> El extraer el DIU no representa ningún beneficio y puede dejarla en riesgo de un embarazo no deseado. Asesórela en el uso del condón y en otras estrategias destinadas a evitar las ITS en el futuro.

**4. ¿Los DIU hacen infértil a la mujer?**

No. Una vez retirado el DIU, la mujer puede quedar embarazada tan pronto como otra que nunca haya utilizado un DIU, sin perjuicio de que la fertilidad decrece con los años de edad. (C)<sup>1</sup> Sin embargo, tenga o no la mujer un DIU, si desarrolla una EPI y ésta no es tratada, existe cierta probabilidad de que se vuelva infértil.

**5. ¿Puede utilizar el DIU una mujer que no ha tenido hijos?**

Sí. En general, una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU (Categoría 2 de los CME), pero deberá comprender que será más propensa a que el DIU se le salga, debido a que su útero probablemente sea más pequeño que el de una mujer que sí ha tenido hijos.

**6. ¿Es posible que el DIU se desplace del útero de la mujer a otras partes del cuerpo, como el corazón y el cerebro?**

El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Rara vez, el DIU puede atravesar la pared del útero hacia la cavidad abdominal. Esto, en general, se debe a error en la colocación. Si se descubre eso dentro de aproximadamente 6 semanas de la colocación, o si en cualquier momento causa síntomas, el DIU debe ser retirado mediante cirugía laparoscópica o por laparotomía. Sin embargo, por lo general, el DIU fuera de sitio no causa problemas y debe dejarse donde está. **La mujer deberá usar otro método anticonceptivo.**

**7. ¿La mujer debe tomarse un “período de descanso” después de utilizar su DIU durante varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de extracción de su DIU?**

No. Esto no es necesario y podría ser perjudicial. Extraer el DIU viejo y colocar el nuevo de inmediato presenta menos riesgo de infección que dos procedimientos separados. Además, la mujer podría quedar embarazada durante el “período de descanso” antes de colocarse el nuevo DIU.

**8. ¿Hay que administrar antibióticos de rutina antes de la colocación del DIU?**

No, en general no. La mayor parte de las investigaciones realizadas donde las ITS son comunes sugieren que el riesgo de EPI es bajo con o sin antibióticos. Cuando se utilizan las preguntas adecuadas de pesquisa para ITS y la colocación del DIU es realizada con procedimientos apropiados de prevención de infecciones (como la técnica de colocación sin contacto), existe bajo riesgo de infección. Sin embargo, los antibióticos deben ser una opción en áreas en que las ITS sean comunes y el tamizaje de ITS es limitado. En mujeres con antecedentes de endocarditis o con prótesis valvular del corazón, requieren profilaxis antibiótica intravenosa para protegerlas de endocarditis. (C)<sup>1, 2</sup>

**9. ¿Debe colocarse el DIU únicamente durante la menstruación?**

No. Para la mujer que está presentando sus ciclos menstruales, se puede colocar el DIU en cualquier momento del ciclo si se tiene una certeza razonable de que no está embarazada. La menstruación puede ser un buen momento para la colocación del DIU porque da la certeza de que no está embarazada y la inserción resulta más fácil. Sin embargo, durante la menstruación no es tan fácil percibir signos de infección.

**10. ¿Debe negarse el DIU a una mujer porque no desea controlar los hilos de su DIU?**

No. No debe negársele el DIU a una mujer porque no quiera controlar los hilos de su DIU. Se ha exagerado la importancia de revisar los hilos del DIU. No es común que el DIU se salga y es raro que se salga sin que la mujer lo advierta. Si no quiere controlar sus hilos, puede fijarse cuidadosamente si se le ha salido el DIU más o menos en el primer mes y en el curso de la menstruación.

**11. ¿El DIU aumenta el riesgo de embarazo ectópico?**

No. Al contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. **(B)<sup>1</sup>** El embarazo ectópico es raro entre usuarias de DIU. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres con DIU es de 12 por 10,000 mujeres por año, mientras que entre mujeres que no utilizan MAC es de 65 por 10,000 mujeres por año.

En las raras ocasiones en que el DIU falla y ocurre el embarazo, 6 a 8 % de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos.

**Referencias Bibliográficas:**

- 1 Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care Clinical Effectiveness Unit. FFPRHC Guidance (January 2004) The Copper Intrauterine Device as Long-term Contraception Journal of Family Planning and Reproductive Health Care 2004; 30(1): 29-42
- 2 Agency for Healthcare, Research and Quality, National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-10294, Caddy S, Yudin MH, Hakim J, Money DM, Infectious Disease Committee. Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. J Obstet Gynaecol Can. 2014 Mar; 36(3):266-74. [66 references] Best practices to minimize risk of infection with intrauterine device insertion. <http://www.guideline.gov/content.aspx?E=rs&id=47877>
- 3 NCBI, PubMed, Tepper NK1, Steenland MW, Marchbanks PA, Curtis KM. Hemoglobin measurement prior to initiating copper intrauterine devices: a systematic review. Contraception. 2013 May; 87(5):639-44. doi:10.1016/j.contraception.2012.08.008. Epub 2012 Oct 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23040123>
- 4 NICB, PubMed, Nelson AL1, Chen S, Eden R. Intraoperative placement of the Copper T-380 intrauterine devices in women undergoing elective cesarean delivery: a pilot study. Contraception. 2009 Jul; 80(1):81-3. doi: 10.1016/j.contraception.2009.01.014. Epub 2009 Mar 4. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19501220>
- 5 NCBI, PubMed, Cremer MI, Bullard KA, Mosley RM, Weiselberg C, Molaei M, Lerner V, Alonzo TA. Immediate vs. delayed post-abortion copper T 380A IUD insertion in cases over 12 weeks of gestation. Contraception. 2011 Jun; 83(6):522-7. doi: 10.1016/j.contraception.2010.10.005. Epub 2010 Dec 8.
- 6 NCBI, PubMed, Shimoni N1, Davis A, Ramos ME, Rosario L, Westhoff C. Timing of copper intrauterine device insertion after medical abortion: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2011 Sep; 118(3):623-8. doi: 10.1097/AOG.0b013e31822ade67. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21860292>
- 7 NCBI, PubMed, Turok DK1, Godfrey EM, Wojdyla D, Dermish A, Torres L, Wu SC. Copper T380 intrauterine device for emergency contraception: highly effective at any time in the menstrual cycle. Hum Reprod. 2013 Oct; 28(10):2672-6. doi: 10.1093/humrep/det330. Epub 2013 Aug 14. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23945595>
- 8 NCBI, PubMed, Garbers S1, Haines-Stephan J, Lipton Y, Meserve A, Spieler L, Chiasson MA. Continuation of copper-containing intrauterine devices at 6 months. Contraception. 2013 Jan; 87(1):101-6. doi: 10.1016/j.contraception.2012.09.013. Epub 2012 Oct 22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23083530>
- 9 NCBI, PubMed, Hubacher D1, Chen PL, Park S. Side effects from the copper IUD: do they decrease over time? Contraception. 2009 May; 79(5):356-62. doi: 10.1016/j.contraception.2008.11.012. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19341847>
- 10 NCBI, PubMed, Godfrey EM1, Folger SG, Jeng G, Jamieson DJ, Curtis KM. Treatment of bleeding irregularities in women with copper-containing IUDs: a systematic review. Contraception. 2013 May; 87(5):549-66. doi: 10.1016/j.contraception.2012.09.006. Epub 2012 Nov 28 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23199413>

## 5. Condones Masculinos

### Puntos clave para proveedores y usuarios (PBP) <sup>1</sup>

- **Los condones masculinos ayudan a proteger contra las ITS, incluido el VIH.** Los condones masculinos y femeninos, son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra embarazo no deseado como infecciones de transmisión sexual (Protección Dual).
- **Requiere el uso correcto con cada acto sexual para una mayor eficacia (uso correcto y sistemático).**
- **Requiere la cooperación tanto del hombre como de la mujer.** Hablar sobre el uso de condones antes del sexo puede mejorar las probabilidades de que los usen.
- **En algunos hombres puede amortiguar la sensación sexual.** Hablarlo con la pareja a veces ayuda a vencer esta limitante.
- Tanto hombres como mujeres, deben ser informados de la eficacia del método, incluyendo el porcentaje de falla respecto a los MAC temporales de larga duración. Debe proveerse información sobre el uso correcto, factores que afectan la eficacia, información sobre ITS y VIH, anticoncepción de emergencia y profilaxis post exposición al VIH. (PBP)<sup>1</sup>
- **Los condones son uno de los 4 MAC disponibles en la estrategia de entrega comunitaria de métodos anticonceptivos (ECMAC)<sup>a</sup>,** además de anticonceptivos orales combinados (AOC), inyectables mensuales y trimestrales.

### Definición

Son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto.

Reciben también el nombre de preservativos, condones, “forros” y profilácticos; o se les conoce sencillamente por el nombre de las muchas marcas.

La mayoría está hecha de una fina goma de látex.

### Mecanismo de acción

- Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo no deseado. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja.

### Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo no deseado o de ITS es mayor cuando no se utilizan los condones en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos no deseados o ITS que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa.

Protección contra embarazos no deseados (B)<sup>1</sup>

- **Uso común:** la probabilidad de embarazo no deseado es del 15% durante el primer año de uso.

<sup>a</sup> Nicaragua, Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Normativa No. 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC). Managua: MINSA, Sep. 2012

- Uso ideal: la probabilidad de embarazo no deseado es del 2% durante el primer año de uso.

*Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar condones: Inmediata*

**Protección contra ITS y VIH cuando se usan correcta y sistemáticamente con cada acto sexual:**

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con VIH. **(A)**<sup>1</sup>
- Evitan entre el 80% y el 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos.
  - Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia. **(B)**<sup>1</sup>
  - También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo, de piel a piel, como es el caso del herpes y el virus del papiloma humano.

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH **(B)**<sup>1</sup>

**Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud**

**Tabla # 13. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los Condones**

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
Ninguno	<p><b>Ayuda a proteger contra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de embarazo no deseado</li> <li>• ITS, incluido VIH</li> </ul> <p><b>Puede ayudar a proteger contra</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patologías causadas por ITS:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) recurrente y dolor pélvico crónico</li> <li>– Cáncer cervical: cuando se usan correcta y sistemáticamente, pueden aumentar la tasa de eliminación del virus del papiloma humano (VPH) y la regresión de la neoplasia intraepitelial (NIC). <b>(B)</b><sup>1</sup></li> <li>– Infertilidad (masculina y femenina)</li> </ul> </li> </ul>	Extremadamente raros: Reacción alérgica grave (en personas que sufren de alergia al látex)

**Algunos hombres y mujeres les gustan los condones porque**

- Carecen de efectos secundarios hormonales
- Pueden ser utilizados como método transitorio o de respaldo
- Pueden ser utilizados sin tener que ver a un proveedor de salud. Se venden en cualquier lado y en general son fáciles de obtener

- Ayudan a proteger tanto contra el embarazo no deseado, como contra ITS, incluido el VIH

### **Cómo hablar sobre el uso del condón**

A algunas mujeres les resulta difícil hablar de su deseo de usar condones con su pareja. A otras les cuesta convencer a sus parejas que usen condones cada vez que tienen sexo. Los hombres dan diferentes razones para no usar condones. A algunos no les gusta la forma en que atenúa la sensación del sexo. Algunas veces las razones de los hombres se basan en rumores o en malentendidos. El disponer de los hechos objetivos puede ayudar a la mujer a responder a las objeciones de su pareja.

**Puede servir hablarlo antes.** Las mujeres que hablan con sus parejas acerca del uso de condones antes de comenzar a tener sexo pueden mejorar las probabilidades de que el hombre use condón. Las mujeres pueden intentar los diferentes abordajes que piensen más adecuados, dependiendo de la pareja y las circunstancias.

He aquí algunos de los puntos que han logrado persuadir al hombre en diversas situaciones:

- Enfatizar el uso de los condones para evitar el embarazo no deseado, más que como protección de una ITS y VIH.
- Apelar a la preocupación con respecto al otro, por ejemplo: “Hay mucha gente en la comunidad que está infectada con VIH, por lo que debemos ser cuidadosos.”
- Adoptar una postura férrea — por ejemplo: “No puedo tener sexo contigo a no ser que uses condón.” Sugerir probar con un condón femenino, si hubiera disponible. Hay hombres que prefieren los femeninos a los masculinos.
- Para las mujeres embarazadas, hablar de los riesgos que plantean las ITS a la salud del bebé y destacar el modo en que los condones pueden ayudar a protegerlo.

Además, la mujer puede sugerir que su pareja, o los dos acudan juntos a la unidad de salud para recibir consejería sobre la importancia del uso del condón.

### **Aclaración de Mitos relacionados al uso del condón**

Los condones masculinos:

- No provocan esterilidad, impotencia ni debilidad en el hombre.
- No disminuyen el deseo sexual en el hombre.
- No se pueden perder en el cuerpo de la mujer.
- No tienen orificios que el VIH pueda atravesar.
- No tienen nada que ver con el VIH
- No provocan enfermedad en la mujer porque impiden que el semen o los espermatozoides ingresen a su organismo.
- No provocan enfermedad en el hombre porque los espermatozoides “se quedan hacia atrás.”
- Los utilizan las parejas casadas.
- No se usan sólo en relaciones extramatrimoniales
- El uso de doble condón no protege más que uno solo

### **Criterios Médicos de Elegibilidad**

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto:

- Si presentan una reacción alérgica grave al látex. En el Anexo # 3 de CME, revisar la tabla de las Patologías vinculadas con los condones masculinos o femeninos,

espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y el método de la amenorrea de lactancia (MELA).

**Cuándo comenzar el uso de condones masculinos:** En cualquier momento que el usuario lo desee.

**Explicación del uso**

Siempre que sea posible, muestre a usuarios y usuarias cómo ponerse un condón. Use un modelo de un pene (dildo) si tiene uno, u otro artículo, como un banano o pepino, para hacer la demostración. (C)<sup>1</sup>

**Explique los 5 pasos básicos del uso de un condón masculino.**

**Tabla # 14. Pasos básicos del uso del condón masculino**

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Utilice un condón nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revise la envoltura del condón. No lo utilice si el sobre está roto o dañado. No utilizar un condón con fecha vencida, hágalo sólo si no dispone de un condón más nuevo.</li> <li>• Abra el sobre cuidadosamente. No utilice las uñas, dientes, ni nada que pueda dañar el condón.</li> </ul> 
2. Antes de cualquier contacto físico, coloque el condón en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia afuera.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ubicar el condón en la punta del pene presionando la punta del condón entre los dedos y dejando un centímetro libre, sin aire, para recoger el semen.</li> <li>• Para una mayor protección, póngase el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal. (C)<sup>1</sup></li> </ul> 
3. Desenrolle el condón bien hasta la base del pene en erección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• El condón debería desenrollarse con facilidad. Lo único que se logra si hace fuerza es que se rompa durante su uso.</li> <li>• Si el condón no se desenrolla con facilidad, puede ser que lo haya puesto al revés, hacia atrás, que esté dañado. Bótelo y utilice uno nuevo.</li> <li>• Si el condón está al revés y no tiene otro, voltéelo y desenróllelo sobre el pene.</li> </ul> 
4. Inmediatamente después de la eyacuación sostenga el borde del condón en su lugar y retire el pene mientras que aún está erecto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retire el pene.</li> <li>• Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen</li> <li>• Use un condón nuevo si vuelve a tener sexo o si pasa de un acto sexual a otro.</li> </ul> 
5. Deseche el condón de manera segura.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Haga un nudo simple en la abertura del condón para evitar que el contenido se derrame.</li> <li>• Envuelva el condón en el sobre y bótelo en</li> </ul> 

Pasos básicos	Detalles importantes
	la basura o la letrina. No lo bote en el inodoro, ya que puede causar problemas en la tubería. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lávese las manos</li> </ul>

## Apoyo al usuario

### Asegúrese que el usuario comprenda el uso correcto

- Solicite al usuario que explique los 5 pasos básicos del uso del condón poniéndoselo a un modelo (dildo) o a otro objeto y luego quitándoselo.

### Pregunte al usuario cuántos condones va a necesitar hasta que regrese

- Suministre suficientes condones y, si están disponibles, un lubricante a base de agua o silicona. Los lubricantes a base de aceite no se deben utilizar con condones de látex. Diga a los usuarios dónde pueden obtener condones, si necesitan.
- No es recomendado el uso de condones lubricados con Nonoxinol-9. **(B)**<sup>1</sup>

### Explique por qué es importante usar un condón con cada acto sexual

- Un único acto sexual no protegido puede llevar a embarazo no deseado, ITS o VIH.
- Que se cometa un error una o dos veces no quiere decir que no tenga sentido usar condones en el futuro.

### Explique el uso de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

- Explique el uso de las PAE en caso de error en el uso del condón o cuando no se usa condón, para ayudar a evitar el embarazo no deseado. Prescriba PAE, si hay disponibles. Ver el tema completo de PAE en este documento.

### Converse como hablar sobre el uso de condones

- Hable de técnicas para negociar el uso del condón con la pareja.

### Lubricantes para condones de látex

La lubricación ayuda a evitar la rotura del condón. Hay 3 maneras de lubricar: secreciones vaginales naturales, agregado de un lubricante, o uso de condones que traen lubricante en el mismo envoltorio.

Los lubricantes de glicerina o silicona, se pueden usar con seguridad con los condones de látex. También se puede usar agua limpia o saliva para lubricar. Los lubricantes tienen que aplicarse fuera del condón, en la vagina, o en el ano. No hay que aplicar los lubricantes en el pene, ya que puede causar que se deslice el condón y se salga. **(B)**<sup>1</sup> Algunos hombres sienten que al aplicar una gota o dos de lubricante en el interior del condón antes de desenrollarlo aumenta la sensación de sexo. Sin embargo, si se coloca demasiado lubricante en el interior del condón, puede hacer que se resbale.

En el caso de los condones de látex, evite el uso de productos que tengan lubricantes oleosos. Pueden dañar el látex. Entre los materiales que no hay que usar se incluyen los aceites de cualquier tipo (de cocina, de bebé, de coco, aceite mineral), vaselina, lociones, cremas frías, manteca, manteca de cacao y margarina.

### **Qué no hay que hacer cuando se usa un condón**

Hay algunas prácticas que pueden aumentar el riesgo de que un condón se rompa, por lo que hay que evitarlas.

- No desenrolle el condón antes de colocarlo sobre el pene
- No utilice lubricante con base de aceite porque pueden dañar el látex del condón
- No utilice un condón descolorido, con color disparejo o con cambios de color
- No utilice un condón que esté quebradizo, reseco o muy pegajoso
- No use el condón más de una vez
- No tenga sexo en seco

Además, no use el mismo condón cuando pase de un acto sexual penetrante a otro, por ejemplo, cuando pase de sexo anal a vaginal. (C) <sup>1</sup> Al hacerlo, puede estar transfiriendo bacterias que provocan infección.

### **“Vuelva cuando quiera”: razones para volver**

Asegure a los usuarios que serán bienvenidos en cualquier momento que quieran regresar, por ejemplo, si tiene algún problema o una pregunta, o si quiere algún otro método o si la mujer piensa que está embarazada. También si:

- Le resulta difícil usar el condón correctamente o cada vez que tiene sexo.
- El usuario tiene signos o síntomas de reacción alérgica grave al condón de látex.
- La mujer recientemente tuvo sexo no protegido y quiere evitar el embarazo no deseado. Tal vez pueda usar PAE.

### **Ayuda a los usuarios**

1. Pregunte a los usuarios cómo les está yendo con el método y si están satisfechos. Pregunte si tienen alguna duda o algo que quieran discutir.
2. Pregunte especialmente si están teniendo algún problema en el uso correcto de los condones y si los usan cada vez que tienen sexo. Brinde a sus usuarios toda la información o asistencia que necesiten.
3. Entregue a los usuarios más condones e invítelos a volver a buscar más antes de que se les acaben. Recuérdeles dónde más pueden conseguirlos.

### **Abordaje de problemas**

**Problemas con el uso.** Los problemas pueden o no deberse al método.

- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de los usuarios y el uso del método. El proveedor de salud tiene que prestarles atención. Si el usuario relata que hay problemas, escuche su inquietud y bríndele consejería.
- Ofrezca al usuario su ayuda para elegir otro método, si él lo desea, o si no se pueden resolver los problemas, a no ser que se necesiten condones como protección de ITS y VIH.

### **Se rompe el condón, se sale del pene, o no se usa**

- En esos casos las PAE pueden ayudar a evitar el embarazo no deseado. Si un hombre nota que el condón se ha roto o se ha corrido, debe comunicárselo a su pareja para que ésta pueda usar PAE si lo desea.

- Es poco lo que se puede hacer para reducir el riesgo de ITS y VIH si se rompe o se desliza un condón, o si no se usa. Si el usuario tiene signos o síntomas de ITS luego de tener sexo no protegido, evalúelo o remítalo.
- Si un usuario relata que el condón se rompió o se salió:
  - Solicite al usuario que le muestre cómo abre el sobre del condón y cómo se lo coloca, usando un modelo (dildo) u otro artículo. Corrija los errores.
  - Pregunte si está usando algún lubricante. El uso de un lubricante equivocado o si se coloca en poca cantidad el lubricante puede hacer que se rompa con más facilidad. Un exceso de lubricante puede hacer que el condón se resbale y se salga.
  - Pregunte en qué momento retira el pene el hombre. Si espera demasiado para retirarlo, cuando ya la erección ha comenzado a ceder, puede aumentar la posibilidad de que se deslice el condón.

#### **Dificultades al ponerse el condón**

- Solicite al usuario que le muestre cómo se pone el condón, usando un modelo (dildo) u otro artículo. Corrija los errores.

#### **Dificultades para persuadir a la pareja a utilizar condones o le cuesta que use condones siempre**

- Analice con el usuario las maneras en que puede hablar sobre los condones con la pareja y también los justificativos de la doble protección.
- Considere la combinación de los condones con:
  - Otro método anticonceptivo eficaz para una mejor protección del embarazo no deseado (**Doble Protección**).
  - Si no hay riesgo de ITS y VIH, usar un método basado en el conocimiento de la fertilidad, dejando el uso de los condones sólo durante el período fértil.
- Especialmente si el usuario o la pareja presenta riesgo de ITS y VIH, aconséjele que siga usando el condón de manera continua mientras se solucionan los problemas.
- Si ninguno de la pareja tiene una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS y VIH sin necesidad de usar condón, pero no brinda protección frente al embarazo no deseado.

#### **Leve irritación en la vagina o el pene, o alrededor, o una leve reacción alérgica al condón (prurito, rubor, erupción y/o inflamación de genitales, ingle o muslos durante el uso del condón, o después del uso del condón)**

- Sugiera poner lubricante o agua en el condón para reducir el roce causante de la probable irritación.
- Si los síntomas persisten, examine y trate a la usuaria por posible infección vaginal o ITS, según normativa vigente.
  - Si no existe infección pero la irritación continúa o se repite, puede que la paciente tenga alergia al látex.
  - Si no está en riesgo de ITS y VIH, ayude a la paciente a elegir otro método.
  - Abordar lo de la higiene genital.
  - Si la paciente o su pareja presentan riesgo de ITS y VIH, sugiera usar condón femenino o condón masculino de plástico. Si no hubiera disponibles, recomiende

el uso continuado del condón de látex. Si los síntomas se vuelven graves, dígame a la paciente que deje de utilizar condones de látex.

- Si nadie en la pareja presenta infección, la relación sexual de mutua fidelidad brinda protección contra ITS y VIH sin requerir el uso del condón pero no brinda protección contra el embarazo no deseado.

### **Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método**

Pueden o no deberse al método.

**La mujer del usuario está usando productos basados en azoles como: clotrimazol, miconazol o econazol (para el tratamiento de infecciones vaginales)**

- La mujer no debe confiar en los condones de látex cuando está usando clotrimazol, miconazol o econazol por vía vaginal. Pueden dañar el látex. (El tratamiento oral no produce daño del condón).
- Debe utilizar condón femenino, condón masculino de plástico, otro método anticonceptivo, o abstenerse del sexo hasta finalizar su tratamiento.

**Reacción alérgica grave al condón** (urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad para respirar, o pérdida de conocimiento durante o después del uso del condón).

- Dígame a la paciente que deje de utilizar condones de látex.
- Si es necesario, refiera a la paciente para su tratamiento. La reacción alérgica grave al látex puede llevar a un shock anafiláctico con riesgo de muerte. Ayude a la paciente a elegir otro método.
- Si la paciente o su pareja no pueden evitar el riesgo de ITS y VIH, sugiera el uso de condones femeninos o condones masculinos de plástico.
- Si nadie en la pareja presenta infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a ITS y VIH sin necesidad del uso de condón pero no brinda protección frente al embarazo no deseado.

### **Preguntas y respuestas sobre los condones masculinos**

#### **1. ¿Los condones son eficaces en la prevención del embarazo no deseado?**

Sí, los condones masculinos son eficaces, pero sólo si se usan correctamente en cada acto sexual (uso sistemático). Cuando se utilizan correctamente y sistemáticamente, sólo 2% cuya pareja usa condones quedan embarazadas en el transcurso del primer año de uso. Sin embargo, muchas personas no usan un condón cada vez que tienen sexo o no lo usan de forma correcta. Esto reduce la protección contra el embarazo no deseado.

#### **2. ¿Hasta qué punto sirven los condones para proteger contra la infección por VIH?**

En promedio, los condones protegen de la infección por VIH con una eficacia del 80% al 95% cuando se utilizan de manera correcta en cada acto sexual. Esto significa que el uso del condón previene entre el 80% y el 95% de las transmisiones de VIH que hubieran ocurrido sin condones. (No significa que el 5% al 20% de los usuarios del condón se infectarán de VIH).

Por ejemplo, entre 10,000 mujeres no infectadas, cuyas parejas tienen VIH, si cada pareja tiene sexo vaginal una vez y no tiene factores adicionales de riesgo de infección, en promedio:

- Si la totalidad de las 10,000 no utilizó condones, cerca de 10 mujeres serán propensas a infectarse con VIH.
- Si la totalidad de las 10,000 utilizó condones correctamente, 1 o 2 mujeres serán propensas a infectarse con VIH.

Las probabilidades de que una persona que está expuesta a VIH se infecte varían considerablemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de la infección por VIH de la pareja (las etapas temprana y tardía son más infectantes); si la persona expuesta presenta otras ITS (incrementa la susceptibilidad), la condición de circuncisión del hombre (los hombres no circuncidados son más propensos a infectarse con VIH) y el embarazo (las mujeres embarazadas podrían estar en riesgo más alto de infección), entre otros factores. En promedio, las mujeres enfrentan el doble de riesgo de infección, si están expuestas, que los hombres.

**3. Si se usa el condón solo parte de las veces ¿ofrece alguna protección contra ITS y VIH?**

Para obtener la mejor protección, hay que usar el condón en cada acto sexual. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede resultar protector. Por ejemplo, si una persona tiene una pareja regular, fiel y tiene un acto sexual fuera de la relación, el uso del condón para ese acto puede ser muy protector. Sin embargo, para personas expuestas a ITS y VIH, frecuentemente el uso del condón sólo algunas veces ofrece una protección limitada.

**4. ¿El uso de condones durante el sexo anal reduce el riesgo de transmisión de ITS y VIH?**

Sí. Las ITS y el VIH pueden transmitirse de una persona a otra durante el acto sexual en el que se introduce el pene en cualquier parte del cuerpo de otra persona (penetración).

La relación sexual anal tiene más riesgo que la vaginal. Al utilizar el condón de látex durante el sexo anal, un lubricante con base de agua (hidrófila) o silicona resulta esencial para ayudar a que el condón no se rompa.

**5. ¿Son eficaces los condones de plástico (sintéticos) en la prevención de ITS y VIH?**

Sí. Se supone que los condones de plástico brinden la misma protección que los condones de látex, pero no han sido estudiados más a fondo. La FDA recomienda utilizar condones de plástico para protección contra ITS y VIH, sólo si la persona no puede utilizar condones de látex.

**6. ¿Los condones se rompen o salen con frecuencia durante el sexo?**

No. En promedio, cerca del 2% de los condones se rompe o se sale por completo durante el sexo, principalmente porque se utilizan de manera incorrecta. Usados como se debe, los condones casi nunca se rompen

**7. ¿Qué pueden hacer los hombres y mujeres para reducir el riesgo de embarazo no deseado, ITS y VIH, si el condón se rompe o se sale durante el sexo?**

Si un condón se sale o rompe, se indica tomar PAE, ya que pueden reducir el riesgo de embarazo no deseado. Sin embargo, poco se puede hacer para reducir el riesgo de ITS, excepto para VIH. Lavar el pene no sirve de nada. La ducha vaginal no es muy eficaz para prevenir el embarazo no deseado, e incrementa el riesgo de que la mujer adquiera ITS y VIH y enfermedad pélvica inflamatoria. Si se tiene certeza sobre la

exposición al VIH, el tratamiento antirretroviral (profilaxis post-exposición) puede ayudar a reducir la transmisión de VIH, si hubiera disponible. Si se tiene certeza sobre la exposición a otras ITS, el proveedor puede tratar presuntivamente las ITS en cuestión, es decir, puede tratar al paciente o a la paciente como si estuvieran infectados.

**8. ¿Se logra una mayor protección si uno se pone 2 o 3 condones a la vez?**

Hay muy poca evidencia que indique que utilizar 2 o más condones sirva para algo. En general no es recomendable debido al temor de que la fricción entre los condones pueda incrementar la probabilidad de rotura. Sin embargo, en un estudio, los usuarios relataron menos roturas al utilizar 2 condones juntos, comparado con el uso de 1 condón.

**9. ¿Es posible que el condón le impida al hombre tener una erección (disfunción eréctil)?**

No, en la mayoría de los hombres no. La disfunción eréctil tiene muchas causas. Algunas causas son físicas y otras emocionales. Los condones por sí mismos no producen disfunción eréctil. Sin embargo, algunos hombres pueden tener problemas en mantener la erección cuando usan condones. Otros hombres, en especial los mayores, pueden tener dificultad en mantener una erección porque el condón puede disminuir la sensación del sexo. El uso de una mayor lubricación puede ayudar a aumentar la sensibilidad en los hombres que usan condones.

**10. ¿En general los que usan condones no son los que tienen relaciones casuales o los que tienen relaciones por dinero?**

No. Si bien muchas parejas casuales confían en los condones para la protección contra las ITS y VIH, las parejas casadas de todo el mundo usan condones también, hasta en el 42% para evitar el embarazo no deseado.

**11. ¿Es común la alergia al látex?**

No. La alergia al látex no es frecuente en la población y rara vez se informa de reacciones alérgicas leves a los condones. Las reacciones alérgicas graves son extremadamente raras.

Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes de goma o a los globos pueden tener una reacción similar ante los condones de látex. La reacción leve supone rubor, prurito, erupción, o hinchazón de la piel que estuvo en contacto con el látex. La reacción grave implica urticaria o erupción en buena parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, o pérdida de conocimiento después de entrar en contacto con el látex. Tanto el hombre como la mujer pueden ser alérgicos al látex y a los condones de látex.

**Referencias Bibliográficas:**

1 Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse. Clinical Effectiveness Unit. Guideline Summary NGC-9305, Barrier methods for contraception and STI prevention. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2012 Aug. 28 p. [160 references], <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=38368>

## 6. Condones Femeninos

*Se describen los condones femeninos de plástico (sintéticos)<sup>1</sup>.*

*Aún no disponibles en el MINSA*

### **Puntos clave para proveedores y usuarios (PBP) <sup>2</sup>**

#### **Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH. (A)**

Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra el embarazo como contra las infecciones de transmisión sexual.

**Para su mejor eficacia requiere un uso correcto en cada acto sexual.**

**La mujer puede comenzar a usar el condón femenino**, pero el método necesita la cooperación de su pareja.

**Puede requerir alguna práctica.** Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el condón femenino de la vagina.

#### **Definición**

Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente.

Tiene aros flexibles en ambos extremos.

Tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón.

El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina.

Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante a base de silicona.

#### **Mecanismo de acción**

Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en el útero, evitando así el embarazo no deseado. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja.

#### **Eficacia anticonceptiva**

*La eficacia depende de la usuaria:* El mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. Son pocos los casos de embarazo o infección debidos a uso incorrecto, salida o roturas.

#### **Protección contra el embarazo no deseado:**

**Uso común:** la probabilidad de embarazo no deseado es del 21% dentro del primer año de uso.

**Uso ideal:** la probabilidad de embarazo no deseado es de 5% dentro del primer año de uso.

*Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar condón femenino:* Inmediata

**Protección contra ITS y VIH cuando se usan correcta y sistemáticamente con cada acto sexual**

El condón femenino cuando se usa correcta y sistemáticamente con cada acto sexual reduce el riesgo de:

- Infección con VIH y VPH genital **(C)**<sup>2</sup>
- Transmisión de la Clamidia y Gonorrea **(B)**<sup>2</sup>
- Transmisión de la Sífilis y Herpes Virus **(PBP)**<sup>2</sup>

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH **(B)**<sup>2</sup>

**Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud**

**Tabla # 15. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los Condones Femeninos**

Efectos Secundarios	Beneficios para la salud	Riesgos para la salud
Ninguno	<b>Ayuda a proteger contra</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Riesgo de embarazo no deseado</li> <li>• ITS, incluido VIH</li> </ul>	Ninguno

**¿Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el condón femenino?**

- La mujer puede comenzar a usarlo ella misma
- Tiene una textura suave y húmeda que brinda una sensibilidad más natural que el condón masculino de látex durante el sexo
- Ayuda a proteger tanto contra el embarazo como contra ITS/VIH.
- Para algunas mujeres, el anillo externo brinda una estimulación sexual
- Puede usarse sin tener que consultar a un proveedor de salud

**¿Por qué algunos hombres dicen que les gusta el condón femenino?**

- Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpe el sexo
- No es ajustado ni aprieta como el condón masculino
- No disminuye la sensibilidad en el sexo, como sucede con el condón masculino
- No es preciso retirarlo inmediatamente después de la eyaculación

**Aclaración de Mitos relacionados al uso del condón Femenino**

- No pueden perderse en el cuerpo de la mujer.
- No son difíciles de usar, pero hay que aprender a usarlos correctamente.
- No tienen orificios que permitan el paso del VIH.
- Lo utilizan las parejas casadas. No se usa solo fuera del matrimonio.
- Evitan el contagio de enfermedades en la mujer porque impiden que el semen entre en su cuerpo.

**Criterios Médicos de Elegibilidad**

*Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos de plástico.* No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método. En el Anexo # 3 de CME, revisar la tabla de las Patologías vinculadas con los condones femeninos.

**Cuándo comenzar el uso de condones femeninos:** En cualquier momento que la usuaria lo desee.

### Explicación del uso

Cuando sea posible, muestre a la usuaria como introducir el condón femenino. Para la demostración use un modelo o figura, si hay disponibles, o sus manos. Puede crear una abertura similar a una vagina con una mano y con la otra mostrar como introducir el condón femenino.

**Explique a la usuaria los 5 pasos básicos del uso de un condón Femenino.**

**Tabla # 16. Pasos básicos del uso del condón Femenino**

Pasos básicos	Detalles importantes
<p>1. Utilice un condón femenino nuevo para cada acto sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revise el sobre del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice.</li> <li>- Evite usar un condón con fecha vencida—úselo sólo si no dispone de condones más nuevos.</li> <li>- De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.</li> </ul>
<p>2. Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina.</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo.</li> <li>- Para obtener una mejor protección, introduzca el condón antes de que haya contacto del pene con la vagina.</li> <li>- Elija una posición que quede cómoda para la inserción - en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.</li> <li>- Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.</li> <li>- Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto.</li> <li>- Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina.</li> <li>- Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.</li> </ul>
<p>3. Asegúrese de que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón - y no, entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.</li> <li>- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su sitio.</li> </ul>
<p>4. Después que el hombre retire su pene,</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No es necesario retirar el condón femenino</li> </ul>

Pasos básicos	Detalles importantes
<p>sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro los fluidos y suavemente, retírelo de la vagina</p> 	<p>inmediatamente después del acto sexual.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Retire el condón antes de levantarse para evitar derramar el semen.</li> <li>- Si la pareja tiene sexo otra vez, debe utilizar un condón nuevo.</li> <li>- No se recomienda reutilizar el condón femenino</li> </ul>
<p>5. Eliminación segura del condón usado</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coloque el condon en su envoltorio y arrojelo a la basura o letrina.</li> <li>- No arroje el condon en un inodoro, ya que puede provocar problemas en las cañerías</li> </ul>

### Apoyo a la usuaria

#### Asegúrese que la usuaria comprenda el uso correcto

- Pídale a la usuaria que explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino mientras manipula uno.
- Si tiene un modelo disponible, la usuaria puede practicar su colocación y retiro en el modelo.

#### Pregunte a la usuaria cuántos condones cree que necesitará hasta su próxima visita

- Suministre suficientes condones y, si están disponibles, un lubricante a base de agua o silicona.
- Diga a las usuarias dónde pueden obtener condones, si necesitan.

#### Explique por qué es importante usar un condón con cada acto sexual

- Un único acto sexual no protegido puede llevar a embarazo no deseado y/o ITS o VIH.
- Que se cometa un error una o dos veces no quiere decir que no tenga sentido usar condones en el futuro.

#### Explique el uso de las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

- Explique el uso de las PAE en caso de error en el uso del condón o cuando no se usa condón, para ayudar a evitar el embarazo no deseado. Prescriba PAE, si hay disponibles. Ver el tema completo de PAE en este documento

#### Converse como hablar sobre el uso de condones

Hable de técnicas para negociar el uso del condón con la pareja.

#### Lubricantes para condones femeninos

- Los condones femeninos plásticos vienen lubricados con un lubricante a base de silicona. A diferencia de la mayoría de los condones masculinos, que son hechos de látex, los condones plásticos pueden ser utilizados con cualquier tipo de lubricante - sean hechos con agua, silicona, o aceite.

- Algunos condones femeninos vienen con lubricante adicional en el sobre.
- Si una paciente necesita lubricación adicional, podrá usar agua limpia, saliva, cualquier aceite o loción, o un lubricante hecho de glicerina o silicona.

### **Consejos para nuevas usuarias**

- Sugiera a la nueva usuaria que practique ponerse y quitarse el condón antes de la próxima vez que tenga sexo. Destaque que el uso correcto se consigue más fácilmente con la práctica. Una mujer puede necesitar usar el condón femenino varias veces antes de sentirse cómoda con él.
- Sugíerale probar diferentes posiciones para ver de qué modo se le hace más fácil la colocación.
- El condón femenino es resbaloso. Algunas mujeres encuentran más fácil la colocación si se lo introducen lentamente, en especial las primeras veces.
- Si la paciente está sustituyendo un método con el condón femenino, sugíerale que continúe con el método anterior hasta que pueda usar el condón femenino con confianza.

### **“Vuelva cuando quiera”: razones para volver**

Asegure a las usuarias que serán bienvenidas en cualquier momento que quieran regresar - por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Tiene dificultades para usar el condón femenino de manera correcta o cada vez que tiene sexo.
- Recientemente tuvo sexo sin protección y quiere evitar el embarazo.

La usuaria que recientemente tuvo sexo no protegido y quiere evitar el embarazo no deseado, tal vez pueda usar PAE (Ver el tema completo de PAE en este documento)

### **Ayuda a las usuarias**

1. Pregunte a la usuaria como le va con su método y si está satisfecha.
2. Pregúntele si tiene dudas o algo que quiera discutir.
3. En especial, pregúntele si tiene problemas con el uso correcto de los condones femeninos y cada vez que tiene sexo. Bríndele cualquier información o ayuda que necesite.
4. Dele más condones femeninos y aliéntela a volver por más antes que se le acaben los que tiene. Recuérdele donde más puede conseguir los condones femeninos.

## **Abordaje de problemas**

**Problemas con el uso.** Los problemas pueden o no deberse al método.

Los problemas con los condones afectan la satisfacción de la usuaria y el uso del método. El proveedor tiene que prestarles atención. Si la usuaria refiere algún problema, escuche sus inquietudes y bríndele consejería.

Ofrezca a la usuaria su ayuda para elegir otro método - si ella lo desea, o más adelante si no se pueden resolver los problemas – a no ser que necesite los condones como protección de ITS/VIH.

### **Dificultades en la colocación del condón femenino**

- Pregunte a la usuaria cómo se coloca el condón femenino, utilizando para ello un modelo disponible, si no cuenta con un modelo, pídale que realice la demostración usando sus manos. Corrija cualquier error.

### **Anillo interno incómodo o doloroso**

- Recomiéndele que vuelva a colocarse el condón de modo que el anillo interno quede bien colocado por detrás del hueso del pubis.

### **El condón hace ruido durante el sexo**

- Recomiéndele agregar más lubricante en el interior del condón o sobre el pene.

### **El condón se resbala, no se utiliza, o es utilizado de manera incorrecta**

- Las PAE pueden ayudar a prevenir el embarazo. Ver el tema completo de PAE en este documento.
- Si la usuaria presenta signos o síntomas de ITS después de tener sexo sin protección, evalúe o remítala.
- Si la usuaria refiere que el condón se resbala, puede que se esté colocando el condón femenino de manera incorrecta. Corrija cualquier error.

### **La usuaria tiene dificultad para persuadir a la pareja a usar condones, o no siempre puede usar un condón**

Analice modos de hablar con la pareja sobre la importancia del uso del condón como protección contra el embarazo e ITS.

### **Irritación leve en o alrededor de la vagina o pene (prurito, rubor o erupción)**

- En general se resuelve por sí sola, sin tratamiento. Sugiera lubricante adicional en el interior del condón o sobre el pene para reducir el roce que pueda producir irritación. Si los síntomas persisten, evalúe y trate por una posible infección vaginal o ITS, si corresponde.
- Si no hay infección, ayude a la usuaria a elegir otro método a no ser que la usuaria esté en riesgo de ITS/VIH.
- Para usuarias en riesgo de ITS/VIH, recomíéndeles usar condones masculinos. Si el uso de condones masculinos no fuera posible, recomiende el uso continuo de condones femeninos a pesar de la incomodidad.
- Si la pareja no presenta infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección ante ITS sin necesidad del condón, pero no protege del embarazo.

### **Sospecha de embarazo**

- Realice pruebas de embarazo.
- La mujer puede utilizar condones femeninos con seguridad durante el embarazo para tener protección continua de ITS.

## Preguntas y respuestas sobre los condones Femeninos

### 1. ¿Es difícil de usar el condón femenino?

No, pero requiere paciencia y práctica.

### 2. ¿Pueden los condones femeninos prevenir eficazmente tanto el embarazo como las ITS/VIH?

**Si.** Si se usan de manera correcta y sistemática los condones femeninos ofrecen doble protección, tanto contra el embarazo como contra las ITS/VIH. Sin embargo, muchas personas no usan el condón cada vez que tienen sexo, o no lo usan de manera correcta. Esto reduce la protección tanto contra el embarazo como contra las ITS.

### 3. ¿Pueden utilizarse al mismo tiempo el condón femenino y el condón masculino?

**No.** El condón femenino y el condón masculino no deben utilizarse juntos. Esto puede producir una fricción que lleve a que se salgan o se rompan.

### 4. ¿Cuál es la mejor manera de asegurarse de que el pene penetre en el condón y no fuera del condón?

Para evitar el uso incorrecto, el hombre debe guiar cuidadosamente su pene e introducir la punta dentro del anillo externo del condón. Si el pene penetra entre la pared de la vagina y el condón, el hombre deberá retirar el pene y probar otra vez.

### 5. ¿Puede usarse el condón femenino más de una vez?

No se recomienda reutilizar el condón femenino. La reutilización de los condones femeninos disponibles actualmente no se ha probado.

### 6. ¿Puede usarse el condón femenino cuando la mujer está menstruando?

La mujer puede usar el condón femenino durante la menstruación. Sin embargo, el condón femenino no puede usarse al mismo tiempo que un tampón. Antes de colocarse el condón femenino, debe extraerse el tampón.

### 7. ¿No es demasiado grande el condón femenino para ser cómodo?

**No.** Los condones femeninos son del mismo largo que los condones masculinos, pero más anchos. Son muy flexibles y se adaptan a la forma de la vagina. Los condones femeninos han sido cuidadosamente diseñados y probados para adaptarse a toda mujer, sea cual sea el tamaño de su vagina, y a cualquier hombre, sea cual sea el tamaño de su pene.

### 8. ¿Es posible que el condón femenino se pierda dentro del cuerpo de la mujer?

**No.** El condón femenino se mantiene en la vagina de la mujer hasta que se lo quita. No puede pasar por el cérvix de la mujer hacia dentro del vientre (útero) porque es muy largo para eso.

### 9. ¿Puede usarse el condón femenino en distintas posiciones sexuales?

**Si.** El condón femenino puede usarse en cualquier posición sexual.

## Referencias Bibliográficas

1 Condones Femeninos. Organización Mundial de la Salud, OMS, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011.

2 Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse. Clinical Effectiveness Unit. Guideline Summary NGC-9305, Barrier methods for contraception and STI prevention. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2012 Aug. 28 p. [160 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=38368>

## 7. Implantes Hormonales Subdérmicos (IHS)

Implante de 1 cilindro: Contiene 68 mg de Etonorgestrel. Vida útil autorizada: 3 años  
Implante de 2 cilindros: Contiene 75 mg de Levonorgestrel. Vida útil autorizada: 5 años

### Puntos clave para proveedores y usuarias (PBP)<sup>1, 2</sup>

- Contienen una sola hormona que es progestina. No contiene estrógenos.
- **Son seguros y adecuados para la mayoría de las mujeres**, de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad.
- Entre los MAC temporales de larga duración, **es el método que tiene la mejor relación costo-efectividad. (B)**<sup>3, 4, 5, 6, 7, 8, 9</sup>
- **Pueden reemplazarse de inmediato al vencerse**, si la usuaria quiere seguir con el mismo método, sin necesidad de otro método de respaldo. **(C)**<sup>1, 2</sup>
- **Los implantes son pequeños cilindros** que se colocan debajo de la piel de la parte superior del brazo.
- **Brindan protección contra embarazo a largo plazo.** Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante. **Recuperación de la fertilidad al dejar de usarlos:** inmediata.
- **El personal de salud médico y de enfermería, requiere un entrenamiento básico para su inserción y retiro.**
- MAC ampliamente utilizado en el mundo desde hace más de 30 años.
- **No requiere de visitas subsecuentes**, solo en casos de retiro, reemplazo del implante, cambio de MAC, efectos secundarios o dudas.
- Puede aplicarse en el post parto inmediato (vaginal o cesárea). Corresponde a la Categoría 3 de los CME.
- **La obesidad (IMC > 30) no es una restricción** para el uso de implantes. **(C)**<sup>1, 2</sup>
- **Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales.**

### Definición

Son pequeños cilindros de plástico especial, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.

El implante de un cilindro es más sencillo, pues se inserta como una inyección subcutánea. Para el implante de dos cilindros, se realiza un procedimiento de cirugía mínima.

Ambos tipos de implantes se colocan bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo no dominante de la mujer.

No contiene estrógeno, por lo que se puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.

Hay varios tipos de implantes: Los más conocidos y utilizados en la actualidad son:

- Los de 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años)
- Los de 2 cilindros, eficaz durante 5 años.

### Mecanismo de Acción

- Actúan principalmente por
  - Espesamiento del moco cervical (esto bloquea los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo)
  - Distorsión del ciclo menstrual, impide la ovulación

### Eficacia anticonceptiva

Se trata de uno de los métodos temporales más eficaces y de mayor duración (A)<sup>10</sup>:

- La probabilidad de embarazo durante el uso de implantes es menor del 1%. (5 por cada 10,000 usuarias)
  - En los 3 años del uso del implante de 1 cilindro: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (1 en 1,000 mujeres)
  - En los 5 años de uso del implante de 2 cilindros: Alrededor de 1 embarazo por cada 100 mujeres.
- Los implantes de dos cilindros (o más), comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso (IMC > 30) después de 4 años de uso. Es aconsejable que estas usuarias cambien sus implantes antes.

Recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes: inmediata

Protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH: Ninguna

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH (B)<sup>1,2</sup>

### Algunas mujeres dicen que les gustan los implantes porque

- No requiere visitas de seguimiento frecuentes, una vez que se colocan,
- Previenen el embarazo muy eficazmente
- Son de larga duración
- No interfieren con el sexo



**Tabla # 17. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los Implantes Subdérmicos**

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alteraciones de los patrones de sangrado, por ejemplo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los primeros meses: sangrado leve y menos días de sangrado, sangrado irregular, sangrado infrecuente, no hay menstruación.</li> <li>- Después de alrededor de 1 año: sangrado leve y menos días de sangrado, sangrado irregular,</li> </ul> </li> </ul>	<p>Ayuda a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Embarazo no deseado</li> <li>• Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática (EPI)</li> <li>• Ayuda a aliviar la dismenorrea (C)<sup>1,2</sup></li> </ul> <p>Puede ayudar a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia ferropénica.</li> </ul>	Ninguno

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
<p>sangrado infrecuente.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Las usuarias del implante de un cilindro, tienen más probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular.</li> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Acné (puede mejorar o empeorar) <b>(C)</b><sup>1,2</sup></li> <li>• Cambios de peso</li> <li>• Sensibilidad en los pechos</li> <li>• Mareos</li> <li>• Cambios de humor</li> <li>• Náuseas</li> </ul>		

**Complicaciones:**

Infrecuentes:

- Infección en el sitio de inserción (la mayoría de las infecciones se presentan en los primeros 2 meses después de la inserción)
- Extracción difícil (Es raro si se insertó correctamente y el proveedor tiene práctica para extraerlo)

Raro:

- Expulsión del implante (Las expulsiones en general ocurren en los primeros 4 meses después de la inserción)

**Aclaración de Mitos relacionados al uso de los implantes**

- Dejan de funcionar una vez que se retiran. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer.
- Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no hace daño. Es similar a no tener la menstruación durante el embarazo. No se acumula sangre en el interior de la mujer.
- No producen infertilidad en las mujeres.
- No se mueven a otras partes del cuerpo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.
- No reducen la densidad ósea **(B)**<sup>1,2</sup>

**¿Quiénes pueden utilizar implantes?**

**Son seguros y adecuados para la mayoría de las mujeres**, de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad **(PBP)**<sup>1,2</sup>

La mayoría de las mujeres pueden utilizar implantes de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan o no hayan tenido hijos
- De cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres mayores de 40 años de edad
- Acaban de tener un aborto o embarazo ectópico

- Fuman cigarrillos, independientemente de la edad de la mujer o del número de cigarrillos que fume
- Estén amamantando
- Tengan varices
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral.

Se puede colocar el implante, si se está razonablemente seguro que la mujer no está embarazada, aunque no esté menstruando.

### Implantes para mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen Sida o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los implantes de manera segura.
- Recomiende a estas mujeres utilizar condones además de los implantes. Utilizados sistemática y correctamente, los condones pueden ayudar a evitar la transmisión de VIH y otras ITS.

### Criterios Médicos de Elegibilidad

Para los IHS, al igual que con el resto de métodos, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para la prescripción de Métodos Anticonceptivos (Ver Anexo # 3).

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias nuevas y subsecuentes de este método. Su utilización apropiada mejora la selección apropiada del MAC y favorece la adherencia al método.

### Cuándo comenzar el uso de implantes

La mujer puede comenzar a usar implantes en cualquier momento que quiera, si está razonablemente segura de no estar embarazada. Para estar razonablemente segura de no estar embarazada, usar siempre la Lista de Verificación de Embarazo (Ver anexo # 1). La tabla siguiente presenta las diferentes situaciones que atraviesa una mujer en edad fértil y de acuerdo a ellas, cuándo puede empezar a utilizar los Implantes Hormonales Subdérmicos.

**Tabla # 18. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar Implantes Hormonales Subdermicos**

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar IHS
Está teniendo ciclos menstruales o cambiándose de un MAC no hormonal al implante.	<p><b>En cualquier momento del mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está en los primeros 7 días de iniciada su menstruación (5 días para el implante de un cilindro), no necesita método de respaldo.</li> <li>• Si tiene más de 7 días de iniciada su menstruación (más de 5 días para el implante de un cilindro), puede insertarse implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inserción.</li> <li>• Si está cambiando de un DIU, puede insertarse un implante inmediatamente.</li> </ul>
Cambiando de otro método	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente, si ha estado usando el método hormonal</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar IHS
hormonal a implantes	<p>sistemática y correctamente o si está de otro modo razonablemente segura de no estar embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Si está sustituyendo inyectables, puede insertarse implantes cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.</li> </ul>
Lactancia materna. (menos de 6 meses después del parto)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede aplicarse en el post parto inmediato (vaginal o cesárea). Corresponde a la Categoría 3 de los CME.<sup>11, 12, 13, 14, 15, 16</sup></li> <li>• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No necesita un método de respaldo.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se aconseja para las mujeres que tienen ciclos menstruales.</li> </ul>
Lactancia materna. Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales.</li> </ul>
Más de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, puede hacerse colocar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales</li> </ul>
No está amamantando. Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede insertarse los implantes en cualquier momento. No necesita método de respaldo</li> </ul>
No está amamantando. Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.</li> <li>• Si ha vuelto la menstruación, se pueden insertar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales.</li> </ul>
No tiene menstruación (no vinculado con parto o cesárea)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se pueden insertar los implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.</li> </ul>
Después de pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente. Si se insertan implantes en los 7 días después de la pérdida de embarazo. No necesita un método de respaldo.</li> <li>• Si se insertan implantes después de los 7 días de la pérdida del</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo comenzar a utilizar IHS
	embarazo necesita un método de respaldo.*
Después de recibir PAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se pueden insertar implantes en los 7 días después de iniciar su próxima menstruación (5 días para el implante de un cilindro) o en cualquier otro momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Sumínistrela un método de respaldo, o anticonceptivos orales entre el día que tomó la PAE y la fecha en que se insertará el implante.</li> </ul>

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

### Consejería sobre efectos secundarios

Debe hacerse un consejería detallada sobre las alteraciones en el sangrado y otros efectos secundarios antes de colocar implantes.

**“La consejería sobre las alteraciones en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método”.**

### Informar sobre los efectos secundarios más comunes

En menos del 25% de los casos, se mantiene una menstruación regular (C)<sup>1,2</sup> Se pueden presentar los siguientes efectos secundarios

- Alteraciones del patrón de sangrado durante los primeros 3 meses:  
En menos del 25% de usuarias de implantes, la “menstruación” es regular
  - Sangrado irregular que dura más de 8 días alguna vez en el primer año.
  - Sangrado infrecuente (33%) o falta de sangrado más adelante (20%), sangrado prolongado o frecuente. (C)<sup>1</sup>
- Dolor abdominal, sensibilidad en los pechos.

### Explicar sobre estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signo de enfermedad.
- La mayoría de los efectos secundarios generalmente disminuyen o desaparecen durante el primer año.
- Son comunes pero hay mujeres que tal vez no los presenten.
- La usuaria puede volver a consultar en cualquier momento, si los efectos secundarios le molestan.

**Técnica de inserción y extracción de implantes:** depende del tipo de implantes. En el Anexo # 6 se muestra la técnica de inserción y extracción del implante de 1 cilindro.

**Apoyo a la usuaria.** Dar instrucciones específicas. Varían en algunos aspectos de un tipo de implante a otro.

### Mantenga el brazo seco:

- Debe mantener el área de inserción seca durante 4 días. Puede quitarse la venda elástica o la gasa después de 2 días y el vendaje adhesivo después de 5 días.

**Sepa que puede presentar ardor, equimosis:**

- Después que del efecto anestésico, le dolerá el brazo unos pocos días. Puede también tener hinchazón y equimosis en el sitio de inserción. Esto es común y desaparece sin tratamiento.

**Duración de la protección anticonceptiva:**

- Dar a cada mujer la siguiente información escrita en una tarjeta de recordatorio y explique:
  - El tipo de implante que tiene
  - La fecha de inserción
  - El mes y el año en que hay que extraer o sustituir los implantes
  - Dónde debe acudir si tiene problemas o preguntas con sus implantes

**Retirar los implantes antes de que comiencen a perder eficacia:**

- Dígale que vuelva a la consulta antes de que los implantes comiencen a perder eficacia (para extracción o, si quiere, sustitución).

**“Vuelva en cualquier momento”: razones para volver (PBP) <sup>1,2</sup>**

Asegure a toda usuaria que es bienvenida si quiere volver en cualquier momento, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas o si quiere otro método, si tiene un cambio importante en el estado de salud, o si piensa que puede estar embarazada. También si:

- Tiene dolor, calor, pus, o rubor en el sitio de inserción que empeora o que no desaparece, o que ve un implante que se está saliendo.
- Ha aumentado mucho de peso. Esto puede reducir el tiempo de eficacia alta de sus implantes.

**Ayuda a las usuarias**

Se deberá citar anualmente para atención integral de la mujer (PAP, peso, PA, IMC, examen de mamas). No se necesita consulta de control hasta que sea fecha de quitar los implantes. Sin embargo, hay que decirle a la usuaria claramente que será bien recibida en cualquier momento que quiera regresar. (PBP) <sup>1,2</sup>

**Pregúntele:**

- Cómo le está yendo con el método y si está contenta. Si tiene alguna duda o algo que quisiera hablar.
- Si está preocupada por cambios en el sangrado.
- Dele información o ayuda que necesite.
- Si ha tenido algún problema nuevo de salud desde la última consulta. Si presenta algún problema de salud que pueda requerir cambio de MAC.
- Monitoree el peso de la usuaria y si el IMC es mayor de 30 use implantes subdermicos de dos o más cilindros. Si ha variado su peso lo suficiente como para afectar la duración de la eficacia de sus implantes, actualice su tarjeta de recordatorio, o dele una tarjeta nueva con la fecha correcta.
- Si la usuaria quiere seguir usando implantes y no tiene ninguna condición médica que se lo impida, recuérdale cuánto tiempo más la protegerán los implantes de un embarazo no deseado.

## Abordaje de problemas

**Efectos secundarios.** Pueden o no deberse al método.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de implantes. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, brinde consejería y si corresponde, dele tratamiento.
- Ofrezcale ayuda para elegir otro MAC ahora si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

**Sangrado irregular** (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)

- Infórmele que muchas mujeres que utilizan implantes presentan sangrado irregular. No hacen mal y usualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
- En caso que se asocie con dolor, indique 200 – 400 mg de ibuprofeno 3 veces por día después de las comidas durante 5 días, iniciando cuando comienza el sangrado irregular.
- Si el sangrado requiere tratamiento recomiende uno de los siguientes esquemas:
  - AOC con progestágeno levonorgestrel; que tome una tableta por día durante 21 días; o
  - 50 µg de etinilestradiol diariamente durante 21 días.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

**No menstrúa**

- Infórmele que hay algunas mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruación y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se alegran de no presentar menstruación).

**Sangrado profuso o prolongado** (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Infórmele que muchas mujeres que usan implantes presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Para un alivio modesto y a corto plazo, puede probar cualquiera de los tratamientos mencionados anteriormente para el sangrado irregular, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) con 50 µg de etinilestradiol pueden dar mejores resultados que los comprimidos de bajas dosis.
- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera tabletas de hierro y dígame que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres.
- Si continúa el sangrado profuso o prolongado o éste comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

**Cefaleas comunes** (no migrañosas) No hay asociación causal entre cefaleas e implantes. (C)<sup>1,2</sup>

- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg).
- Toda cefalea que empeore o aparezca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

#### **Dolor abdominal leve**

- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg).
- Considere remedios disponibles localmente.

#### **Acné**

- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido a acné, puede considerar cambiar a AOC. El acné de muchas mujeres mejora con el uso de AOC. (C) <sup>1,2</sup>
- Considere medicamentos disponibles localmente.

#### **Cambio de peso**

- Revise la dieta y asesore según corresponda. No hay asociación causal entre cambios de peso e implantes. (C) <sup>1,2</sup>

#### **Sensibilidad en los pechos**

- Recomiende el uso de un sostén de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg).
- Considere medicamentos disponibles localmente.

#### **Cambios de humor o cambios del deseo sexual**

- No hay asociación causal entre cambios de humor y deseo sexual e implantes. (C) <sup>1,2</sup>
- Pregunte sobre cambios en su vida que puedan afectar su estado de ánimo o el deseo sexual, como cambios en su relación de pareja. Dele apoyo según corresponda.
- Las usuarias que tienen variaciones graves del humor como depresión mayor deben ser remitidas para su atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

#### **Dolor después de la inserción o extracción**

- Para el dolor después de la inserción, asegúrese de que el vendaje o la gasa en el brazo no estén demasiado ajustados.
- Coloque un nuevo vendaje en el brazo y aconséjele que evite apretar el sitio durante unos días.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg)

#### **Infección en el sitio de inserción (rubor, calor, dolor, pus)**

- No retire los implantes.
- Limpie el área infectada con agua y jabón o antiséptico.
- Prescriba dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por vía oral durante 7 días.

- Pida a la usuaria que regrese después de terminar los antibióticos si la infección no ha desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, extraiga los implantes o refiera a la paciente para su extracción.
- A menudo la expulsión total o parcial sigue a la infección. Solicite a la paciente que vuelva si nota que se está saliendo el implante.

**Abscesos** (bolsas de pus bajo la piel debido a infección)

- Limpie el área con antiséptico.
- Abra (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida. Prescriba dicloxacilina 500 mg cada 6 horas por vía oral durante 10 días.
- Solicite a la paciente que vuelva después de completar los antibióticos si presenta calor, rubor, dolor, o drenaje de la herida.
- Si hay infección cuando regrese, extraiga los implantes si está entrenado, o refiera a la paciente a una unidad de salud de mayor resolución para su extracción y tratamiento apropiados.

**Expulsión** (cuando uno o más implantes comienzan a salirse del brazo)

- Raro. Generalmente ocurre dentro de los primeros meses después de la inserción o con infección.
- Si no hay infección, cambie el cilindro o cápsula expulsados a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o cápsulas o refiera a la usuaria para cambiarlo.

**Dolor intenso en el abdomen inferior** (sospecha de embarazo)

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
  - La mujer puede continuar usando los implantes durante su evaluación.
  - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se torsionen o estallen.
  - Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que si bien es raro y no es causado por los implantes, puede poner en peligro la vida de la mujer. En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves.

La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:

- Dolor o sensibilidad abdominal inusuales.
- Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
- Debilidad o sensación de mareo.
- Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, refiera a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento.

**Nuevos problemas que podrían requerir cambio de MAC:** Pueden o no deberse al método.

**Sangrado vaginal inexplicado** (que sugiere una patología médica no relacionada con el método)

- Refiera a la paciente o evalúela en base a antecedentes y examen pélvico. Haga el diagnóstico y el tratamiento si corresponde.
- Si no halla causa para este sangrado, considere la posibilidad de extraer los implantes para facilitar el diagnóstico y refiera a la paciente.
- Proporciónale otro MAC que ella elija, para que pueda usar hasta que se evalúe y trate su condición (que no sean inyectables de progestágeno solo, o DIU con hormonas o de cobre).
- Si el sangrado es causado por una ITS o por una EPI, podrá seguir utilizando implantes durante el tratamiento.

**Migraña.** No hay asociación causal entre cefaleas e implantes. **(C)**<sup>1,2</sup>

- Si presenta migrañas sin aura, si lo desea, puede seguir utilizando implantes.
- Si presenta migrañas con aura, retire los implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

**Algunas afecciones graves** (sospecha de coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones, enfermedad hepática grave, o cáncer de mama).

- Extraiga los implantes o refiera a la usuaria para su extracción.
- Proporciónale un método de respaldo para utilizar mientras es evaluada.
- Si no se encuentra ya bajo atención, refiérala para su diagnóstico y atención.

**Cardiopatía por estenosis o bloqueo arterial** (cardiopatía isquémica) o **ACV**

- Si la mujer presenta una de estas patologías, puede comenzar con implantes con seguridad. Sin embargo, si el problema aparece con el uso de los implantes:
  - Retire los implantes si está entrenado o refiera a la usuaria para su extracción.
  - Ayúdela a elegir un MAC sin hormonas.
  - Si no se encuentra todavía bajo atención, refiérala para su diagnóstico y atención.

**Sospecha de embarazo**

- Haga pruebas de detección de embarazo, incluso la detección de embarazo ectópico.
- Si la mujer prevé llevar su embarazo a término, extraiga los implantes si está entrenado o refiérala para su extracción.
- No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer utiliza implantes.

**Preguntas y respuestas sobre los implantes**

**1. ¿Las usuarias de implantes requieren consultas de control?**

No. Las usuarias de implantes no precisan controles periódicos de rutina. Las consultas anuales pueden ser útiles para otros cuidados preventivos, pero no son necesarias a causa del implante. La mujer es bienvenida en todo momento si tiene preguntas.

**2. ¿Se pueden dejar los implantes en el brazo de la mujer de manera permanente?**

No. Los implantes en sí no resultan peligrosos, pero al disminuir sus niveles de hormonas, se vuelven cada vez menos eficaces.

**3. ¿Los implantes causan cáncer?**

No. Los estudios no han mostrado un incremento en el riesgo de ningún cáncer por el uso de implantes.

**4. ¿Cuánto demora la mujer en embarazarse después de la extracción de los implantes?**

El retorno a la fertilidad es inmediato. El patrón de sangrado antes de utilizar implantes en general se recupera al extraerlos, algunas lo recuperan en unos pocos meses.

**5. ¿Los implantes causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza implantes?**

No. (C)<sup>1, 2</sup> Los implantes no provocan defectos de nacimiento, no dañan al feto si queda embarazada usando implantes o si accidentalmente se inserta implantes estando ya embarazada.

**6. ¿Es posible que los implantes se desplacen en el cuerpo de la mujer o que se salgan de su brazo?**

Los implantes no se mueven dentro del cuerpo de la mujer. Los implantes permanecen en el lugar donde se insertan hasta que se extraen. Pueden expulsarse si no fueron bien colocados o porque existe infección en el sitio de la inserción. Si notara un implante parcialmente expulsado, debe comenzar a utilizar un MAC de respaldo y regresar a la unidad de salud inmediatamente para su extracción; con posible inserción de un nuevo implante, si lo desea.

**7. ¿Aumentan el riesgo de embarazo ectópico?**

No. Por el contrario, los implantes reducen mucho el riesgo de embarazo ectópico. Entre usuarias de implantes, los embarazos ectópicos son extremadamente infrecuentes. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres con implantes es de 6 por 100,000 mujeres al año. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres que no utilizan MAC es de 650 por cada 100,000 mujeres al año. En las raras ocasiones en que los implantes fallan y se produce el embarazo, 10 a 17 % de esos embarazos son ectópicos.

**8. ¿Cuán pronto puede una mujer que está amamantando iniciar el uso de un método de progestágeno solo: implantes, píldoras de progestágeno solo, o inyectables o el DIU de LNG?**

Puede aplicarse en el post parto inmediato, vaginal o cesárea (APEO). Corresponde a la Categoría 3 de los CME.

**9. ¿Las mujeres de peso excesivo deben evitar los implantes?**

No. (C)<sup>1, 2</sup> Sin embargo, estas mujeres deberían saber que necesitan cambiar sus implantes de dos o más cilindros después de los 4 años para mantener un alto nivel de protección al embarazo no deseado. En los implantes de un cilindro, el peso no reduce la eficacia dentro del período de vida útil aprobado para este tipo de implante.

**10. ¿Qué debería hacerse si una usuaria de implante presenta un quiste de ovario?**

La mayor parte de los quistes no son quistes verdaderos sino estructuras llenas de líquido en el ovario (folículos), el cual sigue creciendo más del tamaño normal en un ciclo menstrual. Pueden producir algún leve dolor abdominal, pero requieren tratamiento solo si crecen a un tamaño anormalmente grande, si presentan torsión o estallido. En general estos folículos desaparecen sin tratamiento.

## 11. ¿Después de insertar los implantes, la mujer puede comenzar a trabajar de inmediato?

Sí, puede comenzar a hacer su trabajo habitual apenas egrese de la unidad de salud, mientras no se golpee el sitio de inserción ni se lo moje.

## 12. ¿Hay que realizar un examen pélvico antes de insertar los implantes?

No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas correctas (ver Lista de Verificación del Embarazo). No hay ninguna patología que contraindique el uso de implantes que se pueda detectar en un examen pélvico.

### Referencias Bibliográficas:

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-10297, Progestogen-only implants, Clinical Effectiveness Unit. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare; 2014 Feb. 25 p. [92 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=47880>.
- 2 Providing Contraceptive Implants, Reference Manual, Jhpiego 2014. [www.jhpiego.org](http://www.jhpiego.org)
- 3 NIHS-NHS, Lipetz C, Phillips C J, Fleming C F. The cost-effectiveness of a long-acting reversible contraceptive (Implanon) relative to oral contraception in a community setting *Contraception* 2009; 79(4): 304-309, [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22009101084#\\_VCXkkWcSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22009101084#_VCXkkWcSzM0)
- 4 NIHS-NHS, Mavranezouli I. The cost-effectiveness of long-acting reversible contraceptive methods in the UK: analysis based on a decision-analytic model developed for a National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) clinical practice guideline Human Reproduction 2008; 23(6): 1338-1345, [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22008101127#\\_VCXmP2eSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22008101127#_VCXmP2eSzM0)
- 5 Varney S J, Guest J F. Relative cost effectiveness of Depo-provera, Implanon, and Mirena in reversible long-term hormonal contraception in the UK. *Pharmacoeconomics* 2004; 22(17): 1141-1151, [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22005008019#\\_VCXo7WeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=22005008019#_VCXo7WeSzM0)
- 6 NIHS-NHS, Ortmeier B G, Sauer K A, Langley P C, Bealmeier B K. A cost-benefit analysis of four hormonal contraceptive methods. *Clinical Therapeutics* 1994; 16(4): 707-713 [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21995007084#\\_VCXrMmeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21995007084#_VCXrMmeSzM0)
- 7 NIHS-NHS, Ashraf T, Arnold S B, Maxfield M. Cost-effectiveness of levonorgestrel subdermal implants: comparison with other contraceptive methods in the United States. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 1994; 39: 791-798, [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21995007033#\\_VCXsvGeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21995007033#_VCXsvGeSzM0)
- 8 NIHS-NHS, French R S, Procter T, Cowan F M, Hughes D, Mansour D J A, Robinson A, Morris S, Guillebaud J. Implantable contraceptives (subdermal implants and hormonally impregnated intrauterine systems) versus other forms of reversible contraceptives: two systematic reviews to assess relative effectiveness, acceptability, tolerability and cost-effectiveness. [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=32000000833#\\_VCXtvWeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=32000000833#_VCXtvWeSzM0)
- 9 James Trussell, Anjana M. Lallac, Quan V. Doane, Eileen Reyes, Lionel Pintoc, Joseph Gricard. Cost effectiveness of contraceptives in the United, *Contraception* 79 (2009) 5–14
- 10 Jo Power, Rebecca French, Frances M. Cowan, Subdermal implantable contraceptives versus other forms of reversible contraceptives or other implants as effective methods for preventing pregnancy, *Cochrane Fertility Regulation Group*, Published Online: 18 JUL 2007, Assessed as up-to-date: 22 APR 2007, DOI: 10.1002/14651858.CD001326.pub2, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001326.pub2/abstract>
- 11 Mwalwanda C, Black K, Immediate Post-Partum Initiation of Intrauterine Contraception and Implants: A Review of the Safety and Guidelines for Use, *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology (ANZJOG)* 53(4):331-337, Ago 2013, acceso en, oct.2014, <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/ginecweb778.htm>
- 12 NCBI, PubMed, Brito MB, Ferriani RA, Meijers JC, Garcia AA, Quintana SM, Silva de Sá MF, Vieira CS. Effects of the etonogestrel-releasing contraceptive implant inserted immediately postpartum on maternal hemostasis: a randomized controlled trial. Acceso en oct. 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22542366>
- 13 NCBI, PubMed, Wilson S, Tennant C, Sammel MD, Schreiber C. Immediate postpartum etonogestrel implant: a contraception option with long-term continuation. Acceso en oct. 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24993485>
- 14 NCBI, PubMed, Ireland LD, Goyal V, Raker CA, Murray A, Allen RH. The effect of immediate postpartum compared to delayed postpartum and interval etonogestrel contraceptive implant insertion on removal rates for bleeding. Acceso en oct. 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24973904>
- 15 NCBI, PubMed, Toece KM1, Sheeder JL, Teal SB. Rapid repeat pregnancy in adolescents: do immediate postpartum contraceptive implants make a difference? Acceso en oct. 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22631865>
- 16 NCBI, PubMed, Brito MB, Ferriani RA, Quintana SM, Yazlle ME, Silva de Sá MF, Vieira CS. Safety of the etonogestrel-releasing implant during the immediate postpartum period: a pilot study. Acceso en oct. 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19913145>

## 8. Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

En el MINSA están disponible las PAE que contienen:  
Levonorgestrel, tabletas de 750 µg (0.75 mg).

### Puntos clave para proveedores y usuarias

- El proveedor de salud debe discutir las necesidades individuales de la usuaria para anticoncepción de emergencia e informar a la mujer sobre los diferentes métodos con relación a la eficacia, efectos adversos, interacciones, criterios médicos de elegibilidad y necesidad para precauciones anticonceptivas adicionales. (PBP)<sup>1</sup>
- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 4 días después del sexo sin protección.** Cuanto antes se tomen, mejor, pues la efectividad es mayor.
- No afectan un embarazo en curso.
- **Son seguras para toda mujer**, incluso para mujeres que no pueden utilizar los métodos anticonceptivos hormonales continuos.
- **Son una oportunidad para que la mujer comience a utilizar un método continuo de planificación familiar.**
- **Hay muchas opciones que se pueden utilizar como PAE.** Los productos especialmente diseñados, las píldoras de progestágeno solo, y los AOC, todos pueden actuar como anticonceptivos de emergencia.
- No deben ser utilizados como método rutinario de PF.
- Aprovechar la oportunidad para ofrecer la prueba de VIH. (C)<sup>1</sup>

### Definición

Píldoras que contienen progestágeno solo, o una combinación de progestágeno y estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras “de la mañana siguiente”, “del día después”, o anticonceptivos postcoitales.

### Mecanismo de acción

- Funcionan fundamentalmente impidiendo la ovulación. No son eficaces si la mujer ya se encuentra embarazada o si la mujer ya ovuló. Recordar que la ovulación ocurre la gran mayoría de las veces el día 14 del ciclo, contando como primer día del ciclo el primer día de la última menstruación. <sup>2, 3, 4, 5</sup>

### Tipos de PAE de acuerdo a su composición

Disponible en farmacias privadas

- **Levonorgestrel** 1.5 mg: Dosis única, conocida como Píldora Para la Mañana Siguierte (PPMS)

Disponibles en el MINSA:

- **Progestágeno de Levonorgestrel:** tabletas de 750 µg (microgramos).

Dosis: 2 tabletas en dosis única tan pronto como sea posible después de la relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas (A)<sup>1</sup>

- **Anticonceptivos orales combinados (AOC)** se deben tomar tan pronto como sea posible (entre más pronto mejor).

Dosis: 8 tabletas en dosis única, si la usuaria no tolera esta dosis, entonces administrar 4 tabletas cada 12 horas por 2 dosis.

**Eficacia anticonceptiva**

- Si 100 mujeres tuvieran sexo una vez durante la segunda o tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas.
- Si esas 100 mujeres utilizaran PAE de progestágeno solo, probablemente una quede embarazada. (A)<sup>1</sup> (B)<sup>6, 7, 8</sup> (A)<sup>9</sup>
- Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno, probablemente 2 queden embarazadas.

*Recuperación de la fertilidad después de interrumpir PAE:* Inmediata. Después de tomar PAE, una mujer puede quedar embarazada de inmediato. Tomar la PAE solamente previene el embarazo de actos sexuales ocurridos en los 5 días anteriores, recordando que es más eficaz cuando se toma más cercano a la relación sexual. No protegen a la mujer del embarazo por actos sexuales realizados después de tomar la PAE, ni siquiera del día siguiente. Para mantenerse protegida del embarazo, la mujer debe comenzar de inmediato a utilizar otro método anticonceptivo.

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH:* Ninguna

**Tabla # 19. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de las PAE**

Efectos secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
<p>Algunas usuarias relatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar PAE</li> <li>- Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado</li> </ul> </li> </ul> <p>En la semana después de tomar PAE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Náuseas (Las mujeres que utilizan PAE con formulaciones de progestágeno solo, son menos propensas a presentar náuseas y vómitos que las mujeres que utilizan formulaciones de PAE con</li> </ul>	<p>Ayuda a proteger contra: Riesgo de embarazo</p>	<p>Ninguno</p>

Efectos secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
estrógeno y progestágeno). <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor abdominal</li> <li>• Fatiga</li> <li>• Cefaleas</li> <li>• Sensibilidad en los pechos</li> <li>• Mareos</li> <li>• Vómitos</li> </ul>		

### **Aclaración de Mitos relacionados al uso de las PAE**

Las píldoras anticonceptivas de emergencia:

- No provocan aborto.
- Si se produce el embarazo no causan defectos de nacimientos.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No promueven la conducta sexual riesgosa.
- No provocan infertilidad a la mujer.

### **Algunas mujeres dicen que les gustan las PAE porque**

- Brindan una segunda oportunidad de prevenir el embarazo.
- Son controladas por la mujer.
- Reducen la necesidad de recurrir al aborto ante la eventualidad de un fallo del anticonceptivo o si no se está utilizando anticoncepción.

### **¿Quiénes pueden utilizar las PAE?**

#### **Seguras y aptas para casi todas las mujeres**

- Para utilizar PAE no es preciso recurrir a análisis ni exámenes.
- Pueden ser apropiadas por otras razones, en especial si hubo sexo forzado.

### **Criterios Médicos de Elegibilidad para PAE**

*Toda mujer puede utilizar PAE segura y eficazmente, incluso aquellas mujeres que no pueden utilizar MAC con hormonas de manera continua.* Debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médicas por las cuales las PAE no sean seguras para la mujer.

### **Administración de las PAE**

Las PAE pueden ser necesarias en diferentes situaciones.

### **Cuándo utilizarlas**

- Después de la relación sexual sin protección, preferiblemente antes de las 12 horas. Puede usarse hasta el 4to día después; pero cuanto más temprano se tome después de la relación sexual, mayor es la probabilidad de prevenir el embarazo<sup>10</sup>.
- También una mujer víctima de violación debe recibir profilaxis para ITS incluyendo el VIH.

### **Las PAE son apropiadas en muchas situaciones**

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

- Después de una Violación (también debe recibir profilaxis para ITS incluyendo el VIH)
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
  - Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
  - La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
  - El hombre no se retiró como estaba previsto, antes de eyacular
  - La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.
  - El DIU se salió de sitio.
  - La mujer tiene más de 4 semanas de retraso en la inyección de repetición trimestral de AMPD, más de 2 semanas de retraso en la inyección de repetición bimestral de NET-EN, o más de 7 días de retraso en la inyección de repetición mensual.

### **Administración de PAE**

**1. Suministre las píldoras,** según dosis descritas anteriormente.

**2. Describa los efectos secundarios más comunes**

- Náuseas, dolor abdominal, tal vez otros.
- Sangrado leve o alteraciones de los tiempos de la menstruación.
- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.

**3. Explique qué hacer en caso de efectos secundarios**

- Náuseas:
  - No se recomienda la utilización de medicamentos anti náuseos - antieméticos 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 medicamentos tales como dimenhidrinato 50 mg media a una hora antes de tomar la PAE.
- Vómitos:
  - Si la mujer vomita dentro de las 2 horas posteriores a tomar PAE, deberá tomar una nueva dosis de PAE. **(PBP)<sup>1</sup>** (Puede tomar dimenhidrinato con esta dosis repetida, como se señala arriba)

**4. Ayúdela a comenzar un método continuo**

- Ver anticoncepción continua

### **“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver**

No es necesario que la mujer vuelva para una consulta de rutina. Sin embargo, transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, y también si:

- Cree que puede estar embarazada, en especial si no ha tenido su menstruación o su próxima menstruación se demora más de una semana.

### Anticoncepción continúa luego del uso de PAE

1. Explique que las PAE no la protegen del embarazo de sexo futuro, ni siquiera del siguiente día. **(B)** <sup>1</sup>Las PAE conteniendo Levonorgestrel pueden ser utilizadas más de una vez durante el mismo ciclo. **(C)** <sup>1</sup>Analice la necesidad de elegir la prevención del embarazo no deseado de manera continua y en caso de riesgo, protección frente a ITS incluido el VIH recomiende el uso de condones.
2. Si la mujer no desea comenzar un MAC ahora, dele condones o AOC y solicítele que los use si cambia de opinión. Instrúyala en su uso. Invítela a regresar en cualquier momento que lo desee, si quiere otro método o tiene preguntas o problemas.

Realizar prueba de embarazo a las 3 semanas (o después) del inicio del método **(PBP)** <sup>1</sup>

**Tabla # 20. Cuándo comenzar la anticoncepción luego del uso de PAE**

Método	Cuándo comenzar la anticoncepción
AOC, Píldoras de progestágeno solo	<p>Puede comenzar al día siguiente de tomar las PAE.</p> <p>No necesita esperar su próxima menstruación.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticonceptivos orales: – Las nuevas usuarias deben comenzar un nuevo sobre de píldoras. – Una usuaria continua que requirió PAE debido a un error puede retomar el uso como antes.</li> <li>• Toda mujer debe usar método de respaldo* los primeros 7 días de usar su método. <b>(C)</b> <sup>1</sup></li> </ul>
Inyectables de progestágeno solo (IPS)	<p>Puede comenzar los IPS solo, el mismo día de las PAE, o si lo prefiere, dentro de los 7 días después del comienzo de la menstruación. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7 días luego de la inyección. <b>(C)</b> <sup>1</sup></p> <p>La mujer debe retornar si presenta signos o síntomas de embarazo más allá de no tener menstruación.</p>
Inyectables mensuales	<p>Puede comenzar con inyectables mensuales el mismo día de las PAE. No es necesario esperar la próxima menstruación para recibir la inyección.</p> <p>Necesitará un método de respaldo los 7 días siguientes a la inyección. <b>(C)</b> <sup>1</sup></p>
Implantes hormonales subdérmicos (IHS)	<p>Después de restablecida la menstruación. Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta entonces, comenzando el día después que finalice las PAE.</p>
DIU de cobre (u hormonal)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Puede usarse un DIU como MAC de emergencia. Es una buena opción para la mujer que quiere un DIU como método a largo plazo. <b>(A)</b> <sup>11</sup></li> <li>• <b>Si la mujer decide usar un DIU después de la PAE, puede colocarse el DIU el mismo día en que toma la PAE. No requiere método de respaldo. **</b></li> </ul>

Método	Cuándo comenzar la anticoncepción
Condomes masculinos (y femenino, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, coito interruptus)	Inmediatamente.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Método de los Días Fijos: Con el comienzo de su próxima menstruación.</li> <li>• Métodos basados en los síntomas: Una vez restablecidas las secreciones normales.</li> <li>• Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta que pueda comenzar con el método de su elección.</li> </ul>

\* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y coito interruptus. Dígale que los espermicidas y el coito interruptus son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.

\*\* El DIU T de Cobre puede ser insertado hasta 120 horas después del primer episodio de sexo sin protección o dentro de los 5 días de la fecha esperada de ovulación. (A) 1

### Apoyo a la usuaria. Abordaje de problemas:

**Efectos secundarios o fallos del método:** Pueden o no deberse al método.

#### Sangrado irregular leve (PBP) 1

- El sangrado irregular debido a las PAE terminará sin tratamiento.
- Asegure a la mujer que esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.

#### Cambios en los tiempos de la siguiente menstruación o sospecha de embarazo

- La menstruación puede comenzar antes o después de lo esperado. Esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.
- Si después de tomar PAE, la menstruación siguiente comienza con más de una semana de atraso respecto a lo esperado, haga pruebas de detección de embarazo. No se conocen riesgos para un feto concebido si las PAE fallan en la prevención de prevenir el embarazo no deseado. (PBP) 1

#### Preguntas y respuestas sobre las PAE

##### 1. ¿Las PAE interrumpen un embarazo en curso?

No. Las PAE no funcionan si la mujer ya está embarazada. Tomadas antes que la mujer ovule, las PAE evitan la liberación del óvulo del ovario o retrasan su liberación entre 5 y 7 días. Para entonces, ya habrán muerto los espermatozoides en el tracto reproductivo de la mujer, ya que los espermatozoides pueden sobrevivir allí durante unos 5 días.

##### 2. ¿Las PAE causan defectos de nacimiento? ¿Le hace mal al feto si una mujer toma PAE sin querer durante el embarazo?

No. Hay buenas evidencias que muestran que las PAE no provocan defectos de nacimiento y que no dañan al feto si la mujer ya está embarazada cuando toma las PAE, o si las PAE no logran evitar el embarazo.

**3. ¿Por cuánto tiempo protegen de un embarazo las PAE a la mujer?**

Las mujeres que reciben PAE deben tener bien claro que pueden quedar embarazadas la próxima vez que tengan sexo, a no ser que comiencen a usar otro MAC inmediatamente. (B)<sup>1</sup> Dado que en algunas mujeres las PAE pueden retrasar la ovulación, es posible que la fertilidad sea mayor luego de recibir PAE. Si quieren una protección continua del embarazo, deben comenzar a usar otro MAC inmediatamente. Realizar prueba de embarazo a las 3 semanas (o después) del inicio del método (PBP)<sup>1</sup>

**4. ¿Qué anticonceptivos orales se pueden usar como PAE?**

Hay muchos anticonceptivos orales combinados (estrógeno-progestágeno) y píldoras de progestágeno solo, que se pueden usar como PAE. Se pueden usar todas las píldoras que contienen hormonas para anticoncepción de emergencia, levonorgestrel, norgestrel, noretindrona y estos progestágenos junto con estrógeno (etinilestradiol).

**5. ¿Son las PAE seguras para mujeres con VIH y Sida?**

Sí. Las mujeres con VIH y Sida, y aquellas en terapia antirretroviral pueden usar PAE con seguridad.

**6. ¿Son seguras las PAE para adolescentes?**

Sí. Un estudio sobre uso de PAE entre adolescentes de 13 a 16 años de edad lo encontró seguro. Además, todas las participantes del estudio fueron capaces de utilizar PAE correctamente.

**7. ¿Puede usar PAE con seguridad una mujer que no puede usar AOC (estrógeno y progestágeno) o píldoras de progestágeno solo como métodos de uso permanente?**

Sí. Esto se debe a que el tratamiento con PAE es muy corto.

**8. ¿Si las PAE fallaron al prevenir un embarazo no deseado, tiene mayores posibilidades la mujer de que ese embarazo sea un embarazo ectópico?**

No. A la fecha ninguna evidencia sugiere que las PAE incrementen el riesgo de embarazo ectópico. Los estudios realizados en todo el mundo sobre PAE de progestágeno solo, incluyendo una revisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos, no han encontrado tasas de embarazo ectópico más altas después de fallar las PAE que las encontradas entre los embarazos en general.

**9. ¿Se debe usar PAE como método regular para anticoncepción?**

No. Casi todos los otros MAC son más eficaces para evitar el embarazo no deseado. La mujer que utiliza PAE regularmente para anticoncepción es más propensa a un embarazo no deseado que la mujer que utiliza regularmente otro anticonceptivo. No obstante, las mujeres que utilizan otros MAC deben saber acerca de las PAE y cómo obtenerlas si las necesita, por ejemplo, si un condón se rompe o una mujer omite 3 o más píldoras de AOC.

**10. Si una mujer compra PAE sin receta ¿puede usarlas correctamente?**

Sí. Tomar las PAE es sencillo y no requiere supervisión médica. Los estudios muestran que las mujeres jóvenes y adultas encuentran que la etiqueta y las instrucciones son fáciles de entender. Las PAE están aprobadas para ventas sin receta o para uso sin receta.

### Referencias Bibliográficas:

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-8895, Clinical Effectiveness Unit. Emergency contraception. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2012 Jan. Acceso en sep. 2014, <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=35212>
- 2 Muller AL, Lladós CM, Croxatto HB. Postcoital treatment with levonorgestrel does not disrupt postfertilization events in the rat". *Contraception* 67:415-9, 2003.
- 3 ME Ortiz, RE Ortiz, R Fuentes, VH Parraguez, HB Croxatto. Post-coital administration of levonorgestrel does not interfere with post-fertilization events in the new world monkey *Cebus apella*. *Human Reproduction* 19:1352-1356, 2004
- 4 Novikova N, Weisberg E, Stanczyk FZ, Croxatto HB, Fraser IS. Eficacia de la píldora anticonceptiva de emergencia con LNG administrada antes o después de la ovulación. *Contraception* 75:112-8, 2007
- 5 Noé G, Croxatto HB, Salvatierra AM, Reyes V, Villarroel C, Muñoz C, Morales G, Retamales A. Contraceptive efficacy of emergency contraception with levonorgestrel given before or after ovulation. *Contraception* 81:414-20, 2010
- 6 NIHS-NHS, Leung VW, Soon JA, Levine M. Measuring and reporting of the treatment effect of hormonal emergency contraceptives. *Pharmacotherapy* 2012; 32(3): 210-221, acceso en sep. 2014, [http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012041756#\\_VCnqWmeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012041756#_VCnqWmeSzM0)
- 7 Vera Halpern, Elizabeth G. Raymond, Laureen M Lopez, Repeated use of pre- and postcoital hormonal contraception for prevention of pregnancy, Cochrane Fertility Regulation Group, Published Online: 20 JAN 2010, Assessed as up-to-date: 19 OCT 2011, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD007595.pub2/abstract.jsessionid=989D953B4475640CD40918607F894846.f0101>
- 8 NIHS-NHS, Trussell J, Koenig J, Ellertson C, Stewart F. Preventing unintended pregnancy: the cost-effectiveness of three methods of emergency contraception. *American Journal of Public Health* 1997; 87(6): 932-937, [http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21997008229#\\_VCn-7WeSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?AccessionNumber=21997008229#_VCn-7WeSzM0)
- 9 Intervention Review, Linan Cheng, A Metin Gülmezoglu, Gilda GP Piaggio, Enrique E Ezcurra, Paul PFA Van Look, Interventions for emergency contraception, Cochrane Fertility Regulation Group Published Online: 23 APR 2008, Assessed as up-to-date: 17 FEB 2008  
DOI: 10.1002/14651858.CD001324.pub3, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001324.pub3/abstract>
- 10 MINSU/DGIM. Anticonceptivo de emergencia. En: *Formulario Nacional de Medicamentos*. 7ma edición. Managua, Nic. 2014. Pag. 284 -285.
- 11 Cleland K, Zhu H, Goldstuck N, Cheng L, Trussell J. The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: a systematic review of 35 years of experience. *Human Reproduction* 2012; 27(7): 1994-2000, [http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012034323#\\_VCn\\_ymSzM0](http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/ShowRecord.asp?ID=12012034323#_VCn_ymSzM0)

## 9. Esterilización Quirúrgica Femenina<sup>a</sup>

### Puntos clave para proveedores y Usuarias

- **Método anticonceptivo permanente.** Brinda protección muy eficaz, de por vida, en la prevención del embarazo no deseado. En general no es reversible.
- **Implica un examen físico y cirugía.** El procedimiento lo realiza personal de salud con entrenamiento y autorización, ya sean gineco obstetras, cirujanos generales o médicos generales. Debe realizarse en unidades de salud acondicionadas y acreditadas con este propósito bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- **No tiene efectos secundarios a largo plazo.**
- Las mujeres deben recibir consejería acerca de: Riesgo mínimo de embarazos no deseados, posibilidades de arrepentirse de realizarse la esterilización femenina y sobre la opción de utilización de métodos temporales de larga duración (DIU, implantes hormonales subdérmicos, inyectable trimestral). Para mujeres bien informadas, la edad y la paridad no deben ser barreras para la esterilización. **(C)**<sup>1</sup>
- Es requisito tomar el consentimiento informado de la usuaria para la realización del procedimiento. La aceptación debe consignarse en la hoja de “**Consentimiento informado para Realizar Esterilización Quirúrgica Voluntaria**”, la cual debe incluirse en el expediente clínico. La hoja de consentimiento informado se encuentra en anexos de la parte normativa de este documento.
- Tener presente que los DIU y los implantes hormonales subdérmicos (IHS) son tan efectivos como la esterilización femenina y están asociados con menos morbilidad y mortalidad. **(A)**<sup>1</sup>
- Tener presente que comparado con la esterilización femenina, la vasectomía es más segura, más efectiva y más barata. **(A)**<sup>1</sup>
- Aunque la posibilidad de embarazo es muy poca con la esterilización femenina, hay un riesgo mayor de que si se produce embarazo sea ectópico; sin embargo el riesgo de tener un embarazo ectópico es mucho más bajo en las que han tenido esterilización quirúrgica que en las que no usan MAC. **(A)**<sup>1</sup>

***En Nicaragua no es necesario la autorización de otra persona para la realización de la EQV la mujer puede tomar la decisión por sí misma.***

### Definición

Método anticonceptivo permanente para mujeres que no quieren tener más hijos. También llamada Minilap, esterilización tubaria, anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), salpingectomía, minilaparotomía y “la operación”.

Los abordajes quirúrgicos más frecuentemente utilizados son:

- La minilaparotomía (Minilap), es la más utilizada en el MINSA. Mediante la realización de una pequeña incisión en la parte baja del abdomen. Se acercan las trompas de Falopio a la incisión para ligarlas y cortarlas. La técnica más utilizada es la Pomeroy modificada, que incluye la formación de un asa en el istmo de la trompa de Falopio, seguido de ligadura en 8 con catgut simple cero, salpingectomía y ligadura con seda cero de los extremos de la trompa cortados. La técnica de Pomeroy modificada es

también la más frecuentemente utilizada en la esterilización femenina que complementa a la Cesárea.

- La laparoscopia consiste en la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear (con anillos de Yoon o clips) o cortar las trompas de Falopio.

**Mecanismo de acción**

- Funciona porque se ligan y cortan (o bloquean) las trompas de Falopio. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides.

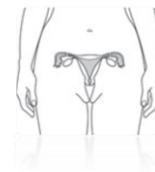
**Eficacia anticonceptiva**

Es uno de los métodos más eficaces con un mínimo riesgo de falla:

- Menos de 1% de probabilidad de embarazo no deseado durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por cada 1,000).
- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo no deseado más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia.  
Más de 10 años de uso: La probabilidad de embarazo no deseado es poco menor al 2% (18 a 19 embarazos no deseados por cada 1,000 mujeres).
- Su eficacia varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas de Falopio, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. **(A)**<sup>1</sup>

La fertilidad no se restablece porque en general la esterilización no puede interrumpirse ni revertirse. El procedimiento es permanente.

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH: Ninguna (A)*<sup>1</sup>



**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH **(B)**<sup>1</sup>

**Efectos secundarios, beneficios, riesgos para la salud**

**Tabla # 21. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud en el procedimiento de Esterilización Quirúrgica Voluntaria**

Efectos Secundarios	Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
Ninguno	<p><b>Ayuda a proteger contra:</b> Riesgo de embarazo no deseado. Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI)</p> <p><b>Puede ayudar a proteger contra:</b> Cáncer de ovario</p>	Si se cuenta con personal entrenado más habilitación de quirófano las Complicaciones debidas a la cirugía y anestesia son extremadamente raros

**Complicaciones de la cirugía**

Poco comunes a extremadamente raros

La esterilización femenina es un método de anticoncepción seguro. Sin embargo, requiere cirugía y anestesia, lo que conlleva algunos riesgos, tales como:

- infección o absceso de la herida quirúrgica.
- Las complicaciones graves no son comunes.
- La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.
- El riesgo de complicaciones es significativamente más bajo con anestesia local que con anestesia general. Si se usan técnicas adecuadas y el procedimiento se realiza en condiciones apropiadas, las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo.

#### **Aclaración de Mitos relacionados a la EQV**

La esterilización femenina:

- No debilita a la mujer.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni hay necesidad de hacerlo. .
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No provoca sangrado más abundante ni irregular, ni produce modificaciones del ciclo menstrual de la mujer.
- No provoca alteraciones de peso, apetito, o aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su deseo sexual.
  - Reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico.

#### **¿Quién puede someterse a la esterilización femenina?**

Es segura para todas las mujeres. Con una adecuada consejería y consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a esterilización femenina de manera segura. Por tanto puede someterse a este procedimiento:

- Toda mujer que tenga paridad satisfecha incluyendo:
  - Las que tengan hijos, o tengan pocos hijos
  - No tengan el permiso del esposo
  - Sean jóvenes con paridad satisfecha
  - Acaben de tener un parto (en los últimos 7 días)
  - Estén amamantando
  - Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral

En algunas de estas situaciones, es importante que haya un consejería especialmente cuidadosa para asegurarse de que la mujer no se arrepienta de su decisión (ver Considere que la esterilización es permanente).

La mujer se puede someter a esterilización quirúrgica femenina:

- Si se está razonablemente seguro que no hay embarazo.
- Si los resultados de la Biometría y tiempos de coagulación son normales.
- No es requisito realizarse el Papanicolaou
- Aun cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (ver Lista de Verificación del Embarazo)

**El Examen Pélvico/Genital y la Evaluación de la Presión Arterial son obligatorios.**

**Algunas mujeres dicen que les gusta la esterilización femenina porque**

- No produce efectos secundarios
- Nunca más tendrá que preocuparse por la anticoncepción
- Es fácil de usar, no hay que hacer nada ni acordarse de nada

**Criterios Médicos de Elegibilidad para Esterilización Femenina**

Para la esterilización femenina, al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para Métodos Anticonceptivos (Ver Anexo # 3).

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden las usuarias de este método. Su utilización apropiada mejora la selección adecuada del MAC.

**Esterilización femenina para mujeres con VIH**

- Las mujeres infectadas con VIH, portadoras de Sida, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden someterse sin peligro a la esterilización femenina. Al igual que como con cualquier otra usuaria del método, siguiendo las medidas de bioseguridad.
- Recomiende a estas usuarias usar condones además de la esterilización femenina. Usados correcta y sistemáticamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser sometida a coerción ni presión para realizarse esterilización femenina, incluidas las mujeres con VIH y Sida.

**Cuándo realizar la esterilización quirúrgica femenina**

Si no hay una razón médica para postergarla, la mujer puede someterse al procedimiento de esterilización femenina cuando quiera si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, use la Lista de Verificación del Embarazo (Ver Anexo # 1).

La tabla siguiente presenta las diferentes situaciones que atraviesa una mujer en edad fértil y de acuerdo a ellas, cuándo puede realizarse la EQV.

**Tabla # 22. Situación de la mujer Vs Cuando realizar la EQV**

Situación de la mujer	Cuándo realizar la EQV
Tiene ciclos menstruales o cambia de otro método a esterilización femenina	<p><b>En cualquier momento del mes</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento dentro de los 7 días de iniciada su menstruación. No necesita otro MAC antes del procedimiento.</li> <li>• Hace más de 7 días del inicio de su menstruación: en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.</li> <li>• Si está cambiando de anticonceptivos orales, puede seguir tomando las píldoras hasta que haya terminado el sobre para mantener su ciclo regular.</li> <li>• Si está cambiando de un DIU, se puede someter al procedimiento inmediatamente</li> </ul>
No menstrúa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.</li> </ul>

Situación de la mujer	Cuándo realizar la EQV
Después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado. (Anticoncepción Post Evento Obstétrico-APEO)</li> <li>• En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.</li> </ul>
Después de pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dentro de las 48 horas de una pérdida de embarazo si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado (APEO).</li> </ul>
Después de usar PAE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La esterilización femenina puede ser realizada durante los primeros 7 días después del inicio de su próxima menstruación o cualquier otro momento en que se esté razonablemente seguro que no está embarazada. Dele un método de respaldo o AOC y dígame que comience a tomarlos cuando termine las PAE, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.</li> </ul>

### Asegurar la elección informada

Asegurar una consejería amable, escuchando las inquietudes, contestando sus preguntas y brindando información práctica y clara sobre el procedimiento, enfatice que es un método permanente; esto ayudará a la mujer a hacer una elección informada y a ser una usuaria exitosa y satisfecha, sin que posteriormente se arrepienta. En la medida de lo posible, permita la participación de la pareja durante la consejería, pero no es imprescindible.

### Los 6 puntos del consentimiento informado

La consejería debe cubrir los 6 puntos del consentimiento informado. Asegúrese de que la usuaria firme el formulario de consentimiento informado. **No se necesita la firma de la pareja.** Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender lo siguiente:

1. También puede disponer de MAC temporales.
2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede tener algún riesgo. (Explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que la usuaria los pueda comprender).
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir no realizarse la esterilización femenina en cualquier momento antes de que sea realizada (sin perder derecho a atención en las unidades de salud por haber cambiado su decisión).

### Considere que la esterilización es permanente

Una mujer o un hombre que consideren la esterilización deberían pensarlo cuidadosamente: “¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro?” Los proveedores de salud pueden ayudar a los usuarios a meditar esta pregunta y hacer una elección informada. Si la respuesta es “Sí, podría querer más hijos,” sería mejor elegir otro MAC.

Puede servir plantear algunas preguntas. El trabajador de la salud podría preguntar:

- “¿Quiere tener más hijos en el futuro?”
- O “¿Piensa que podría cambiar de opinión más adelante? ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga ¿que se le muriera un hijo?”
- “¿Imagínese que perdiera a su esposo, y se casara otra vez?” Es recomendable que la decisión se tome en pareja “¿Su pareja quiere tener más hijos en el futuro?”

Cuando las usuarias no pueden contestar estas preguntas habría que animarlas a pensar aún más sobre sus decisiones sobre la esterilización.

Asimismo, para una mujer, justo después de un parto o un aborto, es un momento conveniente y seguro para una esterilización voluntaria, pero las mujeres esterilizadas en ese momento tienen mayor probabilidad de arrepentirse más adelante. Por tanto debe brindarse la consejería en PF durante las Atenciones Prenatales (APN), lo que permitirá que la mujer tenga tiempo suficiente de tomar la decisión más adecuada de acuerdo a su condición e ir preparada para someterse al procedimiento inmediatamente después del parto.

### **La decisión sobre la esterilización corresponde solo a las usuarias y usuarios**

El hombre o la mujer pueden consultar a su pareja y a otros sobre su decisión de someterse a una esterilización y pueden considerar sus opiniones, pero nadie puede ni debe tomar la decisión por ellos: ni la pareja, otro miembro de la familia, un proveedor de la salud, un líder de la comunidad, ni nadie más. Los proveedores de planificación familiar tienen el deber de asegurarse de que la decisión a favor o en contra de la esterilización sea tomada por el usuario o la usuaria y que no sean presionados ni forzados por nadie.

### **Realización del procedimiento de esterilización femenina**

#### **Explicación del procedimiento**

Una mujer que ha elegido la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no da instrucciones detalladas.

(La siguiente descripción se aplica a procedimientos realizados más de 6 semanas después del parto. El procedimiento usado hasta los 7 días después del parto es levemente diferente).

#### **Procedimiento de Minilaparotomía**

1. El cirujano y su equipo usan procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
2. El cirujano realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer generalmente recibe una sedación liviana (con tabletas o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea de vello pubiano.
4. El proveedor hace una incisión pequeña, horizontal o vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (Para la mujer que acaba de tener un parto, la incisión se hace horizontalmente en el borde inferior del ombligo). Utilizando una pinza de ojos o una pinza Babcock a través de la incisión

abdominal, maniobra con delicadeza localizando las trompas de Falopio. Esto puede provocar molestia.<sup>a</sup>

5. Se hace la ligadura y se corta cada trompa de Falopio.
6. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con gasa o apósito y esparadrapo.
7. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer al irse de la clínica u hospital. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

### **El procedimiento laparoscópico**

1. El cirujano y su equipo usan procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
2. El cirujano realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con pastillas o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local bajo el ombligo.
4. El cirujano coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, insufla el abdomen con gas (CO<sub>2</sub>) o aire. Esto eleva la pared del abdomen, y la separa de los órganos pelvianos.
5. El cirujano hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en el área anestesiada e inserta el laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio. El cirujano inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para cerrar las trompas de Falopio.
6. Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla especial, o con una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
7. El cirujano retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El cirujano cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
8. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se da de alta de la unidad de salud. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

### **La anestesia local es mejor para la esterilización femenina**

La anestesia local se usa con o sin sedación leve; es preferible a la anestesia general.

- La anestesia local es más segura que la anestesia general, raquídea o epidural.
- Le permite a la mujer ser dada de alta de la unidad de salud más temprano
- Permite una recuperación más rápida
- Permite hacer esterilización femenina en más unidades de salud

Se puede hacer esterilización bajo anestesia local cuando haya un miembro del equipo quirúrgico capacitado para brindar sedación y el cirujano haya sido capacitado para brindar anestesia local. El equipo quirúrgico debe estar capacitado en el Abordaje de emergencias y la unidad de salud debe tener el equipamiento y los medicamentos básicos para manejar cualquier emergencia.

<sup>a</sup> Puede que el proveedor de salud (no siempre) inserte un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, atravesando el cérvix, entrando a la cavidad uterina. Esto sirve para movilizar el útero, elevando las trompas de Falopio y acercándolas a la incisión.

Se puede usar una amplia gama de anestésicos y sedantes. Se debe ajustar la dosificación del anestésico al peso corporal. Debe evitarse el exceso de sedación porque puede reducir la capacidad de la usuaria de permanecer consciente y podría provocar alteraciones en el sistema respiratorio.

Los proveedores de la salud pueden explicar con tiempo a la mujer que le resulta más seguro a ella misma estar despierta durante el procedimiento.

Durante el procedimiento los proveedores pueden hablar con la mujer y ayudar a tranquilizarla si lo necesita.

En algunos casos puede necesitarse anestesia general. Ver Criterios médicos de elegibilidad para esterilización femenina, para afecciones médicas que necesitan preparativos especiales, que podrían incluir anestesia general.

### **Apoyo a la usuaria. Explicación del autocuidado para la esterilización femenina**

#### **Antes del procedimiento la mujer debería**

- Usar otro anticonceptivo hasta el procedimiento.
- No comer nada durante 8 horas antes de la cirugía. Puede beber agua hasta 2 horas antes de la cirugía.
- No tomar medicamentos durante 24 horas antes de la cirugía (a no ser que así se le indique).
- Usar ropas limpias y flojas al asistir a la unidad de salud.
- No usar pintura de uñas, ni joyas.
- De ser posible, traer una acompañante para irse a su casa más tarde.

#### **Después de la esterilización femenina, la mujer debería**

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana.
- Mantener la herida quirúrgica limpia y seca durante 1 o 2 días.
- Evitar frotar la herida quirúrgica durante 1 semana.
- Abstenerse de tener sexo durante por lo menos 1 semana. Si los dolores duran más de 1 semana, evitar el sexo hasta que no duela.

#### **¿Qué hacer con los problemas más comunes?**

- Puede presentar dolor e inflamación abdominal después del procedimiento.
- Generalmente desaparece en unos pocos días.
- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg), acetaminofén (500–1000 mg) u otro analgésico.
- No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.
- Es raro que se tenga que recurrir a analgésicos más potentes.
- Si se le hizo una laparoscopia, puede ser que le duela el hombro o que se sienta hinchada unos días.

#### **Planificar la visita de control**

- Realizar controles a los 7 días o por lo menos 2 semanas.
- El trabajador de la salud controla el sitio de la incisión, busca signos de infección y retira los puntos. Esto se puede hacer en la unidad de salud donde fue operada, en la

casa de la usuaria (lo puede hacer un trabajador de la salud), o en cualquier otra unidad de salud.

#### **“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver**

Asegúreles a todas las usuarias que son bienvenidas y que pueden volver en cualquier momento, por ejemplo, si tiene algún problema o preguntas, o si piensan que podrían estar embarazadas. (En unos pocos casos la esterilización falla y la mujer se embaraza.) También si:

- Presenta sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida, que empeoran o no ceden
- Presenta fiebre alta (mayor a 38° C/ 101° F)
- Presenta desmayo, mareos persistentes, o mareos muy intensos en las primeras 4 semanas y especialmente en la primera semana

#### **Abordaje de problemas**

##### **Complicaciones**

- Los problemas afectan la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. Hay que prestarles atención. Si la usuaria refiere complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes y si corresponde, dele tratamiento.

##### **Infección del sitio de incisión** (rubor, calor, dolor, pus)

- Limpie el área infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- La usuaria debe ser valorada por el personal que le realizó la intervención, quien debe brindarle el tratamiento adecuado y su seguimiento.

##### **Absceso** (acumulación de pus bajo la piel provocada por infección)

- La usuaria debe ser valorada por el personal que le realizó la intervención, quien debe brindarle el tratamiento adecuado y su seguimiento.

**Dolor intenso en el abdomen inferior** Sospechar embarazo ectópico. Manejar conforme al diagnóstico.

**Sospecha de embarazo.** Descartar embarazo, incluso el embarazo ectópico

#### **Preguntas y respuestas sobre la esterilización femenina**

##### **1. ¿La esterilización femenina altera la menstruación o la interrumpe?**

No. Las investigaciones demuestran que no aparecen alteraciones importantes en los patrones de sangrado tras la esterilización femenina. Es de recordar que la menstruación habitualmente se hace menos regular a medida que se acerca la menopausia.

##### **2. ¿La esterilización femenina hace que la mujer pierda el deseo sexual? ¿La hace engordar?**

No. Después de la esterilización la mujer luce y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Puede hallar que disfruta más del sexo porque no tiene que preocuparse de quedar embarazada. No aumentará de peso a causa del procedimiento de esterilización.

**3. ¿Hay que ofrecer esterilización sólo a mujeres que hayan tenido solo una cierta cantidad de hijos, que hayan alcanzado una cierta edad, o que estén casadas o en unión de hecho?**

No. De acuerdo a los derechos sexuales y reproductivos, de los cuales Nicaragua es signataria (ver Compromisos Internacionales en esta Norma y el Protocolo), no hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido a su edad, la cantidad de hijos vivos, o su estado civil. Los proveedores de salud no deben imponer reglas rígidas en cuanto a la edad, la cantidad de hijos, edad del último hijo, o estado civil. Debe permitirse a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no la esterilización. Todo ello basados en información científicamente sustentada y en la libre elección.

**4. ¿No es más fácil para la mujer y para el proveedor de salud usar anestesia general? ¿Por qué usar anestesia local?**

La anestesia local es más segura. La anestesia general es más riesgosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo de los procedimientos de esterilización femenina, la anestesia general. Asimismo, después de la anestesia general, las mujeres a menudo presentan náuseas. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local.

Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación, los proveedores deben tener cuidado de no excederse en la dosis de sedación de la mujer. Deben tratar a la mujer con suavidad y hablarle durante el procedimiento. Esto ayuda a tranquilizarla. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace una buena consejería y el proveedor de salud está bien capacitado.

**5. ¿Una mujer que se ha hecho un procedimiento de esterilización alguna vez se tiene que preocupar nuevamente de quedar embarazada?**

No. La esterilización femenina es muy eficaz en la prevención del embarazo y se supone que sea permanente. Sin embargo, no es el 100% eficaz. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un ligero riesgo de embarazo no deseado: alrededor de 5 de cada 1,000 mujeres quedan embarazadas en el transcurso del primer año del procedimiento. El pequeño riesgo de embarazo se mantiene más allá del año y hasta que la mujer alcance la menopausia.

**6. El embarazo con la esterilización femenina es infrecuente, ¿pero hay algún caso?**

En general lo que ocurre es que la mujer ya estaba embarazada en el momento de realizarle la esterilización. En algunos casos se produce una recanalización de la/s trompa/s de Falopio. También puede producirse el embarazo si el cirujano liga y corta en el lugar equivocado en vez de las trompas de Falopio.

**7. ¿Puede revertirse la esterilización si la mujer decide que quiere tener otro hijo?**

Generalmente no. La esterilización pretende ser permanente. La gente que posiblemente quiera tener más hijos debería optar por otro MAC. La cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres, aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso entre estas mujeres, la recanalización a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro, no hay muchos profesionales de la salud capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la recanalización, el riesgo que el

embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto, la esterilización debe considerarse irreversible.

**8. ¿Es mejor que la mujer se someta a esterilización femenina o que el hombre se haga la vasectomía?**

Cada pareja debe decidir por sí misma qué método le resulta mejor. Ambos son métodos permanentes, muy eficaces y seguros para las parejas que saben que no quieren tener más hijos. Idealmente, una pareja debería considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, debería preferirse la vasectomía porque es más sencilla, segura, fácil y más barata que la esterilización femenina.

**9. ¿Duele el procedimiento de esterilización femenina?**

Sí, un poco. Las mujeres reciben anestesia local para eliminar el dolor y excepto en casos especiales, permanecen despiertas. La mujer puede sentir que el proveedor mueve su útero y las trompas de Falopio. Esto puede resultar incómodo. Si hay un anestesista capacitado y se dispone de un equipo adecuado, puede optarse por la anestesia general para las mujeres que le temen mucho al dolor. La mujer puede sentirse adolorida y débil durante varios días o incluso unas pocas semanas después de la cirugía, pero pronto recuperará su fuerza.

**10. ¿Cómo pueden los proveedores de salud ayudar a la mujer a decidir sobre la esterilización femenina?**

Proporcionando información clara y balanceada acerca de la esterilización femenina y otros MAC y ayudando a la mujer a meditar su decisión. Pueden hablar minuciosamente sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a una mujer a pensar cómo se sentiría sobre posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. **Revise los 6 Puntos del consentimiento Informado** para asegurarse de que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización.

**11. ¿La esterilización femenina aumenta el riesgo de embarazo ectópico?**

No. Al contrario, la esterilización femenina reduce en gran medida el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes entre las mujeres sometidas a un procedimiento de esterilización. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres después de la esterilización femenina es de 6 por 10,000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres que no usan ningún MAC es 65 por 10,000 mujeres por año.

En raras ocasiones la esterilización fracasa y ocurre embarazo, 33% (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren luego de falla de la esterilización no son ectópicos. Aun así, el embarazo ectópico puede amenazar la vida, por lo que el proveedor de salud debería ser consciente de que existe la posibilidad de embarazo ectópico si falla la esterilización.

**12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?**

Si no hay ninguna patología médica preexistente que requiera preparativos especiales:

- La minilaparotomía puede realizarse en unidades de salud donde se puede hacer la cirugía. Eso incluye las unidades de salud que pueden remitir a la mujer a un nivel de atención superior en caso de emergencia.
- La laparoscopia requiere de un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y haya anestesista disponible.

- Cada SILAIS coordina con sus unidades de salud las programaciones de jornadas quirúrgicas, garantizándoles a las usuarias toda la logística para el acceso a este método.

### **Referencias Bibliográficas:**

<sup>1</sup> Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse. Clinical Effectiveness Unit. Guideline Summary NGC-9305, Barrier methods for contraception and STI prevention. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2012 Aug. 28 p. [160 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=38368>

## 10. Vasectomía<sup>1</sup>

### Puntos clave para proveedores y usuarios

- **MAC permanente** y muy eficaz. Generalmente es irreversible.
- **Es un procedimiento quirúrgico seguro y sencillo.**
- **Demora 3 meses en actuar.** Usar condones u otro MAC los 3 meses siguientes.
- **No afecta el desempeño sexual masculino.**
- **Implica un examen físico y cirugía.** El procedimiento lo realiza personal de salud con entrenamiento y autorización. El procedimiento se debe realizar en unidades de salud acondicionadas y acreditadas con este propósito bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.



### Definición

Es un método de anticoncepción masculina permanente, para aquellos hombres que no quieren más hijos. También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.

A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor de salud ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los corta o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).

### Mecanismo de acción

- Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides al semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo.

### Eficacia anticonceptiva

Es uno de los métodos más eficaces, pero se acompaña de un pequeño riesgo de fracaso:

- Sin examen de esperma 3 meses después de vasectomía para ver si todavía contiene espermatozoides: embarazo no deseado de 2-3% en el primer año.
- Con examen de esperma 3 meses después de vasectomía para ver si todavía contiene espermatozoides: hay menos de 1% de embarazo no deseado en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1,000).
- La vasectomía no es totalmente eficaz hasta 3 meses después del procedimiento.
- Sigue manteniéndose un riesgo de embarazo más allá del primer año después de la vasectomía y hasta que la pareja del hombre alcance la menopausia.
  - Más de 3 años de uso: alrededor de 4% de embarazos no deseados
- Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque:
  - La pareja no usó siempre otro método durante los primeros 3 meses siguientes a la vasectomía.
  - Hubo error en el procedimiento.

*La fertilidad no se recupera porque la vasectomía generalmente no puede detenerse o revertirse. El procedimiento es permanente. La cirugía de recanalización es difícil, cara y no se encuentra fácilmente disponible. Cuando se realiza, la cirugía de recanalización a menudo no culmina en embarazo.*

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH: ninguna*

**Doble protección:** El uso correcto y consistente de condones es la medida más eficiente para proteger contra ITS incluyendo el VIH (B) <sup>1</sup>

### **Algunos hombres dicen que les gusta la vasectomía porque**

- Es segura, permanente y conveniente
- Tiene menos efectos secundarios y complicaciones que muchos MAC utilizados por la mujer
- El hombre asume responsabilidad en la anticoncepción
- Aumenta el disfrute y la frecuencia del sexo

### **Criterios Médicos de Elegibilidad para Vasectomía**

Para vasectomía, al igual que con el resto de MAC, utilice la tabla de Criterios Médicos de Elegibilidad para Métodos Anticonceptivos (Ver Anexo # 3) en la sección Patologías y condiciones vinculadas con la Vasectomía.

Registre en el expediente clínico a qué categoría corresponden los usuarios de este método. Su utilización apropiada mejora la selección adecuada del MAC.

**Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud:** Ninguno

### **Complicaciones**

- Infrecuentes a raras: Dolor escrotal o testicular intenso que dura meses o años.
- Infrecuentes a muy raras: Infección en el sitio de incisión o dentro de la incisión (infrecuente con la técnica de incisión convencional; muy rara con la técnica sin bisturí).
- Raras: Sangrado bajo la piel que puede provocar hinchazón o equimosis (hematoma).

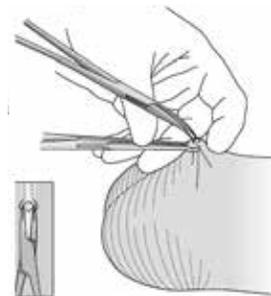
### **Aclaración de Mitos relacionados a la Vasectomía:**

- No se extirpan los testículos. En la vasectomía se bloquean los conductos que transportan los espermatozoides desde los testículos. Los testículos quedan en su lugar.
- No disminuye el deseo 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 infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.

### ¿Quién se puede hacer una vasectomía?

**Es segura para todos los hombres.** Con la debida consejería y consentimiento informado, todos los hombres pueden hacerse una vasectomía de manera segura, incluso los hombres que:

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



En algunas de estas situaciones es especialmente importante hacer una consejería detallada para asegurarse de que el hombre no se arrepentirá de su decisión.

Los hombres pueden realizarse la vasectomía:

- Sin análisis de sangre ni pruebas de laboratorio
- Sin control de presión arterial
- Sin una prueba de hemoglobina
- Sin control del colesterol o de la función hepática
- Aun cuando no se pueda examinar el semen mediante microscopio posteriormente para ver si contiene espermatozoides.

### Vasectomía para los hombres con VIH

- Los hombres que están infectados con VIH, que tienen Sida, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden hacerse la vasectomía con seguridad.
- La vasectomía no evita la transmisión del VIH. Recomiende a estos hombres que usen condones además de la vasectomía. Usados correctamente y sistemáticamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser presionado para hacerse una vasectomía y eso incluye a los hombres con VIH.

### ¿Cuándo realizar la vasectomía?

- En cualquier momento que un hombre lo solicite (si no hay una razón médica para postergarlo).

### Asegurar una elección informada

Una consejería amable, escuchando las inquietudes de un hombre, que conteste sus preguntas y que brinde información práctica y clara sobre el procedimiento, especialmente de que es permanente, ayudará a éste a hacer una elección informada y a ser un usuario exitoso y satisfecho, sin que posteriormente se arrepienta. La participación de su pareja en la consejería puede ser de utilidad pero no es imprescindible.

### Los 6 puntos del consentimiento informado

La consejería debe cubrir los 6 puntos del consentimiento informado. El usuario debe firmar una hoja de consentimiento informado. Para dar su consentimiento informado, el usuario debe comprender los siguientes puntos:

1. También puede disponer de anticonceptivos temporales.
2. La vasectomía voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede tener algún riesgo (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que el usuario los pueda comprender).
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que el usuario tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. El usuario puede decidir no realizarse el procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho de atención en la unidad de salud).

### **Técnicas de vasectomía**

#### **Vasectomía sin bisturí**

La vasectomía sin bisturí es la técnica recomendada para alcanzar ambos conductos (conductos deferentes) en el escroto que llevan los espermatozoides al pene. Es la técnica más usada en todo el mundo.

Diferencias con respecto a la vasectomía con técnica convencional que usa incisiones:

- Usa una pequeña punción en vez de 1 o 2 incisiones en el escroto.
- No se necesitan puntos para cerrar la piel.
- Técnica anestésica especial que necesita sólo una punción de aguja en vez de 2 o más.

#### **Ventajas:**

- Menos dolor y equimosis, recuperación más rápida.
- Menos infecciones y menos acumulación de sangre en el tejido (hematoma).
- El tiempo total para la vasectomía ha demostrado ser más breve cuando los proveedores usan la técnica sin bisturí.

Ambos procedimientos, sin bisturí y con técnica convencional, son rápidos, seguros y eficaces.

### **Bloqueo de los conductos deferentes**

Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y corte. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto deferente y luego ligar los dos extremos remanentes del conducto. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos más baja que la ligadura y corte. Las probabilidades de que una vasectomía falle se pueden reducir aún más si se envuelve la punta cortada del conducto, después que se ataron o cauterizaron los extremos, en la fina capa de tejido que rodea el conducto (interposición de fascia). Si hay capacidad y equipos necesarios, se recomienda cauterizar y/o interponer fascia.

### **Explicación del procedimiento de vasectomía**

Quien ha elegido la vasectomía tiene que saber qué va a ocurrir durante el procedimiento. La descripción que sigue puede ayudar a explicarlo. El aprendizaje de la vasectomía requiere capacitación del personal de salud y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no busca dar instrucciones detalladas.

1. El cirujano y su equipo usa en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones.
2. El hombre recibe una inyección de anestesia local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante el procedimiento.
3. El proveedor palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente, los 2 conductos del escroto que transportan los espermatozoides.
4. El proveedor hace la punción o incisión cutánea:
5. Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con pinzas especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel en la línea media del escroto con un instrumento quirúrgico especial afilado.
6. Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 o 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí. El proveedor eleva una pequeña asa de cada conducto desde el sitio de punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o los dos cabos con hilo. Algunos obturan los conductos con calor o electricidad. También pueden rodear un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto.
7. Se cubre la punción con un vendaje adhesivo y, si es una incisión, se puede cerrar con puntos.
8. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la unidad de salud. Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en el transcurso de la primera hora.

### **Apoyo al usuario. Explicación del autocuidado para la vasectomía**

#### **Antes del procedimiento el hombre debería**

- Vestir ropa limpia y floja al acudir a la unidad de salud.

#### **Después del procedimiento el hombre debería**

- Descansar durante 2 días, de ser posible.
- De ser posible, debe aplicar compresas frías sobre el escroto las primeras 4 horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá molestia, hinchazón y equimosis, que deberían desaparecer en 2 o 3 días.
- Usar calzoncillos o pantalones apretados durante 2 o 3 días para ayudar a sostener el escroto. Esto disminuye la hinchazón, el sangrado y el dolor.
- Mantener el sitio de punción/incisión limpio y seco durante 2 o 3 días. Puede utilizar una toalla para limpiar su cuerpo pero no debe empapararlo con agua.
- Abstenerse de tener sexo durante al menos 2 o 3 días.
- Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento (esperar 20 eyaculaciones, ha resultado menos confiable que esperar 3 meses, y ya no se recomienda).

### ¿Qué hacer con los problemas más comunes?

- La molestia en el escroto habitualmente dura entre 2 y 3 días. Prescriba ibuprofeno (200–400 mg), acetaminofén (500–1000 mg). No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.

Planificar la visita de control

- Dígale que vuelva a los 3 meses, para analizarse el semen, si se cuenta con esa posibilidad.
- Sin embargo, no debería negársele la vasectomía a nadie por el hecho de que su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.

### “Vuelva cuando quiera”: razones para volver

Asegúreles a todos los usuarios que son bienvenidos y que pueden volver en cualquier momento, por ejemplo, si tiene algún problema o preguntas, o si su pareja piensa que podría estar embarazada. (En unos pocos casos la vasectomía falla y la pareja queda embarazada.) También si:

- Presenta sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en el área genital, que empeoran o no ceden.

### Abordaje de problemas

#### Complicaciones

Existen problemas de la vasectomía que afectan la satisfacción del hombre. Hay que prestarles atención. Si el usuario refiere complicaciones de la vasectomía, escuche sus inquietudes y si corresponde, dele tratamiento.

#### Sangrado o coágulos después del procedimiento

- Infórmele que los sangrados leves y los coágulos pequeños no infectados habitualmente desaparecen sin tratamiento en un par de semanas.
- Los coágulos de sangre de gran tamaño pueden requerir drenaje quirúrgico.
- Los coágulos de sangre infectados requieren antibióticos y hospitalización, por lo tanto debe ser valorado por el personal que le realizó la intervención.

#### Infección del sitio de punción o incisión (rubor, calor, dolor, pus)

- El usuario debe ser valorado por el personal que le realizó la intervención, quien debe brindarle el tratamiento adecuado y su seguimiento.

#### Absceso (acumulación de pus bajo la piel provocada por infección)

- El usuario debe ser valorado por el personal que le realizó la intervención, quien debe brindarle el tratamiento adecuado y su seguimiento.

#### Dolor que se prolonga meses

- Sugiera elevar el escroto con ropa interior ajustada, pantalones cómodos o un suspensorio.
- Sugiera baños de agua tibia.

- Prescriba ibuprofeno (200–400 mg) o acetaminofén (500–1000 mg).
- Si el dolor persiste y se hace intolerable, refiéralo para otros cuidados.

### **Preguntas y respuestas sobre la vasectomía**

#### **1. ¿La vasectomía hace que el hombre pierda su capacidad sexual? ¿Lo debilita o lo hace engordar?**

No. Después de la vasectomía, el hombre tiene el mismo aspecto y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Sus erecciones tendrán la misma firmeza y duración que antes y las eyaculaciones de semen serán iguales. Puede trabajar tan duro como antes y no aumentará de peso debido a la vasectomía.

#### **2. ¿Después de la vasectomía duele durante mucho tiempo?**

Algunos hombres relatan dolor crónico o molestia en el escroto que puede durar de 1 a 5 años o más después de una vasectomía.

En grandes estudios de varios miles de hombres, menos de 1% relató dolor en el escroto o testículos que requirieron tratamiento quirúrgico. En estudios de menor tamaño, de alrededor de 200 hombres, hasta el 6% relató un dolor intenso en el escroto o testículos más de 3 años después de la vasectomía.

En un grupo similar de hombres que no se habían hecho vasectomía, sin embargo, el 2% relató un dolor similar. Unos pocos de los hombres con dolor intenso manifiestan que se arrepienten de haberse hecho la vasectomía. No se conoce la causa del dolor. Puede ser debido a acumulación de esperma que se ha escurrido a través de conductos deferentes mal sellados o ligados, o por lesión nerviosa. El tratamiento incluye la elevación del escroto y administración de analgésicos. Se puede inyectar un anestésico en el cordón espermático para dormir los nervios que inervan los testículos.

No es habitual un dolor intenso, de larga duración, luego de la vasectomía, pero es preciso comunicarles la posibilidad de este riesgo a todos los hombres que consideren una vasectomía.

#### **3. ¿Después de una vasectomía, el hombre tiene que usar otro método anticonceptivo?**

Sí, los primeros 3 meses. Si su pareja ha estado utilizando un método anticonceptivo, puede seguir usándolo durante este tiempo. El no usar otro método en los primeros 3 meses es la principal causa de embarazos no deseados entre las parejas que confían en la vasectomía.

#### **4. ¿Se puede verificar que una vasectomía esté funcionando?**

Sí. Se puede examinar una muestra de semen por microscopio para ver si todavía contiene espermatozoides. Si no se logra ver espermatozoides móviles, la vasectomía está funcionando. Se recomienda hacer un análisis del semen en cualquier momento después de los 3 meses siguientes al procedimiento, pero no es esencial.

Si hay menos de un espermatozoide inmóvil cada 10 campos con alto aumento (menos de 100,000 espermatozoides por mL) en la muestra fresca, el hombre puede entonces confiar en su vasectomía y dejar de usar un método anticonceptivo de respaldo. Si su semen contiene más espermatozoides móviles, el hombre debe seguir usando un método de respaldo y volver a la unidad de salud mensualmente para un análisis del semen. Si su

semen sigue presentando espermatozoides móviles, tal vez tenga que repetirse la vasectomía.

**5. ¿Qué pasa si la pareja queda embarazada?**

Todo hombre que se hace una vasectomía debe saber que esos procedimientos algunas veces fracasan y que como resultado su pareja podría quedar embarazada. No debería suponer que su pareja le ha sido infiel si queda embarazada. Si la pareja de un hombre queda embarazada en el transcurso de los 3 meses siguientes a su vasectomía, recuérdle al hombre que era preciso usar otro método anticonceptivo durante los primeros 3 meses. De ser posible, ofrezca hacer un análisis del semen y, si se hallaran espermatozoides, se puede repetir la vasectomía.

**6. Después de un tiempo ¿es posible que la vasectomía deje de funcionar?**

Generalmente no. La vasectomía es permanente. Sin embargo, en raros casos, los conductos que transportan los espermatozoides vuelven a canalizarse y es preciso repetir la vasectomía.

**7. Si un hombre decide tener otro hijo ¿puede revertirse la vasectomía?**

Generalmente, no. La vasectomía es permanente. Las personas que puedan cambiar de opinión deberían optar por algún otro método. Es posible operar para revertir la vasectomía sólo en algunos hombres y la reversión a menudo no lleva a embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar esa cirugía. Por ende, debe considerarse que la vasectomía es irreversible.

**8. ¿Es mejor que el hombre se haga la vasectomía o que la mujer se haga la esterilización femenina?**

Cada pareja debe decidir por sí sola cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy eficaces, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán más hijos. Idealmente, la pareja debe considerar ambos métodos. Sería preferible la vasectomía porque es más sencilla, segura, más fácil y más barata que la esterilización femenina.

**9. ¿Cómo pueden los proveedores de salud ayudar al hombre a decidirse sobre la vasectomía?**

Proporcionando información clara y equilibrada sobre la vasectomía y otros MAC, ayudar al hombre a meditar plenamente su decisión. Hable minuciosamente acerca de sus sentimientos con respecto a tener hijos y poner fin a su fertilidad. Revisar la sección: **Los 6 puntos del consentimiento informado** para asegurarse de que el hombre comprenda la vasectomía.

**10. ¿Debería ofrecerse la vasectomía solo a hombres que hayan llegado a cierta edad o que tengan determinado número de hijos?**

No. De acuerdo a los derechos sexuales y reproductivos, de los cuales Nicaragua es signataria (ver Compromisos Internacionales en la Norma). No existe ninguna justificación para negarle la vasectomía a un hombre simplemente por su edad, la cantidad de hijos vivos que tenga, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor, o el estado civil. Se le debe permitir a todo hombre decidir por sí mismo si quiere tener más hijos o no y si se quiere hacer la vasectomía. Todo ello basados en información científicamente sustentada y en la libre elección.

**11. ¿La vasectomía aumenta el riesgo de cáncer o de cardiopatía más adelante en la vida del hombre?**

No. Las evidencias de estudios de gran tamaño y bien diseñados muestran que la vasectomía no aumenta los riesgos de cáncer testicular, de cáncer de próstata o de cardiopatía.

**12. ¿Un hombre con vasectomía puede transmitir o contagiarse con ITS incluido VIH?**

Sí. Las vasectomías no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Todos los hombres en riesgo de ITS y VIH, se hayan practicado o no una vasectomía, tienen que usar condones para protegerse a sí mismos y a sus parejas de la infección.

**13. ¿Dónde se pueden realizar las vasectomías?**

Se puede realizar la vasectomía en cualquier unidad de salud habilitada y acreditada para tal fin.

En el caso que la unidad de salud no está habilitada para su realización, el proveedor de salud debe garantizarle al usuario la logística necesaria para trasladarlo a la unidad de salud habilitada para este fin.

**Referencias Bibliográficas:**

<sup>1</sup> Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse. Clinical Effectiveness Unit. Guideline Summary NGC-9305, Barrier methods for contraception and STI prevention. London (UK): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2012 Aug. 28 p. [160 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?f=rss&id=38368>.

## 11. Anticoncepción en Situaciones Especiales

### Puntos clave para proveedores y usuarias(os)

**Adolescentes:** Las adolescentes solteras y las casadas pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva. Todos los métodos anticonceptivos son seguros para adolescentes, ajustándose a los Criterios Médicos de Elegibilidad.

**Hombres:** La información correcta puede contribuir a que los hombres tomen mejores decisiones con respecto a su propia salud y también la de su pareja. Cuando las parejas conversan sobre los métodos anticonceptivos, es más probable que elaboren planes que puedan cumplir.

**Mujeres próximas a la menopausia:** Para evitar el embarazo de manera segura, una mujer deberá utilizar métodos anticonceptivos hasta que hayan transcurrido 12 meses continuos desde su última menstruación.

**Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO):** Es fundamental satisfacer los requerimientos de APEO en las mujeres que finalizan su embarazo, ya sea que éste termine en parto (vaginal o cesárea), aborto (incluyendo el embarazo molar) o embarazo ectópico.

### Adolescentes <sup>1</sup>

La mortalidad y morbilidad maternas en adolescentes representan un problema importante de salud pública a nivel mundial, en América Latina y en Nicaragua. El embarazo y la muerte materna en adolescentes, es de alrededor del 25% del total en Nicaragua. Las adolescentes entre 15 y 19 años de edad tienen el doble de probabilidades de morir durante el embarazo o el parto en comparación con las mayores de 20 años de edad; las adolescentes menores de 15 años de edad tienen cinco veces más probabilidades de morir durante el embarazo o el parto <sup>2</sup>. Se estima que de 2 a 4.4 millones de adolescentes en los países en desarrollo se someten a abortos inseguros cada año<sup>3</sup>. Además, las madres adolescentes tienen más probabilidades de que sus recién nacidos tengan bajo peso al nacer, por lo que corren riesgo de desnutrición y problemas de desarrollo. Asimismo, la mortalidad infantil también es más alta entre los niños nacidos de madres adolescentes.<sup>4</sup>

Entre las directrices de la OMS para la Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes de los países en desarrollo, está poner en práctica intervenciones que mejoren la capacidad de las adolescentes para resistirse al sexo bajo coacción y que les permitan obtener apoyo si sufren relaciones sexuales bajo coacción<sup>5</sup>:

- Aumentando su autoestima;
- Desarrollando sus habilidades para la vida en áreas como la comunicación y la negociación; y
- Mejorando sus vínculos con redes sociales y su capacidad para obtener apoyo social.

Los seis resultados clave hacia los que apuntan estas directrices para la reducción del embarazo en adolescentes son:

1. Reducción del matrimonio en menores de 18 años

2. Reducción de los embarazos antes de los 20 años de edad
3. Aumento del uso de anticonceptivos en adolescentes con riesgo de embarazo no deseado
4. Reducción de relaciones sexuales bajo coacción en las adolescentes
5. Reducción del aborto inseguro en las adolescentes
6. Aumento del uso de atención calificada antes, durante y después del parto en las adolescentes

Las adolescentes también podrán consultar a un proveedor de servicios de salud, no sólo con respecto a MAC sino también para recibir consejería sobre cambios físicos, sexualidad, relaciones, familia y los problemas vinculados al crecimiento. Sus necesidades dependerán de cada situación particular.

Algunas no están casadas y son sexualmente activas, otras no son sexualmente activas y otras, a su vez ya están casadas. Algunas ya tienen hijos. La edad por sí misma hace una gran diferencia, ya que las personas maduran rápidamente durante la adolescencia. Debido a estas diferencias, es importante conocer primero a cada usuaria o usuario, comprender su motivo de consulta y así poder ajustar la consejería y el servicio ofrecido.

- El proveedor de salud debe tratar de explorar la capacidad del adolescente para entender la información proveída, sopesar los riesgos y beneficios, así como expresar sus propios deseos. (C)<sup>1</sup>
- La competencia para consentir el tratamiento debe ser registrado y evaluado en cada visita. (C)<sup>1</sup>

### **Brindar servicios con atención y respeto**

Los(as) adolescentes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán adolescentes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejadas a los(as) adolescentes de la atención que pueden estar necesitando. La consejería y los servicios no tienen el objetivo de alentar a los(as) adolescentes a tener relaciones sexuales, sino más bien de ayudarles a proteger su salud.

Para hacer que el servicio resulte atractivo a los adolescentes, se puede:

- Mostrarles que disfruta poder trabajar con ellos.
- Brindar consejería en privado donde no puedan ser vistos o escuchados. Asegurarle que habrá confidencialidad. (C)<sup>1</sup>
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como “¿En qué puedo ayudarte?” y “¿Qué preguntas tienes?”
- Usar lenguaje sencillo, evitar términos médicos.
- Utilizar términos acordes a adolescentes. Evitar términos como “planificación familiar” (irrelevantes a adolescentes no casados).
- Si el/la adolescente lo desea, recibir a su pareja e incluirla en la consejería. Asegurar que las decisiones que toman sean propias y no presionadas por su pareja o familia.
- Practicar habilidades para negociar el uso del condón, descrita en el capítulo Condones Masculinos (**Cómo hablar sobre el uso del condón**).
- No emitir juicios (decir “Tú puedes” en lugar de “Tú debes”).
- No criticar, aun cuando no esté de acuerdo con lo que le esté diciendo o haciendo.
- Ayudarles a tomar las decisiones que más les convengan.

- Tomarse el tiempo para abordar a fondo preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, ITS y MAC. Muchas/os adolescentes necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y sus sentimientos son normales. Estar preparado para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales.

**Los MAC son seguros para la adolescencia, seguir los Criterios Médicos de Elegibilidad**

- Aunque se les debe brindar información sobre todos los MAC, se deben resaltar los beneficios de los MAC temporales de larga duración (IHS, AMPD, DIU). **(PBP)**<sup>1</sup>
- Para mejorar la adherencia al MAC, deben tener cita de seguimiento del MAC iniciado a los 3 meses, para ayudarles con sus preocupaciones de posibles efectos secundarios y asegurar el uso correcto del método. **(PBP)**<sup>1</sup>
- Pueden regresar en cualquier momento si tienen algún problema con el MAC. **(C)**<sup>1</sup>
- La edad sola no es límite para seleccionar un MAC, incluyendo los DIU. **(C)**<sup>1</sup>
- Las adolescentes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Si reciben consejería, sin embargo, sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.
- Los(as) adolescentes solteros(as) en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto estén expuestos a un mayor riesgo de contraer ITS y VIH. Parte importante de la consejería es evaluar el riesgo de ITS y VIH, y cómo reducirlo.

**Para algunos MAC existen consideraciones especiales en el caso de adolescentes:**

**Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)**

- En general, no hay evidencia de ganancia de peso con su utilización. **(B)**<sup>1</sup>
- Puede haber incremento de peso, con poca evidencia de asociación al uso de AMPD. **(C)**<sup>1</sup>
- El uso de AOC puede mejorar el acné. **(B)**<sup>1</sup>
- Los AOC no están asociados con incremento general de riesgo de cáncer. **(B)**<sup>1</sup>
- Los AOC reducen el riesgo de cáncer de ovario, cuyo beneficio continúa después de 15 años o más de dejar de tomarlos. **(B)**<sup>1</sup>
- Puede haber un ligero incremento del riesgo de cáncer de cérvix con el uso prolongado de AOC. **(B)**<sup>1</sup>
- El riesgo de cáncer de mama con la anticoncepción hormonal es probable que sea pequeño y se reduce después de dejar de utilizarlos. **(B)**<sup>1</sup>
- Los implantes hormonales subdérmicos pueden mejorar o empeorar el acné. **(C)**<sup>1</sup>
- La dismenorrea primaria puede mejorar con la utilización de anticonceptivos hormonales combinados. **(B)**<sup>1</sup>
- El uso de AMPD (inyectable trimestral) está asociado con una pequeña pérdida de la densidad ósea, la cual se recupera al discontinuar la inyección. **(B)**<sup>1</sup>
- El inyectable trimestral AMPD puede ser utilizado en menores de 18 años, después de considerar otros MAC. **(C)**<sup>1</sup>
- Las usuarias de la inyección trimestral AMPD deben ser evaluadas cada 2 años, para reevaluar los riesgos y beneficios.
- Los inyectables y el anillo combinado pueden ser utilizados sin que los demás lo sepan.

- A algunas adolescentes les resulta particularmente difícil tomar anticonceptivos orales regularmente.

#### **Píldora anticonceptiva de emergencia (PAE)**

- Los(as) adolescentes deben contar con información sobre anticoncepción de emergencia, su disponibilidad, cuándo y cómo pueden ser usados, incluyendo el DIU. (PBP)<sup>1</sup>
- Las adolescentes pueden tener menos control que las mujeres mayores en cuanto a tener relaciones sexuales y el uso de MAC. Pueden necesitar PAE con mayor frecuencia.
- Las PAE pueden ser utilizadas siempre que se hayan tenido relaciones sexuales sin protección, incluso contra su voluntad, o si ocurrió una equivocación con un MAC.

#### **Esterilización femenina y vasectomía**

- Proporcionar la consejería con gran precaución, puesto que son MAC permanentes (definitivos). Los(as) adolescentes que tienen pocos o ningún hijo tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la esterilización quirúrgica.

#### **Condomes masculinos y femeninos**

- Con el uso correcto y consistente, protegen contra ITS, VIH (B)<sup>1</sup> y embarazo no deseado.
- Se consiguen fácilmente y son asequibles y convenientes para relaciones sexuales ocasionales.
- Los hombres adolescentes pueden tener menos facilidad para usar condones correctamente. Pueden requerir práctica para colocarse los condones.

#### **Dispositivo Intrauterino**

- Es más probable que los DIU sean expulsados en mujeres que no tuvieron partos porque su útero es pequeño.

#### **Diafragmas, espermicidas y capuchones cervicales**

- Si bien están entre los métodos menos eficaces, las adolescentes pueden controlar el uso de estos métodos y utilizarlos cuando los necesitan.

#### **Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad**

- Hasta que una joven no tenga ciclos menstruales regulares, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben ser utilizados con cautela.
- Requieren un método de respaldo o tener PAE por si falla la abstinencia.

#### **Coito Interruptus**

- Requiere que el hombre sepa cuando está por eyacular para que pueda retirarse a tiempo. Puede resultarle difícil a algunos adolescentes.
- Es uno de los métodos menos eficaces para prevenir el embarazo no deseado, pero puede ser el único método disponible, y siempre disponible, para algunos adolescentes.

#### **El hombre. Apoyo importante, usuarios importantes**

Para los proveedores de salud, los hombres son importantes por dos razones:

- Porque tienen influencia sobre las mujeres. Algunos se interesan por la salud reproductiva de su pareja y la apoyan. Otros se interponen o toman decisiones por ellas. Por lo tanto, con su actitud, el hombre puede determinar que la mujer practique un hábito saludable.
- En determinadas circunstancias, tales como prevenir una ITS o VIH, o recurrir rápidamente a ayuda en una emergencia obstétrica, las acciones del hombre pueden determinar la vida o la muerte de una mujer.

Los hombres también son importantes como usuarios. Algunos de los principales MAC (condones masculinos y vasectomía), son utilizados por el hombre. El hombre también puede tener sus propias necesidades e inquietudes en cuanto a su salud sexual y reproductiva, particularmente con respecto a las ITS y VIH, que merecen la atención del sistema y los proveedores de salud.

### **Muchas formas de ayudar a los hombres**

Los proveedores pueden brindar apoyo y servicios a los hombres, tanto en su función de apoyo a la mujer como en su función de usuarios.

### **Alentar a las parejas a conversar**

Las parejas que conversan sobre PF y MAC, ya sea con o sin ayuda de un proveedor de salud, tienen mayores posibilidades de elaborar planes que puedan poner en práctica. Los proveedores pueden:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres para que hablen con su pareja sobre relaciones sexuales, planificación familiar, ITS y VIH.
- Alentar a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.
- Invitar y alentar a las mujeres que traigan a su pareja a la consulta para recibir consejería, tomar decisiones y recibir cuidado juntos.
- Sugerir a las usuarias que le informen a su pareja sobre los servicios de salud para hombres. Entrégueles material informativo, si tiene disponible, para que lleven a su casa.

### **Brindar información precisa**

Para que los hombres estén informados y puedan tomar decisiones y formarse una opinión, necesitan tener la información correcta y corregir percepciones erróneas. Algunos temas importantes para los hombres son:

- Métodos anticonceptivos, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo seguridad y eficacia.
- ITS incluido el VIH y Sida, cómo se transmiten y cómo no se transmiten, signos y síntomas, análisis y tratamiento
- Los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla al menos 2 años antes de que la mujer vuelva a quedar embarazada
- Anatomía sexual reproductiva del hombre y la mujer, y sus funciones
- Embarazo y parto seguros

### **Brindar servicios o referir**

Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan son:

- Condones, vasectomía y consejería sobre otros MAC

- Consejería y ayuda sobre problemas sexuales
- Asesoramiento, análisis y tratamiento de ITS y VIH.
- Consejería sobre infertilidad

Al igual que las mujeres, los hombres de todas las edades, estén casados o no, tienen sus propias necesidades de salud sexual y reproductiva. Merecen recibir un servicio de buena calidad y consejería respetuoso, de apoyo e imparcial.

### **Mujeres próximas a la menopausia <sup>6</sup>**

Se considera que una mujer llegó a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos (ovulación). Debido a que a medida que se va aproximando a la menopausia ya no menstrúa todos los meses, se considera que una mujer deja de ser fértil una vez que transcurrieron 12 meses seguidos sin menstruar.

La menopausia ocurre entre los 45 y 55 años de edad. Aproximadamente 50% de las mujeres llegan a la menopausia a los 50 años. A los 55 años es el 96%. La fertilidad disminuye a mediados de los 30. La anticoncepción efectiva es requerida para evitar embarazo no deseado. **(B)**<sup>2</sup>

A fin de prevenir el embarazo hasta que esté claro que dejó de ser fértil, puede utilizar cualquier MAC de acuerdo a los CME. La edad por sí sola no representa una limitación para la mujer para usar cualquiera de los MAC. **(C)**<sup>2</sup> El riesgo de anomalías cromosómicas, aborto, complicaciones del embarazo y morbilidad materna, incrementan en mayores de 40 años. **(B)**<sup>2</sup>

### **Consideraciones especiales sobre la selección del MAC**

Ayude a una mujer próxima a la menopausia a elegir un método, teniendo en cuenta:

- Los Criterios Médicos de Elegibilidad **(PBP)**<sup>2</sup>
- Los métodos Temporales de Larga Duración, pueden ser tan efectivos como la esterilización quirúrgica. **(C)**<sup>2</sup>

### **Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)**

- Pueden ayudar a mantener la densidad mineral ósea. **(B)**<sup>2</sup>
- Pueden ayudar a disminuir el sangrado menstrual y el dolor. **(C)**<sup>2</sup>
- Pueden reducir los síntomas de la menopausia. **(C)**<sup>2</sup>
- Pueden beneficiarse de un régimen extendido usando AOC. **(C)**<sup>2</sup>
- Protegen de cáncer de ovario y endometrio, lo cual continúa hasta 15 años después de haber dejado de usar el método. **(B)**<sup>2</sup>
- Pueden beneficiarse de la disminución del riesgo enfermedad benigna de mamas y cáncer colorrectal. **(B)**<sup>2</sup>
- Puede incrementar el pequeño riesgo adicional de cáncer de mama, el cual se reduce hasta 10 años después de dejar de usar los anticonceptivos hormonales combinados. **(B)**<sup>2</sup>
- Las mujeres fumadoras, sin importar cuánto fumen, de 35 años de edad o mayores no deben utilizar AOC, parches o anillos vaginales. **(B)**<sup>2</sup>
- Las mujeres fumadoras, que consumen 15 o más cigarrillos por día, de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar inyectables mensuales. **(B)**<sup>2</sup>
- Las mujeres de 35 años de edad o mayores que padecen cefaleas migrañosas (con o sin aura) no deben utilizar AOC, inyectables mensuales, parches o anillos vaginales.

**Métodos de progestágeno solo** (anticonceptivos orales que contienen sólo progestágeno, inyectables de progestágeno solo, implantes)

- Es una buena elección para mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.
- El retorno de la fertilidad puede retrasarse hasta 1 año después de discontinuar las inyecciones de AMPD. **(C)**<sup>2</sup>
- La edad máxima recomendada para el uso de AMPD son los 50 años. **(PBP)**<sup>2</sup>
- Se recomienda precaución para el uso de AMPD en mujeres con riesgo cardiovascular, debido al efecto de progestágenos en los lípidos. **(C)**<sup>2</sup>
- El uso de AMPD puede provocar una ligera disminución de la densidad mineral ósea, la cual se recupera al discontinuarla. **(B)**<sup>2</sup>
- Se desconoce si esta disminución en la densidad ósea aumenta el riesgo de fracturas más adelante, luego de la menopausia.

**Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)**

- Las pueden utilizar mujeres de cualquier edad, incluso las que no pueden utilizar MAC hormonales de manera continua. **(PBP)**<sup>2</sup>

**Esterilización femenina y vasectomía**

- Puede ser una buena elección para mujeres mayores o su pareja que saben que no quieren tener más hijos.
- Las mujeres mayores probablemente tengan alguna afección que requiera demorar, remitir o tener precaución con la esterilización.

**Condomes masculinos y femeninos, diafragmas, espermicidas, capuchones cervicales y retiro**

- Brindan buena protección a la mujer mayor, considerando la menor fertilidad de la mujer en los años que preceden a la menopausia.
- Los condones pueden reducir el riesgo de ITS y VIH. **(C)**<sup>2</sup>
- La efectividad anticonceptiva es de 95-98% cuando se usan apropiadamente. **(C)**<sup>2</sup>
- Son accesibles y convenientes para mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales.

**Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonales)**

- Las tasas de expulsión disminuyen a medida que aumenta la edad de la mujer, siendo las menores en mujeres de más de 40 años de edad.
- La inserción puede resultar más dificultosa debido a la menor elasticidad del canal cervical.

**Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad**

- La falta de ciclos regulares previo a la menopausia hace que sea más difícil utilizar estos métodos de manera segura.

**¿Cuándo puede la mujer dejar de utilizar MAC?**

Como en la etapa previa a la menopausia la menstruación no ocurre todos los meses, es difícil que una mujer que aparentemente no menstrúa sepa cuándo debe dejar de usar MAC. Por lo tanto, se recomienda usar alguno de los métodos recomendados durante 12 meses luego de la última menstruación en las mayores de 50 años y dos años en las

menores de 50 años. **(PBP)**<sup>2</sup> La Terapia de Reemplazo Hormonal **no es anticonceptiva.**  
**(C)**<sup>2</sup>

Los métodos hormonales afectan la menstruación y por lo tanto puede resultar difícil saber si una mujer que utiliza dichos métodos ha llegado a la menopausia. Después de discontinuar un método hormonal puede utilizar un método no hormonal.

### Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO)

La prescripción de los MAC deberá realizarse de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad. El momento oportuno para brindar consejería sobre APEO es la Atención Prenatal (APN), de tal forma que la mujer, con o sin el apoyo de su pareja, pueda seleccionar un MAC, registrarlo en la Historia Clínica Perinatal (HCP) y en la hoja de referencia de pacientes, de forma tal que su decisión sea respetada en la unidad de salud en donde se atiende el evento obstétrico, ya sea que éste termine en parto (vaginal o cesárea), aborto (incluyendo el embarazo molar) o embarazo ectópico.

Se debe asegurar la consejería en PF a toda usuaria de los servicios de salud que sea atendida por un evento obstétrico y garantizarle que obtenga el MAC seleccionado, antes de regresar de la unidad de salud en donde se atendió ese evento obstétrico. La idea fundamental es reducir las oportunidades perdidas, aumentar la satisfacción de las usuarias, la reducción del embarazo no deseado y de los períodos intergenésicos cortos.

### Referencias Bibliográficas:

- 1 Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-8192, Clinical Effectiveness Unit. Contraceptive choices for young people. London (England): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2010 Mar. 26 p. [139 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?F=rss&id=24717>
- 2 Das Gupta S et al. *Knot ready: lessons from India on delaying marriage for girls*. Washington DC: International. Center for Research on Women, 2009.
- 3 Jain S, Kurz K. *New insights on preventing child marriage: a global analysis of factors and programs*. Washington DC, International Center for Research on Women, 2007.
- 4 Mathur S, Mehta M, Malhotra A. *Youth Reproductive Health in Nepal: Is Participation the Answer?* Washington, DC, International Center for Research on Women and EngenderHealth, 2004.
- 5 Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS para La Prevención del Embarazo Precoz y los Resultados Reproductivos Adversos en adolescentes de los países en desarrollo. OMS, 2011
- 6 Agency for Healthcare Research and Quality, National Guideline Clearinghouse, Guideline Summary NGC-8191, Clinical Effectiveness Unit. Contraception for women aged 40 years. London (England): Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare (FSRH); 2010 Jul. 26 p. [164 references]. <http://www.guideline.gov/content.aspx?F=rss&id=24716>

## 12. Método de Amenorrea por Lactancia (MELA)

### Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Es un método de planificación familiar basado en la lactancia.** Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al bebé.
- **Puede ser eficaz hasta 6 meses después del parto (vaginal o cesárea)** siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia exclusiva.
- **Requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.**
- **Le brinda a la mujer la posibilidad de seleccionar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses (o aún desde antes).**

### Definición

Es un MAC temporal basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad.

El MELA requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:

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

“Lactancia exclusiva” incluye la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna).

### Mecanismo de acción

Funciona básicamente impidiendo la ovulación. La lactancia frecuente impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

### Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé con lactancia exclusiva.

*Uso común:* 2% de embarazos no deseados en los primeros 6 meses después del parto.

*Uso ideal:* Cuando es utilizado correctamente, se produce menos de 1% de embarazo no deseado en los primeros 6 meses después del parto.

*Retorno de la fertilidad al interrumpir el MELA:* Depende de la frecuencia con que la madre continúa dando pecho

*Protección contra infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH:* Ninguna

## Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

**Tabla # 23. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud del MELA**

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
Ninguno. Los problemas eventuales son los mismos que para todas las mujeres que dan pecho.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a proteger contra Riesgo de embarazo no deseado</li> <li>• Promueve mejores patrones de lactancia que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé</li> </ul>	Ninguno

### Aclaración de Mitos relacionados al MELA

- Es altamente eficaz si la mujer cumple con los 3 criterios para MELA.
- Es igualmente eficaz para mujeres gordas o delgadas.
- Lo pueden utilizar mujeres alimentadas normalmente. No se requiere una alimentación especial.
- Puede ser utilizado durante 6 meses enteros sin necesidad de complementar con otros alimentos. La leche materna como alimento exclusivo puede alimentar plenamente al bebé durante los primeros 6 meses de vida. De hecho es el alimento ideal para esta etapa de la vida del bebé.
- Puede ser utilizado durante 6 meses sin temor a que se le acabe la leche a la madre. La producción de leche continuará durante 6 meses y más tiempo en respuesta a la succión del bebé o la extracción de leche por parte de la madre.

### Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso del MELA

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

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

### Algunas mujeres dicen que les gusta el MELA porque

- Es un método de planificación familiar natural
- Promueve lactancia óptima la cual tiene beneficios para la salud del bebé y de la madre

- No tiene costos directos para la planificación familiar o la alimentación del bebé

### **EI MELA en mujeres infectadas con VIH**

Seguir estrictamente las disposiciones del MINSA establecidas en el Manual de Lactancia Materna.

Tener presente que:

- Las mujeres infectadas con VIH o que tienen Sida pueden usar MELA. La lactancia no empeora su afección. Sin embargo, existe la posibilidad de que las madres portadoras de VIH le transmitan el VIH a su bebé a través de la leche materna.
- Sin terapia antirretroviral (ARV), si los bebés de madres infectadas con VIH son alimentados con leche materna y otros alimentos, durante 2 años, entre 10 y 20 de cada 100 se infectarán con VIH a través de la leche materna, además de aquellos que ya se infectaron durante el embarazo y el parto.
- La lactancia exclusiva (6 meses) disminuye en un 50% el riesgo de infección por VIH a través de la leche materna. Al reducir el plazo de lactancia se reduce considerablemente el riesgo. Por ejemplo, la lactancia durante 12 meses disminuye la transmisión en un 50% comparada con la lactancia durante 24 meses. La transmisión del VIH a través de la leche materna es más probable en madres con enfermedad avanzada o que están recién infectadas.
- Las mujeres que reciben terapia ARV pueden utilizar MELA. De hecho, administrar terapia ARV a una madre infectada con VIH o a un bebé expuesto al VIH disminuye de manera muy significativa el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna.
- Las madres infectadas con VIH deben recibir las intervenciones correspondientes de ARV y deben alimentar a su bebé con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando durante los primeros 12 meses. Se debe suspender la lactancia solo cuando se pueda proporcionar una dieta nutricionalmente adecuada y segura sin leche materna.
- A los 6 meses, o antes si le regresó la menstruación o si suspende la lactancia exclusiva, la mujer debe iniciar el uso de otro MAC en lugar de MELA y continuar utilizando condones.

Recomiende a las mujeres con VIH que utilicen condones junto con MELA. Si se utilizan de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a impedir la transmisión del VIH y otras ITS.

## ¿Cuándo comenzar el MELA?

**Tabla # 24. Situación de la mujer Vs Cuando empezar a utilizar MELA**

Situación de la mujer	Cuándo Empezar a utilizar MELA
Durante los 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comenzar a dar pecho <b>inmediatamente</b> (a la hora) o lo más pronto posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.</li> <li>• <b>En cualquier momento</b> si ha estado alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.</li> </ul>

### ¿Cuándo puede utilizar MELA una mujer?

Una mujer que está dando pecho puede utilizar MELA para espaciar su próximo embarazo y como transición hacia otro MAC. Puede comenzar con MELA en cualquier momento si cumple con los 3 criterios requeridos para utilizar el método.

#### Hágale estas 3 preguntas a la madre:

1. ¿Ha vuelto a menstruar?
2. ¿Está alimentando a su bebé periódicamente con otros alimentos además de darle pecho, o deja transcurrir períodos largos de tiempo sin darle pecho, ya sea de día o de noche?
3. ¿Su bebé tiene más de 6 meses de edad?

Si responde que **NO** a todas las preguntas, **puede utilizar MELA**: Existe una posibilidad de embarazo no deseado de sólo 2% en este momento. La mujer puede elegir otro MAC en cualquier momento, pero preferentemente no un método con estrógenos mientras su bebé tenga menos de 6 meses de edad. Los MAC con estrógenos incluyen los AOC, inyectables mensuales y otros AHC.

Si responde **SI** a cualquiera de las preguntas, **aumentan las posibilidades de quedar embarazada**: aconséjale que es mejor utilizar otro MAC y que siga dando pecho por la salud de su bebé.

#### Explicación del uso del MELA

##### Lactancia frecuente

- Un patrón ideal es alimentar a demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas después del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluso al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- El espacio entre lactancia no deberá exceder las 4 horas durante el día y durante la noche no deberá exceder las 6 horas.
- Algunos bebés tal vez no quieran ser alimentados 8 -10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés deberán ser alentados suavemente a tomar pecho con mayor frecuencia.

### **Comenzar con otros alimentos a los 6 meses**

- Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebé cumple 6 meses. A esta edad, la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.

### **Programación de la visita subsecuente**

- Programe la próxima visita mientras se sigan aplicando los criterios del MELA, para elegir otro MAC y seguir protegida contra embarazo no deseado.
- De ser posible, suminístrele ahora condones o anticonceptivos orales de progestágeno solo. Podrá comenzar a utilizarlos si el bebé ya no se está alimentando con lactancia exclusiva o casi exclusiva, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda regresar para obtener otro método.

### **Apoyo a las usuarias**

#### **“Vuelva cuando quiera”: razones para volver**

Transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro MAC, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

Ya no cumple con uno o más de los 3 criterios del MELA y por lo tanto no podrá depender sólo del MELA.

### **Ayuda a las usuarias continuas**

#### **Ayuda a las usuarias para cambiar a un MAC continuo**

- La mujer puede cambiar a otro MAC en cualquier momento que lo desee mientras está usando el MELA. Si sigue cumpliendo con los 3 criterios del MELA, es razonablemente seguro que no esté embarazada. Puede comenzar un nuevo MAC sin necesidad de realizar una prueba de detección de embarazo, examen clínico o evaluación.
- Para continuar previniendo un embarazo no deseado, la mujer debe cambiar a otro método en cuanto deje de cumplir cualquiera de los 3 criterios del MELA.
- Ayude a la mujer a elegir un nuevo MAC antes que lo necesite. Si piensa continuar dando pecho, puede elegir uno de varios métodos hormonales o no hormonales, dependiendo del tiempo que transcurrió desde el.

### **Abordaje de problemas**

#### **Problemas con el uso**

- Los problemas con la lactancia o el MELA afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Si la usuaria relata que tiene problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y, si corresponde, dele tratamiento.
- Ofrézcale ayuda a la usuaria en la elección de otro MAC, en ese mismo momento, si así lo desea, o más adelante, si no se pueden superar los problemas.

## Preguntas y respuestas sobre el MELA

### 1. ¿El MELA puede ser considerado un método eficaz de Planificación Familiar?

Sí. El MELA es muy eficaz si no se ha restablecido la menstruación de la mujer, si practica lactancia exclusiva y si su bebé tiene menos de 6 meses de edad.

### 2. ¿En qué momento debe la madre comenzar a alimentar a su bebé con otro alimento, además de la leche materna?

Lo ideal es cuando el bebé cumple 6 meses. Además de otros alimentos, la leche materna deberá ser una parte muy importante de la dieta del bebé durante su segundo año de vida o más.

### 3. ¿Las mujeres pueden utilizar el MELA si trabajan lejos de casa?

Sí. Las mujeres que pueden llevar a sus bebés al trabajo o tenerlos cerca y pueden amamantarlos con frecuencia pueden confiar en el MELA siempre y cuando cumplan con los 3 criterios del MELA. Las mujeres que no están junto a sus bebés pueden utilizar MELA si el tiempo que transcurre entre una y otra comida no excede las 4 horas. La mujer también puede extraerse la leche al menos cada 4 horas, pero las tasas de embarazo pueden ser ligeramente más elevadas para mujeres que están separadas de sus bebés. En el estudio que evaluó el uso del MELA en mujeres que trabajaban, se calculó que la tasa de embarazos no deseados era de 5% durante los primeros 6 meses después del parto, comparado con aproximadamente 2% que utilizan MELA de manera habitual.

### 4. ¿Qué ocurre si una mujer se entera de que tiene VIH cuando está usando MELA? ¿Puede continuar amamantando y utilizando MELA?

Siga lo que establece el MINSA en su Manual de Lactancia Materna.

Si la mujer fue recién infectada con VIH, el riesgo de transmisión a través de la leche materna podría ser más elevado que si se hubiera infectado antes, porque hay más VIH en su cuerpo. Sin embargo, la recomendación con respecto a la lactancia es la misma que para otras mujeres infectadas con VIH. Las madres infectadas con VIH o sus bebés deben recibir la terapia ARV correspondiente; las madres deben alimentar a sus bebés con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y luego introducir alimentos suplementarios apropiados y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida. A los 6 meses, o antes si le regresó su menstruación o si suspende la lactancia exclusiva, la mujer debe iniciar el uso de otro MAC en lugar de MELA y continuar utilizando condones.

### 13. Método basado en el conocimiento de la Fertilidad

#### Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren la cooperación de la pareja.** La pareja debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles.
- **Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico.**
- **No presentan efectos secundarios ni riesgos para la salud.**

#### Definición

“Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.

La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas, para decir cuándo comienza y termina su período fértil.

Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.

Ejemplos: Método de días fijos y método del ritmo de calendario.

Los métodos basados en los síntomas dependen de la observación de los signos de fertilidad.

- Secreciones cervicales: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.
- Temperatura corporal basal (TCB): La temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.
- Ejemplos: Método de dos días, método TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método de la mucosa cervical) y el método de síntomas y temperatura.

#### Mecanismo de acción

Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles, en general absteniéndose o utilizando condones o un diafragma. Algunas parejas utilizan espermicidas o el coito interruptus, pero estos están entre los métodos menos eficaces.

### Eficacia anticonceptiva

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otro método.

- Tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica. (No se sabe cómo identificaron estas mujeres su período fértil. No hay disponibles tasas de embarazo para la mayoría de los métodos específicos basados en el conocimiento de la fertilidad, tal como se utilizan comúnmente).  
Esto significa que 75 de cada 100 mujeres que confían en la abstinencia periódica no quedarán embarazadas. Algunos métodos más nuevos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser más fáciles de utilizar y, por tanto, más eficaces.
- Las tasas de embarazo para un uso sistemático y correcto varían para los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (ver tabla, a continuación).
- En general, la abstinencia durante el período fértil es más eficaz que el uso de otro método en el período fértil.

*Retorno de la fertilidad después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:* Sin demora

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH:* Ninguna

**Tabla # 25. Tasas de embarazo con uso consistente, correcto y abstinencia en los días fértiles**

Método	Embarazo por cada 100 mujeres en el transcurso del primer año
<b>Métodos basados en el calendario</b>	
Método de días fijos	5
Método de ritmo calendario	9
<b>Métodos basados en los síntomas</b>	
Método de dos días	4
Método de la temperatura corporal basal	1
Método de la ovulación	3
Método de síntomas y temperatura	2

**Tabla # 26. Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud de los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad**

Efectos Secundarios	Beneficios	Riesgos para la salud
Ninguno	Ayuda a proteger contra riesgo de embarazo no deseado	Ninguno

**Algunas mujeres dicen que les gustan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad porque:**

- No presentan efectos secundarios
- No requieren procedimientos y en general, no requieren de insumos. Ayuda a las mujeres a conocer sobre su propio cuerpo y su fertilidad
- Permite a algunas parejas a adherir a sus normas religiosas o culturales sobre anticoncepción
- Pueden ser utilizados para identificar los días fértiles, tanto por mujeres que quieren quedar embarazadas como por mujeres que desean evitar el embarazo

**Aclaración de Mitos relacionados al uso de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad**

- Pueden ser muy eficaces si se utilizan de manera sistemática y correcta.
- No requieren literatura ni un nivel educativo avanzado.
- No hacen daño al hombre que se abstiene del sexo.
- No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil, como cuando cree que éste ocurre durante la menstruación.

**Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para mujeres con VIH**

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen Sida, o que están en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres usar condones junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
- Utilizados de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.

**Criterios Médicos de Elegibilidad**

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

**Precaución** significa que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

**Postergar** significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Dele a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en el calendario.

En las siguientes situaciones, tenga **Precaución** con los métodos basados en el calendario:

- Los ciclos menstruales recién se han iniciado o se han vuelto menos frecuentes debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y

en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil). En las siguientes situaciones postergue el comienzo de los métodos basados en el calendario:

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

En las siguientes situaciones **Postergue** o tenga cautela con los métodos basados en el calendario:

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

### **Cuándo comenzar los métodos basados en el calendario**

Una vez capacitados, en general, la mujer o la pareja pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento. A las pacientes que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen mientras tanto.

### **¿Quiénes pueden usar métodos basados en los síntomas?**

#### **Criterios Médicos de Elegibilidad para Métodos Basados en los Síntomas**

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas. Ninguna afección es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz.

**Precaución o cautela** significan que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

**Postergue** significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Dele a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en los síntomas.

En las siguientes situaciones, tenga **Precaución** con los métodos basados en los síntomas:

- Los ciclos menstruales recién se han iniciado, se han vuelto menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil).
- Ha tenido un aborto o una pérdida de embarazo recientemente

- Una afección crónica que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)

En las siguientes situaciones **Postergue** el comienzo de los métodos basados en los síntomas:

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (Postergue hasta que se hayan restablecido las secreciones normales, en general, retrase el inicio un mínimo de 6 meses después del parto para mujeres que estén dando pecho y un mínimo de 4 semanas después del parto para mujeres que no estén amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice el método con precaución por algunos meses).
- Una afección aguda que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)
- Sangrado vaginal irregular
- Flujo vaginal anormal

En las siguientes situaciones **Postergue** o tenga precaución con los métodos basados en los síntomas:

- Está recibiendo medicamento que modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tricíclicos o tetracíclicos), antipsicóticos (como clorpromazina, tioridazina, haloperidol, risperidona, clozapina, o litio), administración prolongada de ciertos antibióticos, cualquier fármaco antiinflamatorio no esteroideo (tales como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol), o antihistamínicos. Estos medicamentos pueden afectar las secreciones cervicales, elevar la temperatura corporal, o demorar la ovulación.

### **Cuándo comenzar los métodos basados en los síntomas**

Una vez capacitados, la mujer o la pareja pueden comenzar con el método basado en los síntomas en cualquier momento. Las mujeres que no estén utilizando un método hormonal pueden practicar el monitoreo de sus signos de fertilidad antes de empezar a usar los métodos basados en los síntomas. A las usuarias que no puedan comenzar de inmediato deles otro método para utilizar hasta que puedan empezar.

### **Preguntas y respuestas sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad**

#### **1. ¿Sólo las parejas de buen nivel educativo pueden usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?**

No. Las parejas con poca o ninguna escolaridad formal pueden usar y de hecho usan con eficacia, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.

Las parejas deben estar muy motivadas, bien capacitadas en su método y comprometidas a evitar el sexo sin protección durante el período fértil.

#### **2. ¿Son confiables los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?**

Para muchas parejas estos métodos brindan información confiable sobre los días fértiles. Si la pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma durante el período fértil de la mujer, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

pueden ser muy eficaces. El uso de espermicidas o el retiro durante el período fértil son menos eficaces.

**3. ¿Qué hay de nuevo en los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el método de los días fijos y el método de los dos días?**

Estos nuevos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son más fáciles de usar de manera correcta que algunos de los anteriores. Por ende, pueden ser atractivos para más parejas y ser más eficaces para algunas personas. Sin embargo, se asemejan a los métodos anteriores, en que se basan en las mismas formas de juzgar cuándo una mujer es fértil, llevando la cuenta de los días del ciclo para el método de los días fijos y por las secreciones cervicales en el Método de los dos días. Hasta ahora, existen pocos estudios sobre estos métodos. Un ensayo clínico encontró que, como el Método de los días fijos era usado por lo general por mujeres que tenían la mayoría de los ciclos de entre 26 y 32 días de duración, había 12 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. En un ensayo clínico del método de los dos días, como es comúnmente utilizado, hubo 14 embarazos por cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. Esta tasa está basada en aquellas que se mantuvieron en el estudio. Se excluyeron las mujeres que detectaron secreciones en menos de 5 días o más de 14 días.

**4. ¿Qué tan propensa es una mujer a quedar embarazada si tiene sexo durante su menstruación?**

Las probabilidades de embarazo durante la menstruación son bajas pero no son cero. El sangrado de por sí no evita el embarazo, ni, tampoco lo promueve. En los primeros días de menstruación las probabilidades son las más bajas. Por ejemplo, en el día 2 del ciclo (contando como 1 el primer día de sangrado), la probabilidad de quedar embarazada es extremadamente baja (menos del 1%). A medida que pasan los días, las probabilidades de embarazo aumentan, esté o no sangrando.

El riesgo de embarazo aumenta hasta la ovulación. El día posterior a la ovulación las probabilidades de embarazo empiezan a bajar de manera sostenida. Algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad que dependen de las secreciones cervicales advierten de evitar el sexo sin protección durante la menstruación debido a que no es posible detectar las secreciones cervicales durante el sangrado y existe un pequeño riesgo de ovulación en ese período.

**5. ¿Cuántos días de abstinencia o de uso de otro método podrían requerirse para cada método basado en el conocimiento de la fertilidad?**

El número de días varía según la duración del ciclo de la mujer. El número promedio de días que una mujer es considerada fértil, y necesitaría abstenerse o usar otro método, con cada método es: Método de los días fijos, 12 días; método de los 2 días, 13 días; método basado en síntomas y temperatura, 17 días; método de la ovulación, 18 días.

## 14. Coito Interruptus

### Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Disponible siempre y en cada situación.** Puede ser utilizado como método primario o método de respaldo.
- **No requiere insumos, ni consulta médica, ni ir a la farmacia.**
- **Uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces.** Sin embargo, algunos hombres utilizan este método eficazmente. Proporciona mayor protección contra el embarazo que no utilizar ningún método.
- **Promueve la participación del hombre y la comunicación de la pareja.**

### ¿En qué consiste el coito interruptus?

- El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- Se le conoce también como coito interrumpido, retiro.
- Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

### Eficacia anticonceptiva

Su eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira su pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual.

- Es uno de los métodos menos eficaces tal como se utiliza comúnmente.
- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en el primer año unos 27 embarazos por cada 100 mujeres cuya pareja utiliza este método. Esto significa que 73 de cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el coito interruptus no quedarán embarazadas.
- Cuando es utilizado correctamente en cada acto sexual, se producen 4 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan el coito interruptus en el correr del primer año.

*Retorno de la fertilidad al discontinuar el uso del retiro:* Ninguna demora

*Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH:* Ninguna

**Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud:** Ninguno

### Criterios Médicos de Elegibilidad. ¿Quién puede utilizar el coito interruptus?

Todos los hombres pueden utilizar el coito interruptus. No existen afecciones médicas que contraindiquen su uso.

### Explicación del Uso

- **Cuándo el hombre siente que está por eyacular:** Debe retirar su pene de la vagina de la mujer, eyacular fuera de la vagina, manteniendo su semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- **Si el hombre ha eyaculado hace poco:** Antes de la relación sexual deberá orinar y limpiar la punta de su pene para eliminar cualquier resto de semen.

### Recomendaciones sobre el Uso

- **Puede llevar tiempo aprender a usarlo adecuadamente:**

Sugerirle a la pareja que también utilice otro método hasta que el hombre sienta que puede usar el coito interruptus correctamente en cada acto sexual.

- **Hay otras opciones que brindan mayor protección contra el embarazo no deseado**

Sugerir un método de planificación familiar adicional o alternativo. (Las parejas que han utilizado el coito interruptus eficazmente no se les debe desalentar de continuar utilizándolo).

- **Algunos hombres pueden tener dificultad con retirar el pene de la vagina**

Los hombres que no pueden percibir en cada acto que están por eyacular.

Los hombres que tienen eyaculación precoz.

- **Se pueden utilizar las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)**

Explique el uso en caso de que el hombre eyacule antes de retirar el pene. Entregue PAE si hay disponibles.

## Bibliografía

1. Agency for Healthcare Research and Quality. **Advancing Excellence in Healthcare. Guidelines for Contraception.** U.S. Department of Healthcare & Human Services. August 2014.
2. Consorcio AGREE. **Instrumento AGREE II, Instrumento para la Evaluación de Guías de Práctica Clínica.** Mayo 2009.
3. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. **Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores.** Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011 (Inglés), 2014 (Español).
4. **Find Evidence Fast 2014. Clinical Search Evidence.** Tripdatabase.com
5. Instituto Nacional de Información de Desarrollo, INIDE; Ministerio de Salud, MINSA. **Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud, ENDESA 2011/12.**
6. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. **Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH y sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos.** MINSA. Managua-Nicaragua, Octubre 2009.
7. Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. Dirección General de Regulación de Salud. **Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva: “Actuar hoy, Para asegurar un futuro mejor para todos” /** MINSA. Managua: 2ª Ed. Octubre 2008.
8. Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y Calidad de la Atención. **Estándares e indicadores de calidad de los procesos de atención en salud: Planificación Familiar, Salud Materna, Salud Neonatal y de la Niñez, VIH y sida y uso correcto de las soluciones antisépticas e higiene de manos.** MINSA. Managua-Nicaragua, Octubre 2009.
9. Ministerio de Salud. DGIM. **Formulario Nacional de Medicamentos.** MINSA / DGIM. 7ª Ed. 2014. Managua.
10. Nicaragua. Ministerio de Salud. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. **Marco Conceptual: Modelo de Salud Familiar y Comunitario (MOSAFC).** MINSA: Managua, julio 2008
11. Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud. **Normativa – 002. Norma y Protocolo de Planificación Familiar.** 1ª Ed. MINSA. Managua, Mayo 2008.
12. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Dirección Superior. Comisión Nacional de Normas, Guías y Protocolos. **Normativa 070. Norma metodológica para la elaboración de normas, manuales, guías,**

**protocolos del sector salud.** MINSA, Managua, Junio 2011.

13. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. **Normativa - 099. Manual para la Entrega Comunitaria de Métodos Anticonceptivos (ECMAC).** Managua: MINSA. Sep. 2012
14. Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional. Ministerio de Salud. Dirección General Extensión de la Calidad de Atención. **Normativa No. 101 Manual Metodológico: Censo Gerencial de Embarazadas, Puérperas y Postnatales.** Managua: MINSA, nov 2012
15. Organización Mundial de la Salud, OMS. **Criterios médicos de elegibilidad para el uso de métodos anticonceptivos. Un pilar de la OMS para la planificación familiar.** Cuarta edición 2009.
16. Organización Mundial de la Salud. **Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos.** 2ª edición, 2005.

# Anexos

**Anexo # 1: Lista de verificación de embarazo<sup>1</sup>**

Haga a la usuaria las preguntas 1 – 6. Cuando la usuaria conteste que “Si” a cualquier pregunta, deténgase y siga las Instrucciones.

NO		SI
	1. ¿Ha tenido un bebé hace 6 meses? ¿Está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	2. ¿Se ha abstenido del coito 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 (o hace menos de 12 días si la usuaria tiene intenciones de usar un DIU)?	
	5. ¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa utilizar un DIU)?	
	6. ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	

Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. La paciente deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo

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

**Referencia Bibliográfica**

<sup>1</sup> OMS. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial. 2007

## **Anexo # 2. ACCEDA: Seis Pasos básicos de la orientación en la Anticoncepción<sup>1 2</sup>**

Los seis pasos de la orientación en la anticoncepción se han abreviado a través de 6 letras, donde cada una representa uno de los pasos.

**A**tienda a la persona usuaria.

**C**onverse, consulte y evalúe los conocimientos y necesidades de la usuaria.

**C**omunique a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles.

**E**ncamine a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.

**D**escriba cómo utilizar el método elegido.

**A**cuerde con la usuaria le fecha de visita de seguimiento.

### **Paso I**

- **Atienda** a la persona usuaria
  - Tan pronto como salude a la usuaria sola o con su pareja, préstele(s) toda su atención.
  - Sea cortés, saludela, preséntese, llámela por su nombre y ofrézcale asiento.
  - Pregúntele por qué ha venido a la consulta y en qué le puede ayudar, los motivos pueden ser solicitud de información, obtener un método anticonceptivo o comunicar acerca de un problema con un método.
  - Aclárele que toda la información que se va a tratar es confidencial y que usted no contará a nadie lo que le diga.
  - Explique en qué consiste la visita. Describa los exámenes físicos y análisis clínicos, si corresponde.
  - Imparta la consejería donde nadie más pueda escucharlos.
  - Si es una cita programada, explique el porqué de la cita.

### **Paso 2**

- **Converse**, consulte y evalúe los conocimientos y necesidades de la usuaria
  - Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga.
  - Aliéntela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.
  - Si la usuaria es de primera vez:
    - Abra un expediente clínico, si es mayor de 20 años llénele su historia clínica de ingreso y seguimiento de usuarias al programa de planificación familiar y la Historia Integral de la adolescente y su hoja de evolución en las menores de 20 años. En ambas historias realizará interrogatorio y examen físico.
    - Explíquese que usted necesita esta información para ayudarle a elegir el mejor método para espaciar o limitar del todo sus embarazos. Haga las preguntas con sencillez y brevedad. Mire a la persona mientras le habla.
    - Llène el carnet de PF.
    - Registre a la usuaria en el Censo de PF o en su defecto llene la tarjeta activa de planificación familiar.

- Si la usuaria es subsecuente:
  - o Pregúntele si está satisfecha con el método que está utilizando, si ha tenido algún problema o si ha sufrido algún cambio desde la última visita. En caso positivo, actualice la información, determine si sus planes para espaciar o limitar los nacimientos son diferentes, ayúdela a evaluar el riesgo de nuevos embarazos
- Muchas personas desconocen los nombres de las enfermedades o las condiciones médicas. Pregúntele a la persona cómo se siente, mencionando cada parte del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Esto le ayudará a recordar y a mencionar sus problemas.

### Paso 3

- o **Comunique** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:
  - Todas las personas deben recibir información sobre la variedad de métodos disponibles. Cuánto necesitan saber dependerá de los métodos que les interesen y de lo que ya sepan sobre ellos.
  - Dígale a la nueva persona usuaria los métodos de los que dispone para satisfacer sus necesidades anticonceptivas.
  - Pregúntele cuál es el método que le interesa.
  - Pregúntele qué sabe sobre los métodos que le interesan, características, riesgos, efectividad, efectos secundarios, incluida la protección contra la infección por el VIH y otras ITS. Puede que usted descubra que está mal informada. Si es algo importante, corrija el error con amabilidad.
  - Describa brevemente todos los métodos disponibles. Háblele sobre:
    - o Qué es el método y su efectividad
    - o Cuáles son temporales y cuáles son permanentes
    - o Cuáles requieren colaboración de la pareja y cuáles no
    - o Quién los puede utilizar y quién no
  - Todas las personas deben recibir la misma cantidad de información inicial sobre cada uno de los métodos disponibles. A esto se le llama **consejería balanceada**.

### Paso 4

- o **Encamine** a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.
  - Ayude a cada usuaria a seleccionar el método que mejor se adapte a sus planes, necesidades y preferencias. Escuchar y preguntar es muy importante en este paso.
  - Pregunte a la usuaria si hay algún método que le gustaría usar. Algunos sabrán lo que desean, otros necesitarán ayuda para reflexionar sobre las opciones.
  - Pregunte a la usuaria si hay algo que no comprende. De ser necesario, repita la información.
  - Diga que todos los métodos son seguros; sin embargo, algunos métodos no son apropiados
  - Cuando un método no es apropiado dígaselo a la persona y explique el por qué con claridad. Luego ayúdela a elegir otro método. Por ejemplo, si una persona tiene contraindicaciones para el uso de métodos hormonales, ofrézcale otras opciones (la T de Cobre, por ejemplo).

- Pregunte a la usuaria si ha conversado con su pareja sobre planificación familiar. Motívele a involucrar a su pareja. De ser posible, ofrézcale la consejería en pareja.
- Confirme que la persona ha decidido usar algún método

#### **Paso 5**

##### ○ **Describa o demuestre cómo se utiliza el método elegido**

Después que la persona ha elegido un método:

- Si es apropiado, proporcione el método en ese momento
- Si el método elegido no puede ser proporcionado de inmediato, dígame cómo, cuándo y dónde se le proporcionará. Proporcione un método temporal (condón) y describa su uso.
- Para métodos, como la esterilización quirúrgica voluntaria femenina o masculina, es necesario firmar el “consentimiento informado”. En este formato se declara que la/el usuaria/o desea el método, que ha recibido información completa al respecto y comprende la información, especialmente que estos métodos son permanentes. Ayude a la persona a comprender completamente la información contenida en este formato.
- Explíqueme cómo se usa el método elegido apoyándose para ello en el muestrario de métodos u otras ayudas trabajo y/o la demostración (por ejemplo, del uso del condón con un dildo)
- Enséñele el método y entregue información impresa, si está disponible, con una explicación de su contenido.
- Pida a la usuaria que repita las instrucciones que ha recibido, para asegurarse que las ha comprendido y las recuerda.
- Describa todos los efectos secundarios posibles y las señales de alarma o peligro que indican cuándo volver de inmediato.
- Explique que los efectos secundarios son normales en los primeros meses de uso de un método anticonceptivo.
- Entréguele material impreso sobre el método seleccionado, si está disponible.
- Explíqueme que puede regresar en cualquier momento, si se presenta una señal de alarma o si tiene preguntas. Acuerde la fecha de una visita de seguimiento.

#### **Paso 6**

##### ○ **Acuerde con la usuaria la fecha de la visita de seguimiento**

- Dígame cuándo debe regresar para la visita de seguimiento
- Anote en su carnet de planificación familiar o en el censo de planificación familiar la fecha de su próxima visita
- Dígame que regrese antes si lo desea o si se presentan efectos secundarios o señales de peligro o si tiene preguntas.
- Cuando se trata de métodos definitivos (EQV o Vasectomía), ofrézcale otro método seguro mientras se efectúa el procedimiento.
- Para la esterilización quirúrgica voluntaria, la persona usuaria debe firmar un formulario de consentimiento; en éste se declara que desea el método, que ha recibido información al respecto y que comprende la información; ayude a la persona usuaria a comprender bien este formato.

##### **En la visita de seguimiento:**

- Pregunte a la persona si está usando el método
- Si la respuesta es afirmativa, pregunte si está satisfecha con el método

- Pregunte cómo se ha sentido y tome nota de algún efecto secundario; respóndalos uno por uno
- De manifestar algún efecto secundario, pregunte cuán severo es. Infórmele en el caso de efectos menores diciéndole que no son peligrosos y frecuentemente son pasajeros. Explique su causa.
- Si los efectos secundarios son severos, refiérala para que reciba tratamiento
- Pregunte cómo está usando el método. Compruebe que lo está usando correctamente.
- Averigüe si tiene alguna pregunta

**Si la/el usuaria/o desea utilizar otro método:**

- Dígale de nuevo que hay otros métodos y siga el proceso para ayudarle a elegir otro.
- Recuérdele que cambiar de método no es malo, es normal. Nadie puede realmente decidirse por un método sin probarlo primero. También puede cambiar la situación de la persona y, en ese caso, puede que otro método sea mejor.
- Si la persona desea tener un hijo, explíquelo cómo dejar el método. Refiérala, si es necesario, para que pueda interrumpir el método (por ejemplo, en el caso de la remoción de una T de Cobre).
- Si la persona ha dejado de utilizar el método anticonceptivo y está embarazada, refiérala a la Atención Prenatal o inícielo ahí mismo de inmediato si está dentro de sus competencias.

**Referencia Bibliográfica**

1 Gallen M, Lettenmaier C and Green CP. 1987. Counseling makes a difference. Population Reports Series J(35): 1-31.

2 Lettenmaier C and Gallen ME. 1987. Why counseling counts! Population Reports Series J(36): 1-28.

**Anexo # 3: Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos <sup>1</sup>**

En las siguientes tablas se resumen los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud, tanto para métodos temporales como para la esterilización femenina.

<input type="checkbox"/>	= Usa el método	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/>	= No usa el método										
I	= Inicio del método										
C	= Continuación del método										
<input type="checkbox"/>	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA	= No aplica										
<b>Patología</b>											
<b>CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>											
<b>Embarazo</b>	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	D
<b>Edad</b>	Menarca a < 40 años			Menarca a < 18 años			Menarca a < 20 años		Juventud		
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	P	
	≥ 40 años			18 a 45 años			≥ 20 años				
	2	2	2	1	1	1	—	1	1		
				> 45							
			1	2	1	—					
<b>Paridad</b>											
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A	
Para (tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A	
<b>Lactancia</b>											
< 6 semanas posparto	4	4	4	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	1	b	b	*	
6 semanas a < 6 meses posparto (básicamente amamantando)	3	3	3	1	1	1	1	b	b	A	
≥ 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1	1	b	b	A	
<b>Posparto (no amamantando)</b>											
< 21 días	3	3	3	1	1	1	—	b	b	*	
Con otros factores adicionales de riesgo de TEV	3/4 <sup>**</sup>	3/4 <sup>**</sup>	3/4 <sup>**</sup>								
21 a 42 días	2	2	2	1	1	1	—	b	b		
Con otros factores adicionales de riesgo de TEV	2/3 <sup>**</sup>	2/3 <sup>**</sup>	2/3 <sup>**</sup>								
≥ 42 días	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A	
<b>Postaborto</b>											
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	*	
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2		
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1	—	4	4		

\* Para patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos orales de emergencia y la esterilización femenina, ver p. 332.

\*\* Categoría depende del número, la gravedad y la combinación de factores de riesgo de TEV.

<sup>1</sup> 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

<sup>2</sup> Uso del DIU posparto: Para el DIU de cobre, la colocación a <48 horas es categoría I. Para el DIU-LNG, la colocación a <48 horas es categoría 3 para mujeres en lactancia y categoría I para mujeres que no están amamantando. Para todas las mujeres y ambos tipos de DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas es categoría 3; >4 semanas, categoría I; y sepsis puerperal, categoría 4.

<sup>1</sup> Tablas Tomadas de: OMS. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Estérilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Usa el método										
<input type="checkbox"/> = No usa el método										
<b>I</b> = Inicio del método										
<b>C</b> = Continuación del método										
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA = No aplica										
<b>Patología</b>										
<b>Embarazo ectópico pasado</b>	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
<b>Antecedentes de cirugía pélvica</b>	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P*
<b>Fumadora</b>										
Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Edad ≥ 35 años										
<15 cigarillos/día	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarillos/día	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
<b>Obesidad</b>										
≥ 30 kg/m <sup>2</sup> índice de masa corporal	2	2	2	1	1 <sup>†</sup>	1	—	1	1	P
<b>Tensión arterial no disponible</b>	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>	NA <sup>c</sup>	—	NA	NA	NA
<b>ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR</b>										
<b>Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (edad, mayor; tabaquismo, diabetes e hipertensión)</b>	3/4 <sup>d</sup>	3/4 <sup>d</sup>	3/4 <sup>d</sup>	2	3	2	—	1	2	S
<b>Hipertensión<sup>e</sup></b>										
Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la tensión arterial (incluso hipertensión en embarazo)	3	3	3	2 <sup>c</sup>	2 <sup>c</sup>	2 <sup>c</sup>	—	1	2	NA
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la tensión arterial	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P
<b>Tensión arterial elevada</b>										
Sistólica 140–159 o diastólica 90–99	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P <sup>f</sup>
Sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 <sup>g</sup>	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E <sup>f</sup>

<sup>c</sup> 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 negársele el acceso a la mujer solamente porque no se le puede medir la tensión arterial. (Continúa)

<sup>d</sup> Cuando existan múltiples factores mayores de riesgo, cualquiera de los cuales por sí solo podría incrementar considerablemente 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.

<sup>e</sup> Suponiendo que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular; una única lectura de tensión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

<sup>f</sup> Desde la menarquia hasta <18 años de edad, >30 kg/m<sup>2</sup> el índice de masa corporal es categoría 2 para AMPD, categoría 1 para NET-EN.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*			
<input type="checkbox"/> = Usa el método													
<input type="checkbox"/> = No usa el método													
<b>I</b> = Inicio del método													
<b>C</b> = Continuación del método													
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método													
NA = No aplica													
<b>Patología</b>													
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E			
<b>Antecedentes de hipertensión en el embarazo</b> (donde la tensión arterial actual es medible y normal)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
<b>Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)</b>													
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
TVP/EP y en terapia anticoagulante	4	4	4	2	2	2	*	1	2	E			
TVP/EP aguda	4	4	4	3	3	3	*	1	3	D			
Antecedentes familiares de TVP/EP (parientes de primer grado)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A			
<b>Cirugía mayor</b>													
Con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D			
Sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
<b>Mutaciones trombogénicas conocidas</b> (ej. Factor V Leiden, Mutación de protrombina; Deficiencias de Proteína S, Proteína C y de antitrombinas) <sup>§</sup>	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
<b>Trombosis venosa superficial</b>													
Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
Trombosis superficial	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
<b>Cardiopatía isquémica<sup>§</sup></b>				<b>I C</b>		<b>I C</b>			<b>I C</b>				
Actual	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	D
Antecedentes de	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	P
<b>Accidente CV</b> (antecedentes de accidente cerebrovascular) <sup>§</sup>	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	P
<b>Hiperlipidemias conocidas</b>	2/3 <sup>h</sup>	2/3 <sup>h</sup>	2/3 <sup>h</sup>	2	2	2	—	1	2	A			

<sup>†</sup> La tensión arterial elevada debería controlarse antes del procedimiento y monitorearse durante el mismo.  
<sup>§</sup> 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.

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*								
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	P <sup>ii</sup>								
<b>Valvulopatía</b>																		
No complicada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	P <sup>ii</sup>								
Complicada <sup>††</sup>	4	4	4	1	1	1	—	2 <sup>i</sup>	2 <sup>i</sup>	E*								
<b>Lupus eritematoso sistémico</b>																		
Anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos)	4	4	4	3	3	3	—	I	I	3	E							
Trombocitopenia grave	2	2	2	2	3	2	2	—	3	2	2	E						
Tratamiento inmunosupresor	2	2	2	2	2	2	2	—	2	I	2	E						
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	2	2		I	I	2	P						
<b>PATOLOGÍA NEUROLÓGICA</b>																		
<b>Cefaleas<sup>l</sup></b>	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C						
No migrañosas (leves o muy intensas)	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	2	—	1	2	2	A
Edad ≥ 35	3	4	3	4	3	4	1	2	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	
<b>Epilepsia</b>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	1 <sup>k</sup>	—	1	1								P
<b>TRASTORNOS DEPRESIVOS</b>																		
Trastornos depresivos	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	1 <sup>l</sup>	—	1	1 <sup>l</sup>								P
<b>INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR</b>																		
<b>Patrones de sangrado vaginal</b>																	I	C
Patrón irregular sin sangrado profuso	1	1	1	2	2	2	—	1	1	1								A
Sangrado profuso o prolongado (incluso 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
<b>Endometriosis</b>	1	1	1	1	1	1	—	2	1									E

<sup>ii</sup> Hipertensión pulmonar; fibrilación auricular; antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda  
<sup>h</sup> Evaluar según el tipo y gravedad de la hiperlipidemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular. (Continúa)  
<sup>i</sup> Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.  
<sup>l</sup> Categoría para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular.  
<sup>k</sup> Si está tomando anticonvulsivantes, referirse a la sección sobre interacciones medicamentosas, p. 331.  
<sup>l</sup> Ciertos medicamentos pueden interactuar con el método, y reducir su eficacia.

**D**  
 Serios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
<b>Tumores benignos de ovario</b> (Incluidos los quistes)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
<b>Dismenorrea grave</b>	1	1	1	1	1	1	—	2	1	A		
<b>Enfermedad trofoblástica</b>												
Regresión de β-hCG	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A		
Elevación de β-hCG <sup>e</sup>	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D		
<b>Ectropion cervical</b>	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A		
<b>Neoplasia intraepitelial cervical (CIN)</b>	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A		
<b>Cáncer cervical</b> (tratamiento en espera)	2	2	2	1	2	2	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
<b>Enfermedad mamaria</b>												
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		
<b>Cáncer de mama</b>												
En curso <sup>g</sup>	4	4	4	4	4	4	—	1	4	P		
Pasado, sin evidencia de enfermedad durante un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A		
<b>Cáncer endometrial<sup>h</sup></b>	1	1	1	1	1	1	—	I 4	C 2	I 4	C 2	D
<b>Cáncer de ovario<sup>h</sup></b>	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	D
<b>Fibroma uterino</b>												
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P		
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	P		
<b>Anomalías anatómicas</b>												
Cavidad uterina alterada	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—		
Otras anomalías sin distorsión de la cavidad uterina ni interferencia con la colocación del DIU (como estenosis cervical o laceraciones)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—		

<sup>h</sup> 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.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
<input type="checkbox"/> = Usa el método												
<input type="checkbox"/> = No usa el método												
<b>I</b> = Inicio del método												
<b>C</b> = Continuación del método												
<input type="checkbox"/> = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método												
NA = No aplica												
<b>Patología</b>												
<b>Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)</b>												
EPI pasada (se supone que no hay factores de riesgo para ITS)								<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>	
Con embarazo posteriormente	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Sin subsiguiente embarazo	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	P
EPI en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2 <sup>m</sup>	4	2 <sup>m</sup>	D
<b>Infecciones de transmisión sexual (ITS)<sup>§</sup></b>												
Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D
Otras ITS (salvo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Vaginitis (incluidas tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Riesgo incrementado de ITS	1	1	1	1	1	1	—	2/ 3 <sup>n</sup>	2	2/ 3 <sup>n</sup>	2	A
<b>VIH/SIDA <sup>§</sup></b>												
Riesgo alto de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Infectada por VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
SIDA	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	E <sup>o</sup>
Tratada con NRTI	1	1	1	1	1	1	—	2/ 3 <sup>p</sup>	2	2/ 3 <sup>p</sup>	2	—
Tratada con NNRTI	2	2	2	2	AMPD   NET- EN 2	2	—	2/ 3 <sup>p</sup>	2	2/ 3 <sup>p</sup>	2	—
Tratada con inhibidores de proteasa con ritonavir	3	3	3	3	AMPD   NET- EN 2	2	—	2/ 3 <sup>p</sup>	2	2/ 3 <sup>p</sup>	2	—

(Continúa)

<sup>m</sup>Trate la EPI usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de extraer el DIU si la paciente desea seguir usándolo  
<sup>n</sup> La patología es categoría 3 si la mujer tiene una muy alta probabilidad individual de exposición a gonorrea o clamidia.  
<sup>o</sup> La presencia de una enfermedad conexas con el SIDA puede requerir una postergación del procedimiento.  
<sup>p</sup> El SIDA es categoría 2 para la colocación para los que están bien en su terapia antirretroviral; de no ser así es categoría 3 para la colocación.  
<sup>q</sup> Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda remitir a un servicio de nivel superior.

**D**  
Series médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestageno solo	Inyectables de progestageno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*	
<input type="checkbox"/>	= Usa el método										
<input type="checkbox"/>	= No usa el método										
<b>I</b>	= Inicio del método										
<b>C</b>	= Continuación del método										
<input type="checkbox"/>	= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método										
NA	= No aplica										
<b>Patología</b>											
<b>OTRAS INFECCIONES</b>											
<b>Esquistosomiasis</b>											
Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A	
Fibrosis hepática (si es grave, ver cirrosis en página siguiente) <sup>§</sup>	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P	
<b>Tuberculosis<sup>§</sup></b>											
No pélvica	1	1	1	1	1	1	—	<b>I</b>	<b>C</b>	<b>I</b>	<b>C</b>
Pélvica conocida	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4	3
<b>Malaria</b>	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A	
<b>PATOLOGÍAS ENDOCRINAS</b>											
<b>Diabetes</b>											
Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A <sup>q</sup>	
<b>Diabetes no vascular</b>											
No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	—	1	2	p <sup>q</sup>	
Insulino dependiente <sup>§</sup>	2	2	2	2	2	2	—	1	2	p <sup>q</sup>	
Con daño en riñones, ojos, o sistema nervioso <sup>§</sup>	3/4 <sup>r</sup>	3/4 <sup>r</sup>	3/4 <sup>r</sup>	2	3	2	—	1	2	E	
Otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración n <sup>§</sup>	3/4 <sup>r</sup>	3/4 <sup>r</sup>	3/4 <sup>r</sup>	2	3	2	—	1	2	E	
<b>Trastornos de tiroides</b>											
Bocio simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A	
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	E	
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P	
<b>PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALES</b>											
<b>Patología de vesícula</b>											
<b>Sintomática</b>											
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A	
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A	

<sup>r</sup> Evaluar según la gravedad de la patología.

<sup>§</sup> 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.

<sup>q</sup> Debe evaluarse la función hepática.

Patología	Anticonceptivos orales combinados		Inyectables mensuales		Parche combinado y anillo vaginal combinado		Píldoras de progestágeno solo		Inyectables de progestágeno solo		Implantes		Anticonceptivos orales de emergencia*		Dispositivo intrauterino de cobre		Dispositivo intrauterino de levonorgestrel		Esterilización femenina*		
	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
<b>Patología</b>																					
En curso	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	D
Asintomática	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	A
<b>Antecedentes de colestasis</b>																					
Vinculada al embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	A
<b>Hepatitis viral</b>	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I
Aguda o activa	3/4 <sup>a</sup>	2	3	2	3/4 <sup>a</sup>	2	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	D
Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	A
Crónica	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	A
<b>Cirrosis</b>																					
Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	A
Grave (descompensada) <sup>§</sup>	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—	1	3	3	3	3	3	3	E <sup>†</sup>
<b>Tumores hepáticos</b>																					
Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	—	1	2	2	2	2	2	2	A
Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—	1	3	3	3	3	3	3	P <sup>‡</sup>
Maligno (hepatoma) <sup>§</sup>	4	3/4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	—	1	3	3	3	3	3	3	P <sup>‡</sup>
<b>ANEMIAS</b>																					
<b>Talasemia</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	1	1	1	P
<b>Anemia falciforme <sup>§</sup></b>	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	1	1	1	P
<b>Anemia por deficiencia de hierro</b>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	2	1	1	1	1	1	1	D/P <sup>¶</sup>
<b>INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS</b>																					
Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3 <sup>1</sup>	2	3 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>	AMPD I NET- EN 2	2 <sup>1</sup>	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—
Lamotrigina	3 <sup>5</sup>	3 <sup>5</sup>	3 <sup>5</sup>	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	—
<b>Terapia antimicrobiana</b>																					
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	—
Antibióticos y antiparasíticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	1	1	1	—
Rifampicina y rifabutina	3 <sup>1</sup>	2	3 <sup>1</sup>	3 <sup>1</sup>	AMPD I NET- EN 2	2	—	1	1	—	—	—	—	1	1	—	—	—	—	—	—

**D**

riterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
Terapia antirretroviral	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	2 <sup>1</sup>	—	I 2/ 3 <sup>P</sup>	C 2	I 2/ 3 <sup>P</sup>	C 2	—

§ Los métodos hormonales combinados podrían disminuir la eficacia de la lamotrigina.

\* 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 graves (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, u otras patologías tromboembólicas y angina de pecho).

### Patologías adicionales vinculadas con esterilización femenina:

*Cautela:* Hernia diafragmática; nefropatía; deficiencias nutricionales graves; 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 grave; ruptura prolongada de membranas (24 horas o más); fiebre durante o inmediatamente después del parto; sepsis posterior al parto; hemorragia grave; trauma grave en el tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del parto); ciertas afecciones postaborto (sepsis, fiebre, o hemorragia grave; 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 postaborto.

### 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 remisión); *lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos); lupus y está recibiendo tratamiento inmunosupresor.*

*Demora:* ITS activa (salvo 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; lupus y trombocitopenia grave.

**Patologías vinculadas con los condones masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y el método de 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.

Patología	<input type="checkbox"/> = Usa el método <input checked="" type="checkbox"/> = No usa el método <input type="checkbox"/> = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método NA = No aplica				
	Condones masculinos y femeninos	Espermicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia <sup>††</sup>
<b>ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS</b>					
<b>Paridad</b>					
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	—
Para (tuvo partos)	1	1	2	2	—
< 6 semanas postparto	1	1	NA <sup>v</sup>	NA <sup>v</sup>	—
<b>PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR</b>					
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) <sup>‡</sup>	1	1	2	2	—
<b>TRASTORNOS E INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO</b>					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Cáncer cervical	1	2	1	4	—
Anomalías anatómicas	1	1	NA <sup>w</sup>	NA <sup>x</sup>	—
<b>VIH / SIDA<sup>‡</sup></b>					
Riesgo alto de VIH	1	4	4	4	—
Infectada con VIH	1	3	3	3	p <sup>y</sup>
SIDA	1	3	3	3	p <sup>y</sup>
<b>OTRAS</b>					
Antecedentes de síndrome de shock tóxico	1	1	3	3	—
Infección de las vías urinarias	1	1	2	2	—
Alergia al látex <sup>z</sup>	3	1	3	3	—

(Continúa)

<sup>z</sup> No es aplicable a condones, diafragmas y capuchones cervicales de plástico.

<sup>v</sup> Espere para ajustar/usar hasta que la involución uterina esté completa.

<sup>w</sup> El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolapso uterino.

<sup>x</sup> El uso del capuchón no es apropiado para una paciente con una anatomía cervical muy distorsionada.

<sup>y</sup> Cautela: Las mujeres con VIH o SIDA deben recibir terapia ARV correspondiente y alimentar a su bebé con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando hasta concluidos los primeros 12 meses.

**D**

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

### Patologías adicionales vinculadas al método de amenorrea de lactancia:

**Medicamento usado durante la lactancia:** Para proteger la salud del bebé, no se recomienda la lactancia para mujeres que utilizan medicamentos tales como anti-metabolitos, 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:

<b>Patología</b>	<b>Métodos basados en los síntomas</b>	<b>Métodos basados en el calendario</b>
Edad: post menarca o perimenopausia	C	C
Amamantando <6 semanas posparto	D	D <sup>aa</sup>
Amamantando 6 semanas posparto	C <sup>bb</sup>	D <sup>bb</sup>
Posparto, no amamantando	D <sup>cc</sup>	D <sup>aa</sup>
Postaborto	C	D <sup>dd</sup>
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 <sup>ee</sup>	D/C <sup>ee</sup>
<b>Enfermedades que elevan la temperatura corporal</b>		
Aguda	D	A
Crónica	C	A

<sup>aa</sup> Postergue hasta que la mujer tenga 3 ciclos menstruales regulares.

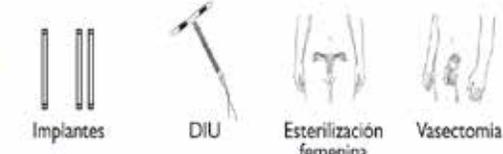
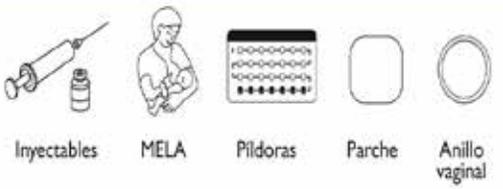
<sup>bb</sup> Cautela tras el retorno de sangrado menstrual o secreciones normales (en general por lo menos 6 semanas después del parto).

<sup>cc</sup> Postergue hasta que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (en general < 4 semanas posparto).

<sup>dd</sup> Postergue hasta que la mujer tenga un ciclo menstrual regular.

<sup>ee</sup> Postergue hasta que se determine el efecto del medicamento, luego use cautela.

**Anexo # 4. Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar<sup>26</sup>**

<p><b>Más eficaz</b> Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año</p>   <p>Implantes      DIU      Esterilización femenina      Vasectomía</p>	<p><b>Cómo hacer su método más eficaz</b></p> <p>Implantes, DIU, esterilización femenina: Después del procedimiento, poco o nada que hacer o recordar.</p> <p>Vasectomía: use otro método durante los primeros 3 meses.</p>
 <p>Inyectables      MELA      Píldoras      Parche      Anillo vaginal</p>	<p><b>Inyectables:</b> repita las inyecciones en fecha.</p> <p><b>Método de amenorrea de lactancia</b> (durante 6 meses): amamante con frecuencia, día y noche.</p> <p><b>Píldoras:</b> tome una píldora por día.</p> <p><b>Parche, anillo:</b> mantenga en su lugar, cambie a tiempo.</p>
 <p>Condones masculinos      Diafragma      Condones femeninos      Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad</p>	<p><b>Condones, diafragmas:</b> use correctamente cada vez que tenga sexo.</p> <p><b>Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:</b> absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles.</p>
<p><b>Menos eficaz</b> Cerca de 30 embarazos por cada 100 mujeres en un año</p>  <p>Retiro      Espermicidas</p>	<p><b>Retiro o coito interruptus, espermicidas:</b> use correctamente cada vez que tenga sexo.</p>

**Referencia Bibliográfica**

<sup>26</sup> Eficacia de los métodos de planificación familiar. Organización Mundial de la Salud, OMS, Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins y Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. Planificación Familiar. Un Manual Mundial para Proveedores. Actualización modificada en 2011.

### Anexo # 5. Índice de Masa Corporal y su Clasificación

El Índice de Masa Corporal (IMC), determina, a partir de la estatura y el peso, el peso más saludable que puede tener una persona.

**Formula:** Peso en Kg/ Talla en m<sup>2</sup>

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC (kg/m <sup>2</sup> )	
Clasificación	Valores
<b>Bajo peso</b>	<b>&lt;18,50</b>
Delgadez severa	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99
Delgadez leve	17,00 - 18,49
<b>Normal</b>	<b>18,5 - 24,99</b>
<b>Sobrepeso</b>	<b>≥25,00</b>
Pre obeso	25,00 - 29,99
<b>Obesidad</b>	<b>≥30,00</b>
Obesidad leve	30,00 - 34,99
Obesidad media	35,00 - 39,99
Obesidad mórbida	≥40,00

## **Anexo # 6. Inserción del Implante Hormonal Subdérmico de 1 cilindro, de Etonogestrel<sup>1</sup>**

Un implante contiene 68 mg de Etonogestrel; la tasa de liberación de la hormona es de aproximadamente 60-70 µg/día en la semana 5-6 y disminuye aproximadamente a 35-45 µg/día al finalizar el primer año, aproximadamente a 30-40 µg/día al finalizar el segundo año y aproximadamente 25-30 µg/día al finalizar el tercer año de uso.

### **Cómo se inserta el implante:**

La inserción del implante deberá ser realizada en condiciones asépticas y sólo por un médico capacitado en el procedimiento.

Se realizará con un aplicador diseñado especialmente. El uso de este aplicador difiere sustancialmente del de una jeringa clásica. Aquí se proporciona un dibujo de un aplicador desarmado y sus componentes individuales (la cánula, el obturador y la aguja con doble biselado) para explicar sus funciones específicas)

El procedimiento utilizado para la inserción del implante es el opuesto al de aplicar una inyección.

Cuando se inserta el implante, el obturador debe permanecer fijo mientras la cánula (aguja) se retira del brazo. En las inyecciones normales, se empuja el émbolo y el cuerpo de la jeringa permanece fijo

Hacer que la usuaria se recueste boca arriba con el brazo no dominante (el que no usa para escribir) girado hacia fuera y flexionado a la altura del codo)

Para minimizar el riesgo de daño neural o vascular, el implante deberá ser insertado en la cara interior de la parte superior del brazo no dominante alrededor de 8-10 cm por encima del epicóndilo medio del húmero.

El implante deberá ser insertado en forma subdérmica, es decir debajo de la piel (subcutánea)

Cuando el implante se coloca muy profundamente (intramuscular o en la fascia) puede ocurrir daño neural o vascular. Las inserciones demasiado profundas están asociadas con parestesia (causada por daño neural) y migración (debido a la inserción intramuscular o en la fascia) y en casos raros con inserción intravascular. Asimismo, cuando el implante se coloca muy profundamente puede no ser palpable y su posterior localización y/o extracción puede ser dificultosa.

Marcar el sitio de inserción.

Desinfectar el área de inserción.

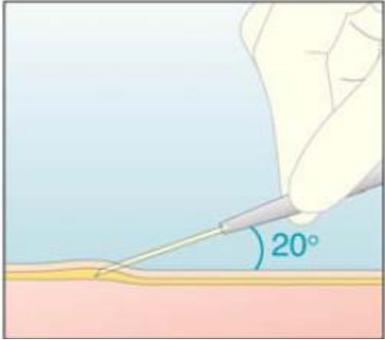
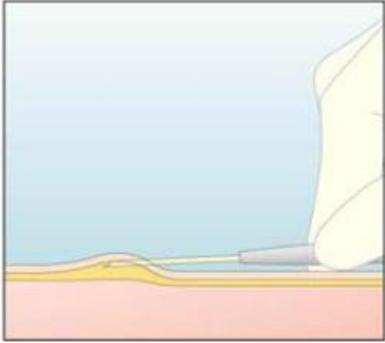
Anestesiarse con 2 ml de lidocaína (1%), aplicada justo debajo de la piel a lo largo del "canal de inserción".

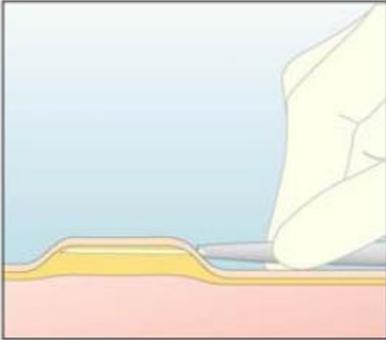
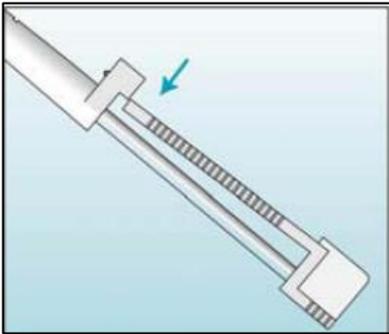
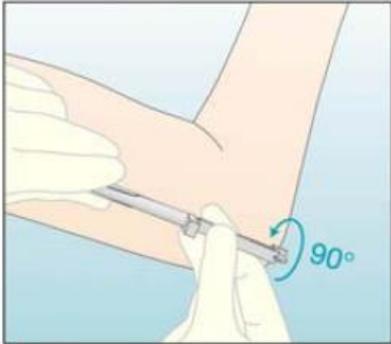
Extraer del blister el aplicador estéril descartable que contiene el implante.

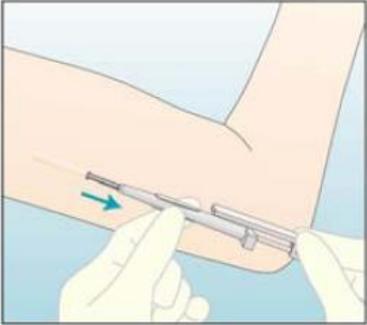
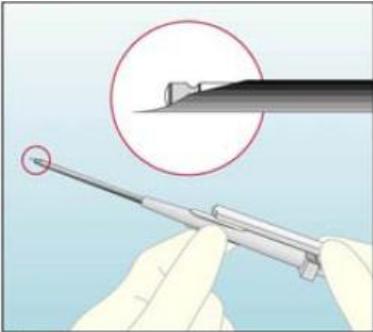
Con el capuchón colocado en la aguja, verificar visualmente la presencia del implante, visto como un cuerpo blanco dentro del extremo de la aguja. Si no se observa el implante, dar unos golpecitos en la parte superior del capuchón de la aguja contra una superficie firme para llevar el implante al extremo de la aguja. Luego de la confirmación visual, el implante deberá ser retraído en la aguja dando golpecitos en el extremo de la aguja. Ahora se puede retirar el capuchón de la aguja.

Observe que el implante puede salirse de la aguja antes de inserción. Por lo tanto, mantener siempre el aplicador en posición vertical (es decir, con la aguja hacia arriba) hasta el momento de la inserción. Esto es para evitar que el implante se salga. Mantener estériles la aguja y el implante.

En el caso de contaminación, se debe utilizar un envase nuevo con un aplicador estéril nuevo.

Descripción	Demostración
Estirar la piel alrededor del área de inserción con los dedos pulgar e índice.	
Insertar primero solo el extremo de la aguja ligeramente en ángulo (~ 20°)	
Liberar la piel y poner el aplicador en posición horizontal.	

Descripción	Demostración
<p>Mientras se levanta la piel, insertar suavemente la aguja en su totalidad. No aplicar fuerza. La aguja deberá ser insertada paralela a la piel para asegurar que el implante se inserte superficialmente debajo de la piel</p> <p>Mantener el aplicador paralelo a la superficie de la piel.</p> <p>Cuando el implante se coloca muy profundamente puede ocurrir parestesia y migración del implante. Por otra parte, su posterior extracción puede ser dificultosa.</p>	
<p>Romper el sello del aplicador</p>	
<p>Girar el obturador 90°</p>	

Descripción	Demostración
<p>Fijar el obturador con una mano en forma paralela al brazo y con la otra mano retraer lentamente la cánula (aguja) fuera del brazo.</p> <p><b>No presionar contra el obturador.</b></p>	
<p>Verificar la ausencia del implante en la aguja. Luego de retirar la cánula, debe visualizarse el extremo acanalado del obturador.</p>	

**Verificar siempre la presencia del implante mediante palpación y hacer que la mujer lo palpe también.**

En el caso de que no pueda palparse el implante o cuando la presencia del implante sea dudosa, se deben aplicar otros métodos para confirmar su presencia, como ultrasonido.

**Hasta tanto se confirme la presencia del implante, la usuaria deberá utilizar un método anticonceptivo de barrera.**

Aplicar una gasa estéril con un vendaje a presión para evitar contusión.

Completar la Tarjeta de la usuaria y entregársela para facilitar posteriormente la extracción del implante.

El aplicador debe ser utilizado solo una vez y deberá ser desechado adecuadamente, de acuerdo a las normas de bioseguridad.

**Cómo se extrae el implante:**

La extracción del implante sólo deberá ser realizada por un médico familiarizado con la técnica de extracción.

La ubicación precisa del sitio de inserción del implante se indica en la Tarjeta de la Usuaria.

Localizar el implante mediante palpación y marcar el extremo distal (Figura a).

Un implante no palpable siempre deberá ser localizado primero, mediante ultrasonido (US) antes de intentar la extracción. Se desaconseja firmemente la cirugía exploratoria sin conocer la localización exacta del implante. La extracción de implantes insertados profundamente deberá ser realizada con cuidado para prevenir el daño de estructura neurales o vasculares más profundas del brazo y por médicos familiarizados con la anatomía del brazo.

Limpiar y desinfectar el área.

Anestesiar el brazo con 0.5-1 ml de lidocaína (1%) en el lugar de la incisión, el cual se encuentra debajo del extremo distal del implante. **Nota:** aplicar la anestesia debajo del implante. La aplicación por encima del implante produce edematización de la piel, la cual puede causar dificultades para localizar el implante (Figura b).

Presionar el extremo proximal para fijar el implante; puede aparecer una protuberancia que indica el extremo distal del implante. Comenzando por el extremo distal del implante, hacer una incisión longitudinal de 2 mm hacia el codo (Figura c).

Empujar suavemente el implante hacia la incisión hasta visualizar el extremo. Tomar el implante con pinzas (preferiblemente pinzas “mosquito”) y extraerlo (Figura d).

Si el extremo del implante no es visible, podría haber formación de tejido fibrótico alrededor del implante. El tejido fibrótico puede abrirse continuando el corte hacia el extremo distal, hasta que éste sea claramente visible. Extraer el implante con pinzas (Figuras e y f).

Si el extremo del implante no es visible, insertar suavemente una pinza en la incisión y agarrar el implante (figura g y h). Con otra pinza disecar cuidadosamente el tejido alrededor del implante. Luego el implante puede ser extraído (Figura i).

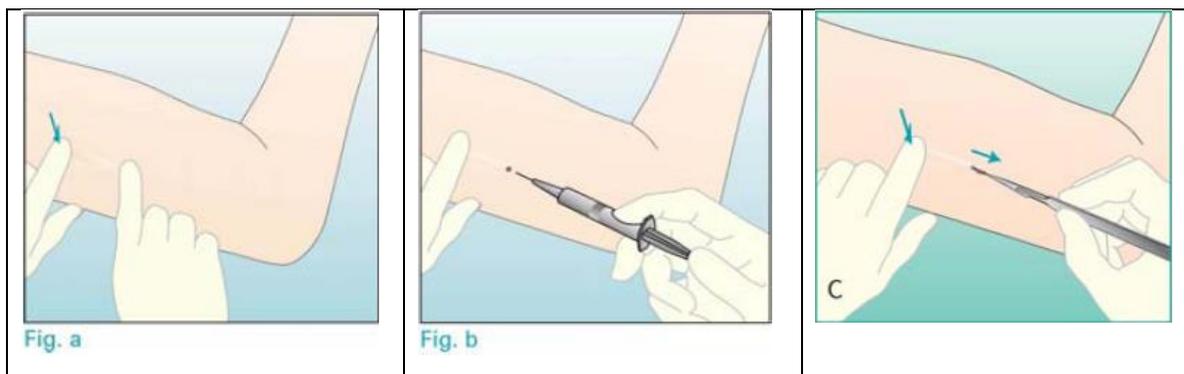
Cerrar la incisión con un cierre mariposa.

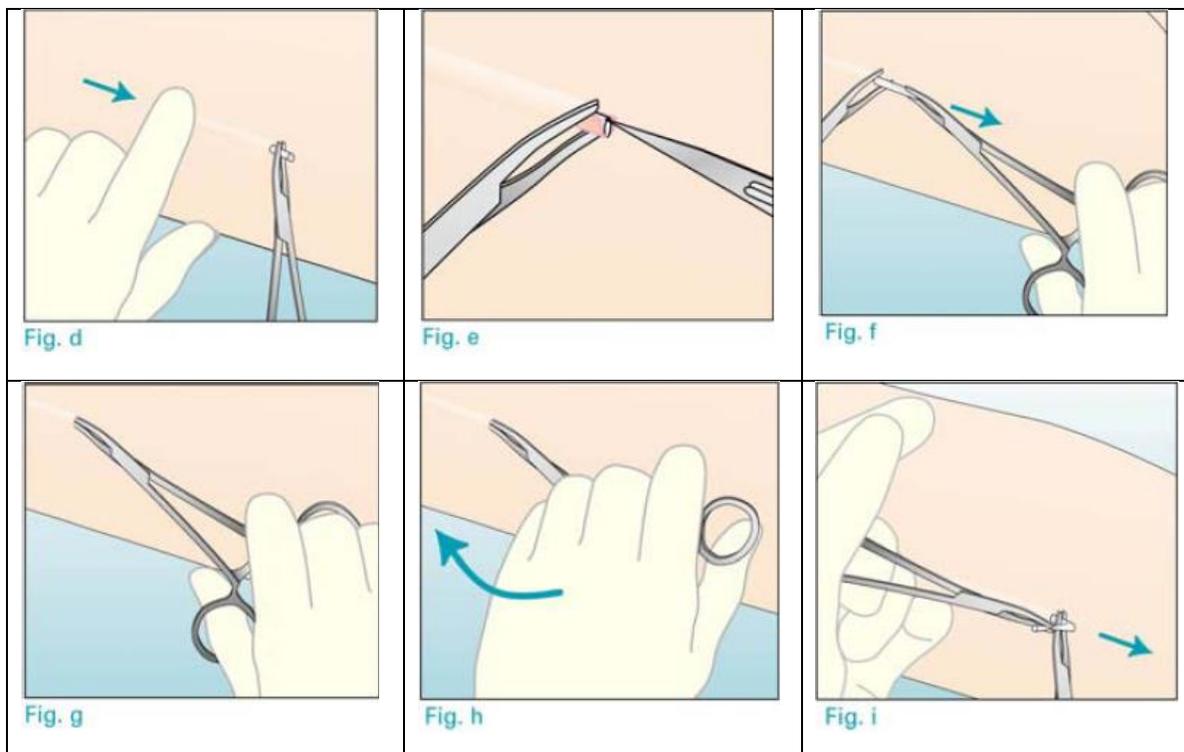
Aplicar gasa estéril con vendaje a presión.

En raras ocasiones se informaron casos de desplazamiento del implante, lo cual usualmente involucra un desplazamiento menor con relación a la posición original. Este desplazamiento puede complicar la localización del implante mediante palpación, US y la extracción puede requerir una incisión algo mayor y más tiempo.

Si la mujer deseara continuar utilizando implante, se puede insertar un nuevo implante inmediatamente después de la extracción del anterior.

Si la mujer no desea continuar utilizando implante y no desea quedar embarazada, se deberá recomendar el uso de otro método anticonceptivo.





### Cómo se reemplaza el implante:

El remplazo del implante solo deberá ser realizado en condiciones de asepsia y sólo por un médico familiarizado con el procedimiento de inserción y extracción.

El remplazo puede ser inmediato luego de la extracción del implante anterior.

El procedimiento de remplazo es similar al procedimiento de inserción. El implante nuevo puede ser insertado en el mismo brazo, y con frecuencia a través de la misma incisión de la cual se extrajo el implante anterior. Si se utiliza la misma incisión, también se deben tener en cuenta las siguientes instrucciones:

- La pequeña incisión del procedimiento de extracción puede ser utilizada como entrada para la aguja del nuevo aplicador.
- Anestésiar el sitio de inserción con 2 ml de lidocaína (al 1%) aplicada justo debajo de la piel, desde la incisión para la extracción y a lo largo del “canal de inserción”.
- Durante el remplazo es crucial insertar la aguja en su totalidad; de lo contrario, el implante será visible parcialmente en la incisión efectuada en la piel.
- Cerrar la incisión con un cierre mariposa.
- Aplicar gasa estéril con vendaje a presión. La mujer debe mantener el vendaje colocado durante por lo menos 24 horas para dejar cicatrizar la incisión de extracción.

### Referencia Bibliográfica

<sup>1</sup> Información proporcionada por Organon Standard para Implanon®, de Schering-Plough. Noviembre 2009.





Fondo de Población  
de las Naciones Unidas



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
OFICINA REGIONAL PARA LAS  
Américas



unicef   
únete por la niñez

