



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

**MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD**

Normativa – 002

**“NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN
FAMILIAR”**

Managua, Mayo – 2008

Créditos

Dirección Superior del Ministerio de Salud

Direcciones del Ministerio de Salud

- Dirección General de Servicios de Salud
- Dirección General de Regulación Sanitaria

Instituciones que participaron en la elaboración, revisión y actualización de la norma y protocolo:

- Hospital Bertha Calderón Roque
- Hospital Fernando Vélez Paiz
- QAP
- USAID
- UNAN – Managua
- POLISAL
- NICASALUD
- IPAS
- DELIVER
- UNFPA

Instituciones que participaron en la validación de la norma y protocolo:

- SILAIS Boaco
- SILAIS Carazo
- SILAIS Chinandega
- SILAIS Chontales
- SILAIS Estela
- SILAIS Granada
- SILAIS Jinotega
- SILAIS León
- SILAIS Madriz
- SILAIS Masaya
- SILAIS Nueva Segovia
- Maria Stopes Nicaragua
- Universidad Politécnica
- Organización Panamericana de la Salud
- Instituto Nicaragüense de Seguridad Social



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Acuerdo Ministerial No. 113 - 2008

ACUERDO MINISTERIAL
No. 113 - 2008

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ, Ministro de Salud, en uso de las Facultades que me confiere la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, Número 102 del Tres de Junio de Mil Novecientos Noventa y Ocho, Decreto No. 25-2006 "Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo del año dos mil seis, respectivamente, Ley No. 423 "Ley General de Salud", publicada en "La Gaceta", Diario Oficial, No. 91 del 17 de Mayo del año dos mil dos, Decreto No. 001-2003 "Reglamento de la Ley General de Salud", publicado en "La Gaceta", Diario Oficial, Nos. 07 y 08 del 10 y 13 de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO:

I

Que la Constitución Política de la República de Nicaragua, en su artículo 59, partes conducente establece: **"Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas, servicios y acciones de salud"**.

II

Que la Ley No. 290 "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo", en su Arto. 26, incisos b) y d) establece que al Ministerio de Salud le corresponde: "Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud. Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en defensa de la misma".

III

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", en su artículo 1, establece que el objeto de la misma, es tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, así mismo **en su arto. 2, expresa y claramente establece que el Ministerio Salud, es el órgano competente para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sea necesarios para su aplicación.**

IV

Que la Ley No. 423, "Ley General de Salud", en su arto. 4 establece: que al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, le corresponde coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en disposiciones legales especiales.

V

Que el Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional tiene entre sus política, la gratuidad de los servicios de salud, el acceso a los medicamentos esenciales, la prevención del riesgo para la salud de las mujeres nicaragüenses, los hombres y los hijos; teniendo la planificación familiar un carácter prioritario dentro del marco de la salud sexual y reproductiva.



Ministerio de Salud

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia
Primero de Mayo - Apdo Postal 107 - Tel. (505)2894700 - Pag. Web: www.minsa.gob.ni



1



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

Acuerdo Ministerial No. 113 - 2008

VI

Que la planificación familiar está determinada por el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento entre embarazos, con pleno respeto a su dignidad, debiéndose fomentar actitudes y conductas responsables en la población, sin importar su sexo, edad, raza, credo, condición social o política, para garantizar su salud sexual y reproductiva.

VII

Que el Ministerio de Salud, como Órgano Rector del Sector Salud, por mandato del Arto.4 de la Ley No.423 "Ley General de Salud" y en cumplimiento a la facultad dada al mismo en el Arto.2 de dicha Ley, antes mencionado, es necesario dictar y aprobar el documento denominado: "**Norma y Protocolo de Planificación Familiar**".

Por tanto, esta Autoridad

ACUERDA:

- PRIMERO:** Se aprueba el documento denominado: "**Norma y Protocolo de Planificación Familiar**", que forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.
- SEGUNDO:** Se designa a la Dirección General de Servicios de Salud para que de a conocer el presente Acuerdo Ministerial a los directores de establecimientos proveedores de servicios de salud públicos y privados, a sus representantes legales o propietarios, al personal profesional y técnico de la salud, a las instituciones formadoras de la educación superior, a los representantes de grupos nacionales de especialidades correspondientes, al Instituto Nicaragüense de Seguridad Social (INSS) y todo aquel a quien corresponda que esté involucrado directa e indirectamente en este tipo de atención en salud.
- TERCERO:** Los organismos no gubernamentales (ONG) que trabajan en esta área deberán apegarse a lo aquí establecido, so pena de la aplicación de las medidas y sanciones pertinentes.
- CUARTO:** El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la Ciudad de Managua, a los veintitrés días del mes de Mayo del año dos mil ocho.

GUILLERMO JOSE GONZALEZ GONZALEZ
MINISTRO DE SALUD



Ministerio de Salud

Complejo Nacional de Salud "Dra. Concepción Palacios", costado oeste Colonia
Primero de Mayo - Apdo Postal 107 - Tel. (505)2894700 - Pag. Web: www.minsa.gob.ni

NORMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONTENIDO

PRESENTACIÓN	8
1.- SOPORTE JURÍDICO	9
2.- JUSTIFICACIÓN	12
3.- DEFINICIÓN Y ASPECTOS CONCEPTUALES	13
4.- UNIVERSO	17
5.- CAMPO DE APLICACIÓN	17
6.- GENERALIDADES DE LA NORMA	18
NORMA DE ATENCIÓN PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	18
Dimensión de Calidad: Competencia Técnica	18
Dimensión de Calidad: Competencia	18
Dimensión de Calidad: Eficacia	19
Dimensión de Calidad: Oportunidad y Acceso	19
Dimensión de Calidad: Continuidad	20
Dimensión de Calidad: Seguridad	20
Dimensión de Calidad: Comodidad	21
Dimensión de Calidad: Satisfacción de la Usuaría	21
7.- BIBLIOGRAFÍA	22
8.- ANEXOS	23
PROTOCOLO PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR	27

Presentación

El Ministerio de Salud dando cumplimiento a los lineamientos del Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional y para materializar las Políticas de Salud impulsa un proceso de profundas transformaciones institucionales que le permitan cumplir con los compromisos señalados en los preceptos constitucionales. En ese marco y dando cumplimiento a acuerdos nacionales e internacionales que contribuyen a mejorar la salud de la mujer, la familia y la niñez, emprende acciones concretas para ejecutar los lineamientos de garantizar la salud a toda la población nicaragüense.

El Ministerio viene trabajando desde el Programa de Mejoramiento de la Salud Materno Infantil, en el desarrollo de la maternidad segura como una estrategia para mejorar la salud materna y perinatal del país. Sus objetivos son: reducir el número de embarazos no deseados y de alto riesgo; reducir el número de complicaciones obstétricas; reducir la tasa de mortalidad de mujeres que presentan complicaciones obstétricas; reducir la tasa de mortalidad perinatal y neonatal

Para alcanzar la maternidad segura se desarrollan intervenciones de: planificación familiar (espaciamiento entre embarazos), atención prenatal, parto limpio y seguro, puerperio y los cuidados obstétricos esenciales.

La presente NORMA Y PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR está dirigida a todas y todos los trabajadores de la salud, en los diferentes niveles de atención, con el propósito de poner en práctica una serie de acciones que permitan mejorar la calidad de atención y garantizar la seguridad de las usuarias que demandan los servicios.

Así mismo deberá contribuir a la actualización de los conocimientos científicos y a la homogenización del manejo de la atención de planificación familiar, con el fin de identificar factores de riesgo en los cuales podemos incidir, para reducir las muertes en nuestro país.

1.- Soporte Jurídico.

La Ley General de Salud tal y como lo establece en su 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”.

El Reglamento de la Ley General de Salud establece en su título VII, capítulo II, sección I, Arto 50, “Para el cumplimiento del Paquete Básico de Servicios de Salud, el I Nivel de atención, se regirá conforme los programas, manuales y protocolos de atención, definidos por el Ministerio de Salud”.

En su título VII, capítulo II, .Arto 75, “Los proveedores de servicios de salud con independencia de su naturaleza jurídica, cumplirán estrictamente los manuales y otras disposiciones sobre calidad, ética e información Epidemiológica y de Gestión establecida para ellos”, en su Arto 80, numeral 4 y 5 establece, “Los establecimientos proveedores de servicios de salud de carácter privados, tiene las obligaciones siguientes:

- Cumplirán con los manuales correspondientes.
- Cumplirán con los estándares de calidad.

En su capítulo VII, Sección 2, Funciones de los Hospitales, Arto 96, numerales 2, 4, 6 y 8:

- Brindar servicios de salud a la población, de acuerdo con su capacidad resolutive.
- Ejecutar protocolos de diagnóstico, tratamiento y seguimiento de usuarios.
- Garantizar la seguridad de las y los usuarias/os velando porque las prácticas y tecnologías sean seguras y confiables.

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”.

En su Arto 109, “Ningún nuevo procedimiento diagnóstico o terapéutico puede ser introducido en el hospital si no es autorizado por las instancias correspondientes del Ministerio de Salud y revisado técnicamente por el comité de evaluación de calidad del Hospital.

En su Título IX, “**Sistema de Garantía de Calidad**”, Capítulo I, **Aspectos Generales**, Arto 122, numeral 1 y 2, Para el cumplimiento de las funciones el Sistema de Garantía de Calidad, el MINSA deberá:

- Normar los aspectos técnico- administrativos para garantizar la calidad en la provisión de los servicios de salud, en los establecimientos públicos y privados que conforman el sector salud.
- Promover una cultura de calidad en los usuarios y proveedores de los servicios de salud.

En su capítulo V, "Del ejercicio profesional", Arto 165, "El MINSA, en cumplimiento a lo dispuesto en la Ley y a través de la Dirección de Regulación de Profesionales de la salud, administrará el Registro Nacional de profesionales y técnicos de la salud, con el objeto de promover el mejoramiento continuo de la calidad de la atención en salud, fortaleciendo el proceso de actualización y especialización profesional."

En su Arto 169, establece, "El profesional de salud, deberá agregar su firma al código referido en el artículo que precede para cualquier trámite de autenticación de documentos, como certificado de salud, recetas, subsidios, hoja de defunción, nacimiento, epicrisis, historia clínica, exámenes de laboratorio, entre otros."

En su Arto, No 170. Con el objeto de velar que se cumpla la función social del ejercicio profesional, el MINSA, deberá:

- Regular el cumplimiento de la prescripción de medicamentos, en donde los únicos autorizados son los profesionales de la salud con título de doctor en medicina y cirugía/ especialidades / cirujano /dentista / especialidades.

COMPROMISOS DE PAIS 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".¹

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

- 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

¹ Manual de planificación familiar. Ministerio de Salud, Nicaragua 1994

reproducción y el significado de los mismos en la promoción del desarrollo humano.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

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).

2.- Justificación

Nicaragua es un País en transición que sufre importantes cambios; en lo que respecta a 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.

Como parte de este proceso ha elaborado Normas de Atención y para el caso particular las Normas de Atención en Planificación Familiar. Actualmente se identifica la necesidad de adecuar las normas de atención que regulen las Actividades de Salud en todos los ámbitos del País, tanto en el propio Sistema de Salud, como a nivel de las Empresas Medicas Previsionales y en el sector Privado, ya que el Ministerio de Salud es el Rector y Normador de la Salud, con Leyes establecidas en la Constitución de la Republica y la Ley General de Salud.

Esta adecuación se establece en el contexto de que todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a información y a tomar decisiones libres e informadas, a la protección de la salud a alcanzar el mejor estado de salud posible y a obtener la atención con los avances y mejores condiciones que el desarrollo científico técnico y socio económico permite.

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 y su aplicación está determinado 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 respecto a su dignidad.

Se respetarán las decisiones individuales con respecto a sus ideales reproductivos, se estimulará la participación activa del hombre enmarcado en su co-responsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva.

En la presente Norma se informa acerca de las disposiciones generales y 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.

Es por eso que ponemos a disposición de las personas encargadas de la atención de las mujeres en edad fértil y hombres las presentes Normas.

3.- Definición y Aspectos conceptuales.

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 g.
2. **Amenorrea:** Ausencia de la menstruación por más de 90 días.
3. **Amenorrea por lactancia:** Es una condición natural de la mujer en el puerperio, durante el cual el riesgo de embarazo es menor.
4. **ALTO RIESGO REPRODUCTIVO:** Cuando en caso de presentarse un embarazo el producto o la madre o ambos van a sufrir lesión, daño o muerte o cuando posterior a ese embarazo quedarán secuelas que van incidir negativamente en su salud sexual y reproductiva futura.
5. **Calidad de atención:** Secuencia de actividades normadas que relacionan al proveedor de los servicios con el usuario(a) y con resultados satisfactorios.
6. **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 problema de salud de la población que demanda los servicios de salud.
7. **Ciclo menstrual:** El ciclo empieza el primer día del sangrado y termina el día antes de la siguiente menstruación. Durante cada ciclo, se viven una serie de cambios en el cuerpo y en la forma de sentirse, aunque no todas las mujeres los experimentan igual, e inclusive algunas nunca los sienten. Algunos de estos cambios pueden ser: sensibilidad en los senos, calambres, felicidad y energía o tristeza y enojo, aumento de peso, entre otros. También se presentan las secreciones cervicales o moco cervical, que son flujos normales y saludables. Estos cambian su textura, sensación, color y cantidad durante los días del ciclo.
8. **Cirugía ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que no amerita hospitalización.
9. **Cloasma:** Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.
10. **Cobertura:** Es el indicador que nos refleja la cantidad relativa (%) del grupo de población a la que va orientada una actividad.
11. **Coito:** Unión sexual de dos personas de sexo opuesto, en la que el pene es introducido en la vagina para la copulación.
12. **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 internamiento.
13. **Contraindicación absoluta:** Es la situación de riesgo para la salud por la cual el método anticonceptivo no se debe indicar o aplicar.

- 14. Contraindicación relativa:** Es la situación de riesgo para la salud por la cual se debe valorar; bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.
- 15. Dismenorrea:** (del griego: *dis-menós*: mes y *rhein*: fluir) es una irregularidad de la función menstrual. Se caracteriza por períodos dolorosos que aparecen con la regla. La dismenorrea primaria tiende a permanecer durante toda la vida de la mujer, si bien, suele disminuir con la edad y tras el embarazo
- 16. 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.
- 17. Edad Gestacional:** Es el número de días o semanas completas a partir del primer día del último período menstrual normal.
- 18. Efectividad anticonceptiva:** Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.
- 19. Eficacia:** Es la capacidad que tiene la institución para dar cumplimiento a los objetivos que le permiten cumplir con las metas y estrategias establecidas.
- 20. 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.
- 21. 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.²
- 22. Enfermedad Inflamatoria pélvica:** Inflamación de la estructura pélvica, útero, ovarios y trompas uterinas.
- 23. Entorno saludable:** Ambiente libre de riesgos capaces de provocar daño a la salud de las personas.
- 24. Factor de Riesgo:** Es toda característica asociada a una probabilidad mayor de padecer un daño.
- 25. Hipermenorrea/menorragia:** Períodos menstruales anormalmente intensos y prolongados.
- 26. Hipertensión arterial:** Cifras de la tensión arterial anormalmente elevadas (mayores de 140/90 mm.Hg)
- 27. Infección transmisible sexualmente:** Infecciones adquiridas mediante el coito, intercambios de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

² Jaime Botero U. Alfonso Jubiz H. Guillermo Henao. Primera impresión. Cuarta edición. 1990

- 28. 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.
- 29. Mastalgia:** Dolor de las mamas.
- 30. 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 períodos fértiles de la mujer.
- 31. Métodos anticonceptivos de barrera:** Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren en la fecundación de manera mecánica o química.
- 32. Métodos anticonceptivos hormonales:** Sustancias o combinación de sustancias esteroides que administradas de forma oral, intramuscular, subcutánea e intrauterina evitan el embarazo.
- 33. 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.³
- 34. Oligomenorrea:** Menstruación escasa o poco frecuente.
- 35. 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.
- 36. 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 el mayor estándar de salud sexual y reproductiva.⁴
- 37. Periodo intergenésico:** Período 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.
- 38. 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.
- 39. Seguridad en la atención del parto de bajo riesgo:** Es la garantía de calidad que ofrece la institución en la realización de técnicas y

³ Derek Llwelllyn Jones. Ginecología y Obstetricia. Impresiones Harcourt. España. 2000

⁴ Norma de atención para la Planificación familiar. Republica de Nicaragua. Ministerio de Salud. Primer Nivel de Atención. Noviembre 2005

procedimientos durante la provisión de la atención sean estos médicos quirúrgicos o administrativos.

- 40. 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.

4.- Universo

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

5.- Campo de aplicación.

El cumplimiento de esta norma es de carácter obligatorio y será aplicada en todas las unidades públicas y privadas 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.

6.- Generalidades de la norma

Norma de Atención para la Planificación Familiar

Dimensión de calidad: Competencia técnica

Norma: Toda orientación o consejería otorgada en los servicios de salud y en los de planificación familiar será realizada por personal capacitado y certificado por el órgano rector.

Indicador: % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

Umbral: 100%.

Norma: La entrega y aplicación de métodos anticonceptivos en las unidades de salud, será realizada por personal capacitado y certificado por el órgano rector.

Indicador: % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

Umbral: 100%.

Norma: La evaluación del desempeño del personal que brinda consejería, entrega y aplicación de métodos de planificación familiar no podrá ser menor del 90%.

Indicador: % de personal con evaluación del desempeño mayor o igual al 90%.

Umbral: 90- 100%.

Norma: El personal de salud que realiza el manejo de ropa, desechos, mantenimiento y limpieza de instalaciones, equipos e instrumental, utilizados en el aplicación de métodos de planificación familiar, deberá encontrarse capacitado y certificado por el órgano rector.

Indicador: % de personal que cumple con los requisitos del cargo.

Umbral: 90-100%.

Dimensión de calidad: Competencia

Norma: La oferta de métodos de planificación familiar que brinda el personal de las instituciones de salud, debe comprender las actividades siguientes:

- Información, educación y comunicación•
- Orientación, consejería•
- Practicar:
 - Historia clínica completa•
 - Interrogatorio•
 - Examen físico•
- Determinación del riesgo reproductivo•
- Asesoría e información sobre las indicaciones, riesgos potenciales, contraindicaciones, efectos adversos, complicaciones derivadas del usos de los métodos anticonceptivos, sus beneficios o la necesidad de cambio de método o retiro temporal o permanente del mismo.
- Selección informada, prescripción y aplicación del método de planificación familiar adecuado.

- Orientación a la usuaria para el auto examen de mamas.
- Toma muestra de exudados, cultivos y antibiogramas de secreciones y exudados vaginales y uretrales en casos indicados.
- Toma muestra para Citología exo y endocervical (Papanicolaou).
- Coloca y retira DIU conforme técnica (cuando han sido entrenados).
- Registrar en el expediente y en el tarjetero activo la visita y los procedimientos efectuados.
- Controla a la usuaria a través de citas subsecuentes.

Indicador: % de personal que escribe en el expediente las diferentes actividades que debe realizar en la atención a la usuaria /o.

Umbral: 100%.

Dimensión de calidad: Eficacia

Norma: Los servicios de salud garantizarán que el personal, a través del desarrollo de actividades de promoción y prevención, logre alcanzar que el periodo Intergenésico en el 50 % de los embarazos de su población adscrita, no sea menor de 2 años.

Indicador: % de mujeres de la población de adscripción cuyo periodo intergenésico es igual o mayor a 2 años.

Umbral: 50-60%.

Norma: El personal de salud, garantizará que el 80 % de los embarazos de su población de adscripción, se encuentren en edades comprendidas entre los 20 y 36 años.

Indicador: % de embarazos de su población de adscripción a los servicios de salud, en edades comprendidas entre los 20 y 36 años.

Umbral: 80-90%.

Dimensión de calidad: Oportunidad y Acceso

Norma: La promoción y difusión de los servicios de salud reproductiva y planificación familiar se debe realizar a través de comunicación de medios de difusión masiva, por acciones a través del Ministerio de Salud, como Organismo Rector de estas acciones, con el apoyo de las Empresas Médicas Previsionales, de las organizaciones de la Sociedad Civil, Centros Alternativos, Organizaciones Comunitarias mediante técnicas grupales o visitas domiciliarias, entrevistas personales, etc. Se informará a la población de la existencia de los servicios en las unidades de salud, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

Indicador: % de usuarios que recibieron información.

Umbral: 80-100%.

Norma: La información, educación y comunicación debe dirigirse tanto a hombres como a mujeres, con enfoque de género, tanto a grupos como a individuos y centrarse sobre la planificación familiar.

Indicador: % de información con enfoque de género brindada a los y las usuarios/as.

Umbral: 90-100%.

Dimensión de calidad: Continuidad

Norma: A toda usuaria(o) de los servicios de planificación familiar se le garantizará la entrega y aplicación de los métodos de planificación familiar por el tiempo que estos los requieran.

Indicador: % de usuarios que recibieron el método de planificación familiar cuando lo requirieron.

Umbral: 100%.

Norma: El personal de salud, garantizará que toda usuaria, después de la resolución de cualquier evento obstétrico, se le oferte y se le haga efectiva la aplicación de un método de planificación familiar al egresar de la unidad de salud y/o será referida para su aplicación a su unidad de adscripción.

Indicador: % de usuarias a quienes se les realizó aplicación de un método de planificación familiar al egresar de la unidad de salud y/o fue referida para su aplicación en la unidad de salud de su territorio.

Umbral: 100%.

Dimensión de calidad: Seguridad

Norma: Las unidades de salud procurarán, que su personal, asegure la aplicación de un método de planificación familiar al 30% de la población de su territorio según protocolo establecido por el órgano rector.

Indicador: % de personal, que asegura la aplicación de un método de planificación familiar al 30% de la población de su territorio.

Umbral: 80-90%.

Norma: El personal de salud, garantizará que el porcentaje de complicaciones en la aplicación de un método de planificación familiar, sean estos temporales o permanentes no sea mayor del 5%.

Indicador: % complicaciones evidenciadas en la aplicación de métodos de planificación familiar, por el personal de salud.

Umbral: 1-5%.

Norma: El personal de salud, garantizará que la población de su territorio con vida sexual activa, al realizar cualquier tipo de contacto con los servicios de salud, en un 50% logre incrementar sus conocimientos sobre el uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Indicador: % El personal de salud, que logra incrementar en un 50% los conocimientos sobre el uso de los diferentes de métodos de planificación familiar en su población de adscripción.

Umbral: 40-50%.

Dimensión de calidad: Comodidad

Norma: Debe asegurarse la privacidad y la atención confidencial de las personas sin discriminación de ningún tipo.

Indicador: % de usuarias/os satisfechos con la privacidad y confidencialidad proporcionada por trabajadores de la salud; mediante encuestas.

Umbral: 100%.

Dimensión de calidad: satisfacción de la usuaria

Norma: El personal de salud, garantizará que toda usuaria que asiste al servicio de planificación familiar exprese sentirse satisfecha por la atención recibida.

Indicador: % de usuarias que expresan sentirse satisfechas por la atención recibida en las unidades de salud.

Umbral: 90 – 100%.

7.- Bibliografía.

1. Derek Llewellyn Jones- Ginecología y Obstetricia. Séptima Edición. Impresiones Harcourt. España. 2000
 2. Emiliano Soto Romo. RMS. Revista médica de Santiago. Sección anátomo-clínico. Sobre la muerte materna. Embolia de líquido Amniótico. Año 2000.
 3. Guía para el manejo del neonato. Nicaragua, Ministerio de salud. 2006.
 4. Ley General de Salud y su Reglamento. Ministerio de Salud, Programa de Modernización. Managua, Nicaragua 2003.
 5. Ministerio de Salud, Dirección General de atención integral a la mujer, niñez y adolescencia. Normas para la atención prenatal, parto de bajo riesgo. 2005
 6. Ministerio de Salud Programa de Modernización del Sector Salud, Hospital Alemán Nicaragüense, Protocolo de Prevención y Manejo de la Hemorragia Post-Parto – riesgo y puerperio, Managua, Nicaragua, Junio 1997.
 7. Ministerio de Salud Dirección General de atención Integral a la Mujer, Niñez y Adolescencia, Manual de salud Reproductiva. Managua, Nicaragua, 1996.
 8. Ministerio de Salud Proyecto de Modernización del Sector Salud” Atención Integral a la Mujer y la Niñez, Managua, Nicaragua, abril 1995.
 9. Ministerio de Salud Dirección de Atención Integral a la Mujer, Niñez y adolescente. Protocolos para la atención Obstétrica y Pediátrica, Managua, Nicaragua, Marzo 2001.
 10. Normas de atención de la mujer embarazada. Instituto Mexicano de la Salud.
 11. Normas para la planificación familiar. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. Dirección de atención integral a la mujer. Noviembre 2005.
 12. Oscar Flores Et al. Salud Sexual y reproductiva en Ginecología y Obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de ciencias medicas. UNAN. UNFPA.
 13. Profesor. Dr. Miguel Margulies. Intervención para prevenir la muerte materna en mujeres de alto riesgo obstétrico.
 14. Schwarcz Ricardo Duverges. Et. Al. Gineco-Obstetricia Quinta Edición. Quinceava Reimpresión. Librería el ateneo, Buenos Aires, Argentina. 2003.
- Salud materna e infantil en Nicaragua. Avances y desafíos 2005. Día mundial de la salud 2005. OPS. OMS. UNFPA. UNICEF. República de Nicaragua. Ministerio de Salud.

8.- ANEXOS

Matriz de obtención de información para verificar el cumplimiento de las normas de planificación familiar

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de Información	Técnicas de Recolección de Información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de personal que cumple con los requisitos del cargo.	Historial de capacitaciones registro por el MINSA	Currículo Expediente laboral.	-Entrevista personal. -Auditoría.	100%	Cada vez que se requiera de un puesto.	Recurso Humanos.
% de personal que cumple con los procedimientos establecidos por el órgano rector para la conservación y eliminación de desechos.	-Resultado de la evaluación del desempeño. Norma técnica para el control de desechos peligrosos.	-Formato de evaluación del desempeño. - formato de prueba aplicada. Expediente laboral.	-Auditoría. Entrevista personal.	100%	Cada seis meses.	Director del centro Responsable inmediato Recursos Humanos.
% de conocimientos de la población adscrita, sobre salud sexual y reproductiva y métodos de espaciamiento de embarazos.	Evaluación de conocimientos de los (as) usuarias Notas evaluativas.	Listados de participantes. Expedientes clínicos Datos estadísticos.	Auditoría Verificación Censo.	30% de usuarios de que recibieron capacitación	Cada tres meses.	Responsable de docencia. Director. Jefe de servicio de ginecoobstetricia.
% de usuarios (as) de métodos de espaciamiento de embarazos que cuentan con el consentimiento informado.	Formato de consentimiento informado.	Expediente clínico.	Auditoría Verificación.	30% de los expedientes de usuarios.	Cada tres meses.	Jefe de Servicio de Ginecoobstetricia. Comité de calidad. Director.
% de usuarios que recibieron el método de espaciamiento de embarazos cuando lo requirieron.	Nombre del recurso Tarjetero de planificación familiar Registro de consulta diaria de atención.	Expediente clínico Datos Estadísticos	Auditoría Verificación de la información	30% de expedientes de usuarios	Cada tres meses.	Director. Jefe de servicio de ginecoobstetricia. Enfermería.
% de usuarias de la población adscrita cuyo intervalo intergenésico no menor o igual a 2 años.	Nombre del recurso Control de tarjetero de planificación familiar. Carné perinatal.	Expediente clínico Historia clínica perinatal Información estadística.	Auditoría Verificación de la información.	30% de expedientes de usuarios.	Cada tres meses.	Director. Jefe de servicio de obstetricia. Archivo y registro.

Indicador	Que otra información adicional necesitamos	Fuente de Información	Técnicas de Recolección de Información	Muestra	Frecuencia	Responsable
% de usuarias de usuarias en edad fértil con edades comprendidas entre los 20 y 36 años.	Registro de mujeres en edad fértil. Registro diario de consulta médica.	Información estadística. Expediente clínico.	Auditoría. Verificación de la información.	30% de expedientes de usuarios.	Cada tres meses.	Director Jefe de servicio obstetricia Archivo y registro
% de métodos de espaciamiento de embarazos aplicados según protocolo definido.	Nombre del recurso. Protocolo de atención.	Expediente clínico.	Auditoría.	100% de usuarios.	Cada tres meses.	Director Jefe de servicio obstetricia
% de respuesta que garantiza la organización de la medición de los indicadores de calidad de proceso*	Nombre del Director de la unidad.	Expediente clínico. Otros: Libro de registro de caso. Libro de actas. Encuestas de oportunidades.	Metodología Aleatoria Sistemática.	0 encuestas.	Cada mes.	Director Enfermera responsable Jefe de servicio

*Metodología aleatoria sistemática: Consiste en determinar el número de usuarios atendidos en el período a considerar dividido este número entre el número definido a revisar mensualmente y este resultado será el intervalo la selección de expedientes.

Ver Ejemplo en la página siguiente.

Se seleccionarán 10 expedientes a revisar mensualmente en forma aleatoria y sistemática. Esta metodología Aleatoria Sistemática consiste en determinar el número de usuarias atendidas en el período a considerar, dividir este número entre el número definido a revisar mensualmente y este número resultante será el intervalo para la selección de expedientes.

Ejemplo: Sin en un mes se atendieron en Planificación familiar a 58 usuarias, se divide este número entre el número de expedientes a revisar (10 expedientes), el número de intervalo será 5.8, o sea entre 5 y 6 expedientes. El primer expediente seleccionado entre los primeros 5 de la lista y se escoge a uno de cada 5 usuarias hasta completar los 10 a revisar. Esto constituye la Metodología Aleatoria Sistemática.

Instrumento de supervisión de normas de planificación familiar

Nº	Dimensión de la calidad	Nº	Indicador	Umbral		Porcentaje de cumplimiento									
				Mín	Máx	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
1	Competencia	1	% de personal que cumple con los requisitos del cargo.	100	100										
		2	% de personal que brinda consejería y manejo de métodos de espaciamiento con evaluación del desempeño mayor o igual al 90%	80	100										
2	Acceso a los servicios	3	% de población adscrita, con conocimiento sobre salud sexual y reproductiva y métodos de espaciamiento de embarazos.	60	80										
		4	% de usuarios de métodos de espaciamiento de embarazos que cuentan con el consentimiento informado	100	100										
3	Trato y relaciones interpersonales	5	% de usuarios satisfechos con la atención recibida.	80	100										
4	Continuidad	6	% de usuarios que recibieron el método de espaciamiento de embarazos cuando lo requirieron	100	100										
5	Eficacia	7	% de embarazos de la población adscrita a los servicios de salud cuyo intervalo intergenésico es mayor o igual de 2 años.	50	60										
		8	% de embarazos de la población de su territorio, cuyas edades estén comprendidas entre los 20 y 36 años.	80	90										
6	Seguridad	9	% de métodos de espaciamiento de embarazos, aplicados según protocolo.	100	100										

PROTOCOLO PARA LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN	29
2. NOMBRE DEL PROCEDIMIENTO	31
3. INFORMACIÓN GENERAL DEL PROCEDIMIENTO	31
Especialidad	31
Servicio	31
Nivel de Resolución	31
Fecha de actualización	31
4. INFORMACIÓN ESPECÍFICA DEL PROCEDIMIENTO	32
Orientación clínica básica	32
Definición del evento	32
Objetivo.....	32
Factores de riesgo reproductivo	32
Clasificación de métodos anticonceptivos	33
5. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN	35
Principios Generales para la Selección del Método Anticonceptivo	35
Actividades a realizar en la primera consulta	35
Consejerías	35
Criterios de elegibilidad médica recomendada por la OMS.....	36
Sistema simplificado en 2 categorías	36
Métodos Anticonceptivos Femeninos	37
1.1 Métodos temporales.....	37
a.- Naturales	37
b.- De Barrera.....	50
c.- Mecánicos	51
d.- Hormonales	61
1.2 Métodos permanentes.....	79
a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB).....	79
Métodos Anticonceptivos Masculinos	86
2.1 Métodos temporales.....	86
a.- Naturales	86
b.- De Barrera.....	87
c.- Hormonales	92
2.2 Métodos permanentes.....	92
a.- Vasectomía	92
Métodos Anticonceptivos en Situaciones Especiales	97
a.- Anticoncepción en la adolescencia	97
b.- Anticoncepción en la peri menopausia.....	100
c.- Anticoncepción en la post parto, post aborto y trans cesárea	103
d.- Anticoncepción de emergencia	106
6. TRATAMIENTO Y MANEJO	112
Prescripción de métodos anticonceptivos.....	112
Métodos anticonceptivos femeninos, temporales y definitivos.....	112
8. ANEXOS	115

1. Introducción

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.¹

En Nicaragua la tasa global de fecundidad ha venido en descenso, este descenso ha sido heterogéneo en la zona rural y entre las mujeres más desprotegidas es de 4.4 a diferencia de las mujeres en la zona urbana que es de 2.6, las mujeres en edad fértil representan el 49% del total de mujeres del país y dentro de éstas, el grupo de población con mayor porcentaje es el de 10-19 años con 54.5%.

El control de 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 de elegibilidad médica 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 del presente protocolo de atención.

Compromisos de país en el ámbito 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”.²

En varias convenciones y conferencias en los campos de derechos humanos y de la mujer se ha ratificado el derecho a la planificación familiar.

- 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.

¹ Salud Sexual y Reproductiva. En Ginecología y obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Oscar Flores et Al .UNAN. UNFA.1997

² Manual de planificación familiar. Ministerio de Salud, Nicaragua 1994.

- 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.

Por primera vez los Gobiernos reconocieron internacionalmente los Derechos Reproductivos contenidos en documentos internacionales sobre los derechos humanos.

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).

2. Nombre del Procedimiento

Protocolo de atención para la Planificación Familiar

3. Información General del Procedimiento

Especialidad:

Ginecología y Obstetricia.

Servicio:

Servicio de Atención Integral a la mujer

Nivel de Resolución:

Primaria y Secundaria.

Fecha de actualización:

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

4. Información específica del procedimiento:

Orientación clínica básica

La **ANTICONCEPCIÓN (CONTRACEPCIÓN)** 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.

Definición del evento

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.³

Objetivo

Estandarizar las acciones de planificación familiar en promoción, prevención, información, educación y oferta de métodos 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.

Factores de riesgo reproductivo

El personal de salud o los recursos comunitarios que atienden a la usuaria, deben dar prioridad en la atención de mujeres que presentan algún factor de riesgo reproductivo, con la seguridad de que la planificación familiar evitará la aparición de embarazos 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, de riesgo e incidir en la disminución de las tasas de morbilidad y mortalidad materna y perinatal.

³ Salud Sexual y Reproductiva. En Ginecología y obstetricia. Universidad Autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Oscar Flores et Al .UNAN. UNFA.1997

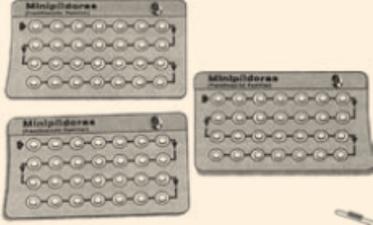
Crterios de elegibilidad médica y selección de prácticas recomendadas por la OMS

Antecedentes generales	Antecedentes patológicos personales:	Antecedentes obstétricos patológicos
<ul style="list-style-type: none"> Factores socio económicos. Edades extremas de la vida reproductiva. Peso corporal (obesa-desnutrida). Talla baja. Malos antecedentes genéticos personales o familiares. Trabajo con predominio físico. 	<ul style="list-style-type: none"> Diabetes Hipertensión arterial Tuberculosis Nefropatías Cardiopatías Hepatopatías Endocrinopatías Trastornos psiquiátricos Infecciones de transmisión sexual Otras patologías ginecológicas (cirugías pélvicas, infertilidad, cáncer ginecológico) Várices en miembros inferiores Hábito de fumar, alcoholismo, drogadicción 	<ul style="list-style-type: none"> Primiparidad, gran multiparidad Intervalo ínter genésico corto Prematurez Embarazo prolongado Incompetencia ístmico cervical Enfermedad del trofoblasto Embarazo ectópico Abortos Parto obstruido Cesárea Síndrome hipertensivo gestacional Hemorragia obstétrica Infección posparto o post aborto Defectos al nacimiento Muertes Perinatales y neonatales Aplicación de fórceps Necesidad insatisfecha de planificación familiar

CLASIFICACIÓN DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1.- Métodos anticonceptivos femeninos:	2.- Métodos anticonceptivos masculinos:	3.- Métodos anticonceptivos en situaciones especiales:
<p>1.1 <u>Métodos temporales</u> a.- Naturales b.- De barrera* c.- Mecánicos d.- Hormonales</p> <p>1.2 <u>Métodos permanentes</u> a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)</p>	<p>2.1 <u>Métodos temporales</u> a.- Naturales b.- De barrera c.- Hormonales*</p> <p>2.2 <u>Métodos permanentes</u> a.- Vasectomía</p>	<p>a.- Anticoncepción en la adolescencia b.- Anticoncepción en la peri menopausia c.- Anticoncepción en la post parto, post aborto y trans cesárea d.- Anticoncepción de emergencia</p>

* No disponibles en el MINSA



Miniplanora

ANTICONCEPTIVOS ORALES

(Planificación Familiar) 3 Ciclos de Compuesto Ferroso

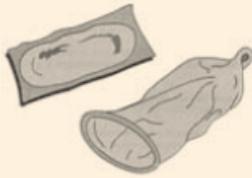


Cada tableta blanca contiene Norgestrel 0.5 mg con Ethinyloestradiol 0.05 mg y cada tableta café contiene Compuesto Ferroso 75 mg
MANTENER FUERA DEL ALCANCE DE LOS NIÑOS





T⁺ DE COBRE



Método del Moco Cervical

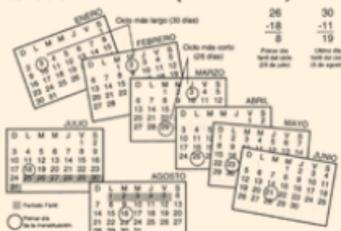


Primeros días después de la menstruación (puede haber relaciones sexuales)

Días antes de la ovulación (no tener relaciones)

Día de la ovulación (no tener relaciones)

Método del Ritmo (Calendario)



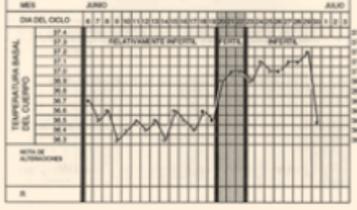
Ciclo más largo (31 días) 26 30
-18 -11
8 19

Ciclo más corto (26 días) 19 26
-18 -11
8 19

Primer día del ciclo 26 de abril
Último día del ciclo 26 de agosto

● Ovulación
○ Día de menstruación

Temperatura corporal basal



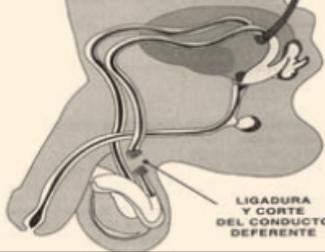
MESES: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE

MESES: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE

TEMPERATURA BASAL DEL CUERPO

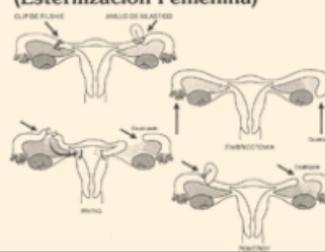
MESES: ENERO, FEBRERO, MARZO, ABRIL, MAYO, JUNIO, JULIO, AGOSTO, SEPTIEMBRE, OCTUBRE, NOVIEMBRE, DICIEMBRE

Vasectomía (Esterilización Masculina)



LIGADURA Y CORTE DEL CONDUCTO DEFERENTE

Oclusión de Trompas bilaterales (Esterilización Femenina)



COLELITIASIS, ANEUSIS DE OVARIOS, FIBROCIDIOSIS, TROMBOSIS

34

5. Características de la atención

PRINCIPIOS GENERALES PARA LA SELECCIÓN DEL MÉTODO ANTICONCEPTIVO

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

- Usuaría/o que desea espaciar los embarazos.
- Usuaría/o que presenta factores de riesgo reproductivo.
- Usuaría/o con una condición especial: joven adolescente, anticoncepción de emergencia, post parto, en la perimenopausia.
- Usuaría/o que desea evitar embarazo utilizando un método anticonceptivo.

Actividades a realizar en la primera consulta:

- Historia clínica completa.
- Interrogatorio.
- Un examen físico completo que incluya toma de la presión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).
- Toma de muestra para cultivos de exudados vaginales o uretrales.
- En caso de mujeres que presenten dificultades para aceptar el examen pélvico y la toma de citología Cérvico-vaginal en la primera consulta se pueden diferir para la consulta subsecuente.
- Valoración del riesgo reproductivo.
- Referencia a otra unidad de salud pública o privada, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.
- Valorar criterios a cumplir según proceda en cada consulta:
- Exámenes o pruebas que deben hacerse de rutina antes de la administración de un método anticonceptivo.
- Verificar que una mujer no está embarazada.

Consejerías

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 de ACCEDA:

- a) **Atender** a la persona usuaria.
- b) **Conversar**, consultar y evaluar los conocimientos y necesidades de la usuaria.

Converse sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Alíentela a que haga preguntas sobre planificación familiar, consulte acerca de sus planes de tener hijos o de posponerlos.

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

Para ver mayor detalle del ACCEDA ver anexo.

Además, la consejería debe de ser respetuosa y sincera, tener como fin la elección el 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, no tener más hijos/as, o proyectar los hijos e hijas que puede tener acorde con su realidad socio cultural, económica 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.

Criterios de elegibilidad médica recomendada por la OMS

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

Sistema simplificado en 2 categorías

Para tomar decisiones clínicas, el sistema de clasificación de 4 categorías puede simplificarse a un sistema de 2 categorías, como se muestra en el cuadro siguiente.

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

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS FEMENINOS:

1.1. Métodos temporales

a.- Naturales

Abstinencia

Es una práctica sexual que los hombres o las mujeres o la pareja adoptan voluntariamente cuando no desean descendencia y que se logra evitando totalmente tener relaciones sexuales.

Este método debe ser compartido con la pareja, pero se trata de una decisión individual que responde al derecho propio de reproducirse de cada uno de ellos y depende de su motivación y disciplina para practicarla durante el tiempo requerido.

La pareja evita el acto sexual en forma voluntaria. Puede ser decidido en cualquier momento y por el tiempo que lo deseen, puede ser de forma permanente o en forma periódica durante el período fértil de la mujer.

Abstinencia periódica

Definición: La Organización Mundial de la Salud los ha definido como: “Métodos para planificar o evitar embarazos por medio de la observación de los signos y síntomas naturales de las fases fértil e infértil del ciclo menstrual de la mujer; existe abstinencia del acto sexual durante la fase fértil del ciclo menstrual y el acto sexual, cuando ocurre, es completo.”

Estos métodos son llamados también métodos de abstinencia periódica porque es necesario abstenerse de relaciones sexuales coitales los días potencialmente fértiles de la mujer si se desea evitar un embarazo.

La abstinencia periódica también puede ser utilizada en combinación con otros métodos anticonceptivos, de manera que la pareja utiliza métodos de barrera solamente durante la fase fértil del ciclo.

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

Los consejeros deben ser capaces de:

- Ayudar a que la pareja aprenda a reconocer los signos y síntomas del período fértil.
- Alentar reiteradamente a la pareja a evitar o interrumpir el coito o usar métodos de barrera en la etapa fértil y orientarlos cuando tienen problemas por la abstinencia.
- Proporcionar materiales en donde registrar los cambios corporales, ej.: termómetros, hojas cuadrículadas, calendarios, cuadernos.

- Mencionar a la pareja otros métodos o referirlos a donde puedan recibir información, suministros y servicios, si la pareja lo solicita.

Lineamientos específicos para la prescripción:

- Un nivel de instrucción en la usuaria que le permita comprender y reconocer las características de su ciclo menstrual para la aplicación correcta del método, para lo cual se requiere una consejería especial y mantener una estrecha relación entre el personal prestador del servicio de planificación familiar y la pareja usuaria.
- Recibir una adecuada información hasta la total comprensión del método.
- Un compromiso absoluto por parte de la pareja usuaria de aceptar la abstinencia sexual durante los períodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método. O la utilización de otro método para tener relaciones sexuales protegidas en ese período.

Duración de la protección anticonceptiva:

- La duración de la protección anticonceptiva con los métodos naturales depende de su práctica correcta y del tiempo que la pareja desee utilizarlos.

Efectos colaterales:

- No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos.

Seguimiento de la usuaria:

- Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería, en particular cuando tengan algún problema con el método y debe acudir para sus exámenes rutinarios de salud.

Efectividad anticonceptiva^{4,5}

Son moderadamente efectivos utilizados de manera correcta.

Teórica: 90%.

Real: 70 al 80%, bajo condiciones óptimas, interpretando bien cuáles son los días en que se puede quedar embarazada.

El cálculo se basa en 100 usuarias por un año.

Para el método del calendario o ritmo se embaraza 1 de cada 11 mujeres.

Para el método de la temperatura basal, se embaraza 1 de cada 100 en condiciones especiales (relaciones únicamente después de la ovulación y antes del próximo período menstrual).

Para el método de moco cervical, Billings, se embaraza 1 de cada 33 usuarias.

⁴ Lo esencial de la Tecnología anticonceptiva, Manual para personal clínico. Programa de información en Población. Facultad de Salud Pública Bloomberg. Universidad de Johns Hopkins. Junio, 2002

⁵ Ibídem 37.

Para el método sintotérmico o índices múltiples (moco endocervical más temperatura basal, más método del calendario, período fértil). Se produce 1 embarazo por cada 50 usuarias.

Para el Método del Collar o días fijos se embaraza 1 de cada 20 usuarias.

Características:

Los métodos naturales implican mucha motivación y comunicación del hombre y la mujer, las parejas no pueden tener relaciones sexuales entre 10 y 20 días de cada mes o deben utilizar métodos adicionales (preservativos o condones) en ese período.

Algunos métodos de abstinencia periódica pueden ser de difícil aplicación y poco eficaces para las mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Son los métodos anticonceptivos menos eficaces.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

- La mayoría de las mujeres pueden utilizar los métodos naturales en forma segura y eficaz hasta donde la seguridad del método lo permite.
- Parejas que desean evitar embarazos, están de acuerdo y motivadas a usar el método.
- Que no tienen inconveniente en tener un embarazo en caso de falla del método.
- Parejas que asumen el riesgo sabiendo que este método es menos efectivo que otros. Parejas que tienen creencias religiosas o morales que no les permiten usar otros métodos.
- No existen condiciones clínicas que restrinjan el uso de estos métodos.
- Parejas que desean espaciar sus embarazos.
- Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sin protección en los días fértiles de cada ciclo.
- Parejas que están dispuestas a llevar el control de ciclo menstrual de la mujer.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- Existen condiciones que pueden afectar la función ovárica o la regularidad del ciclo menstrual, alterar los signos y síntomas de fertilidad y las características del moco endocervical, que pueden hacer a estos métodos difíciles de aprender, interpretar y usar.

Estas condiciones son:

- Lactancia materna, (los únicos métodos naturales recomendados en estos casos son el retiro o coitus interruptus y el Método de Lactancia Amenorrea (MELA)).
- En el puerperio sin lactancia, en el post aborto, edad (alrededor de la menarquia y en la premenopausia), accidente cerebro vascular, ciclos menstruales irregulares, ciclos menstruales con sangrado abundante y prolongado, sangrado trans-vaginal de causa desconocida, hemorragia uterina anormal por EPI, neoplasia intraepitelial cervical (NIC), cáncer cervical, Mujeres con enfermedades que alteran el moco cervical, tales como infecciones cérvico vaginales, flujos anormales que hacen que se confunda con el moco cervical (para el método de Billings o moco cervical solamente), ectropión cervical.
- EPI actual o en los últimos 3 meses, cirrosis severa (descompensada), tumores hepáticos (benignos o malignos), hipertiroidismo, hipotiroidismo, uso de medicamentos: drogas que alteran el estado de ánimo, litio, antidepresivos tricíclicos, ansiolíticos.
- En mujeres con ciertas enfermedades crónicas, en las que las elevadas tasas de fracaso de estos métodos puede exponer a la usuaria a un riesgo inaceptable de embarazo no deseado.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

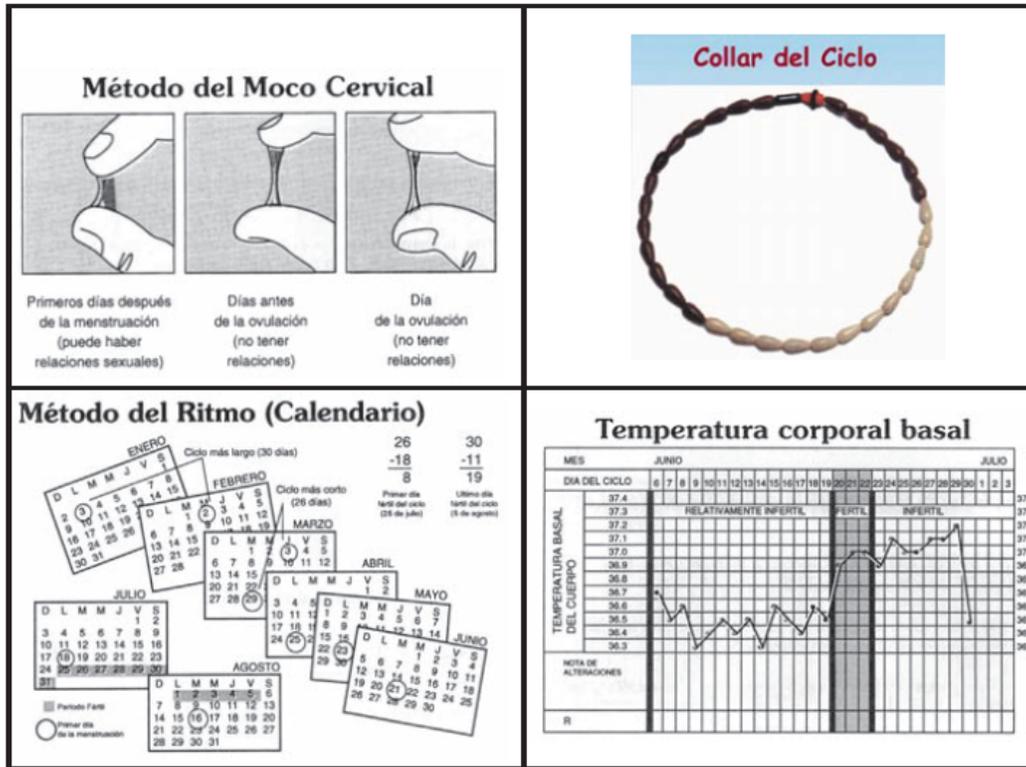
El método no es usualmente recomendado. Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios.

- Mujeres con alto riesgo reproductivo y obstétrico que pone en peligro su vida.
- Mujeres con dificultad para reconocer las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Mujeres con pareja que no está de acuerdo con el método o no desea colaborar.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características.
- Mujeres que están en incapacidad para cumplir o que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.
- A mujeres con más de un compañero sexual.
- A mujeres con necesidad de protección altamente eficaz contra el embarazo.



Cuadro N°1

Ventajas y desventajas de la abstinencia periódica

VENTAJAS	DESVENTAJAS
<ul style="list-style-type: none"> • No tienen efectos adversos en la salud de la mujer ni del hombre. • No tienen costo económico o lo tienen muy bajo. • Promueven en mujeres y hombres el conocimiento de sus cuerpos y de sus funciones sexuales y reproductivas. • Efectivos cuando se usan en forma correcta y consistente. • Propician en mujeres y hombres el control directo de su capacidad reproductiva. • Favorecen un mayor acercamiento y entendimiento en las parejas al compartir la responsabilidad de la procreación. • Permiten a las personas que lo deseen vivir en armonía con la naturaleza; con énfasis en una vida saludable sin uso de tecnología. • Puede que una vez aprendidos los métodos, no requieran asistencia adicional de los proveedores de salud. • Se puede aprender con personal de la comunidad, brigadistas capacitados, no es necesario tener contacto con personal de salud. • Son reversibles en forma inmediata. 	<ul style="list-style-type: none"> • Son menos eficaces que los otros métodos disponibles. • Se necesita un cierto grado de educación. • Requieren un tiempo prolongado de entrenamiento y supervisión para ponerlos en práctica. • Hay muchos factores de salud, ambientales, emocionales, que pueden alterar el ritmo normal de los ciclos menstruales. • Los períodos largos de abstinencia sexual pueden ocasionar dificultades conyugales y tensión emocional. • Estos métodos no funcionan sin el compromiso y cooperación continua, tanto de la mujer, como del hombre. • No protegen contra infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH / SIDA. • Necesitan especial interpretación en situaciones especiales como: <ul style="list-style-type: none"> ○ En la adolescencia. ○ En la premenopausia. ○ Después del parto y durante el amamantamiento. ○ Después de dejar la píldora.

Tipos de Métodos de abstinencia periódica

1. Método del ritmo o calendario o método de Ogino-Knaus.
2. Método de temperatura corporal basal o método térmico.
3. Método de moco cervical, método de la ovulación o de Billings.
4. Método sintotérmico.
5. Método del collar o días fijos.

1.- Método del ritmo, de los días estándar, del calendario o de Ogino- Knaus

Este método se basa en la abstinencia durante el período fértil, de la mujer, período que debe calcularse en dependencia de la duración de sus ciclos menstruales.

Base fisiológica:

- La ovulación se produce de 16 a 12 días antes del inicio de la menstruación siguiente.
- Sobre la base de la duración de los ciclos anteriores se calcula el momento de la menstruación siguiente, contando retrospectivamente desde esa fecha se determina el momento aproximado de la ovulación, a lo que hay que agregar un margen de abstinencia que cubra el tiempo de vida del espermatozoide y del óvulo.
- El resultado final es un grupo de días en los que puede haber concepción si hay relación sexual.
- Los días antes y después de ese tiempo, probablemente serán infértiles.

Metodología

Cálculo del período fértil en ciclos regulares:

- Desde el primero hasta finalizar el octavo día de la menstruación, se encuentra en la fase relativamente infértil y tiene pocas probabilidades de quedar embarazada si tiene relaciones sexuales.
- Del final del octavo hasta el décimo y séptimo día del ciclo, se encuentra en la fase fértil y debe abstenerse de tener relaciones sexuales para evitar un embarazo.
- Desde el final del día décimo y séptimo hasta el primer día de la menstruación siguiente, se encuentra en fase infértil y existen pocas probabilidades de que se produzca un embarazo al tener relaciones sexuales.

Cálculo del período fértil en ciclos irregulares:

- Por un tiempo de 6 a 9 meses, la pareja debe marcar en un calendario el primer día de cada menstruación y contar los días transcurridos desde el primer día menstrual hasta el día anterior del inicio de la siguiente menstruación.
- Identificar el ciclo menstrual más corto e identificar el ciclo menstrual más largo.
- Al ciclo más corto restarle 18 días para obtener el primer día fértil.
- Al ciclo más largo, restarle 11 días para obtener el último día fértil.

Ejemplo: De este registro debe escoger el ciclo más largo y el más corto. Restar 11 días del ciclo más largo y 18 días del ciclo más corto. En un grupo de ciclos si el mas prolongado dura 30 días, le restamos 11, lo que dará un total de 19, si consideramos el ciclo más corto de 25 días, se le restará 18, lo que dará un total de 7. Por lo tanto, los días que no deben tenerse relaciones sexuales son del 7° al 19° día del ciclo, ya que éstos son los días del período fértil, el período infértil estará comprendido entre el día 1 al 7 y desde el día 19 hasta el siguiente ciclo menstrual.

De esta manera se reconoce el periodo fértil durante el cual la pareja usuaria no debe tener relaciones sexuales si desea evitar un embarazo.

Cuadro N°2
Ventajas y desventajas del método del ritmo

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> Las ya mencionadas en las ventajas generales. Mejora el conocimiento del ciclo menstrual en mujeres y hombres. 	<ul style="list-style-type: none"> Requiere de un tiempo prolongado de entrenamiento para ponerlo en práctica con éxito. En ciclos irregulares el período fértil puede ser largo y por lo tanto la abstinencia es muy prolongada. Es inseguro en mujeres con ciclos menstruales irregulares.

Efectividad: de un 53 % hasta un 85.6 %

2.- Método de temperatura corporal, basal o método térmico

Este método identifica el período de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante un ciclo menstrual. La elevación de la temperatura indica que la mujer ha ovulado.

La temperatura corporal basal es la temperatura más baja que alcanza el organismo en una persona, cuya medición se debe efectuar todas las mañanas apenas se despierte y antes de que realice alguna actividad, por la misma vía, después de al menos 6 horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal.

Base fisiológica:

- Incremento de la temperatura del cuerpo que se produce poco después de la ovulación relacionado con la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.
- El incremento es de 2 a 5 décimas de grados centígrados o 0.4 a 1.0 grados F° y permanece en ese nivel alto hasta antes de la siguiente menstruación.
- El período infértil post ovulatorio comienza tres días después de observarse el alza de temperatura.

Metodología:

- Debe tomarse la temperatura a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama y luego de un período de mínimo de 6 horas de sueño nocturno.
- Es necesario ir anotando los registros de temperatura en una hoja de papel adecuada (cuadrículada), e ir uniendo los puntos para trazar una curva y poder observar los cambios de temperatura con claridad.
- En los días después de la menstruación se registran temperaturas bajas y éstas vuelven a subir a partir de la ovulación.
- Hay que tener una abstinencia de 72 horas como mínimo, a partir del día en que se detecta el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.

Cuadro N°3
Ventajas y desventajas del método de temperatura corporal, basal

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en las ventajas generales. • Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de un período de orientación de varios meses en el manejo del método. • Existe dificultad en la interpretación de algunas curvas térmicas.
<ul style="list-style-type: none"> • Propicia en las mujeres el reconocimiento en su cuerpo de los signos de la ovulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • La identificación real de la ovulación es después que ésta se produjo, no predice el día de la misma. • Es necesaria una buena salud física general que evite las fiebres por otras causas (infecciosas) no ovulatorias. • Requiere de un termómetro y de saberlo leer y saber escribir. • Exige un mayor cuidado de interpretación en las siguientes situaciones especiales: <ul style="list-style-type: none"> ○ Después del parto y durante el amamantamiento. ○ En la premenopausia ○ En la adolescencia. ○ Después de dejar la píldora

Efectividad:

- Hay pocos estudios sobre su efectividad; los que existen informan alcanza del 77.9 al 99%.

Indicaciones para la toma de la temperatura:

Mantenga el termómetro cerca de la cama y al alcance de la mano.

Sacuda el termómetro antes de acostarse para bajar la columna de mercurio por debajo de 35° C.

Antes de tomarse la temperatura por la mañana, debe revisar el termómetro para verificar que marque menos de 35° C.

Tómese la temperatura inmediatamente después de despertarse y antes de levantarse de la cama o ingerir líquidos o alimentos.

Tómese la temperatura de preferencia a la misma hora, por la misma vía y con el mismo termómetro.

Después de retirarse el termómetro, léalo y anote la lectura en la gráfica.

Para limpiar el termómetro enjuáguelo con agua fresca y colóquelo en el lugar donde lo guarda.

Anotaciones en la gráfica.

La gráfica en la línea vertical marca la temperatura y en la horizontal los días del ciclo.

Marque la temperatura de cada día haciendo un punto en el centro del cuadrado que corresponda al día del ciclo y a la temperatura.

Inicie el primer día de la menstruación que se considera el primer día del ciclo.

Conecte progresivamente todos los puntos marcados, formando una línea continua que irá desde el primer día del ciclo hasta el momento de venida de la siguiente menstruación.

Empiece un nueva gráfica el primer día de cada ciclo menstrual.

Anote cualquier evento inusual que pueda afectar la curva de temperatura basal, desvelo, fiebre, gripe, etc.

3.- Método del moco cervical, de la ovulación o de Billings

Este método reconoce los cambios cíclicos del moco cervical en los períodos pre y post ovulatorios por medio de la observación e interpretación de las sensaciones vaginales y vulvares que producen los cambios en la calidad y cantidad del moco cervical en respuesta a los niveles cambiantes de los estrógenos.

Base fisiológica:

- En el ciclo de 28 días, durante los días inmediatamente posteriores a la menstruación, bajo la influencia del estrógeno, el moco cervical forma un tapón grueso, pegajoso y viscoso que ocluye el cuello del útero, hay sensación de resequeidad en la vagina y hace que la vulva se note seca al tacto (Período preovulatorio).
- Durante el tiempo de ovulación, por efecto del incremento de los estrógenos, aparece primero cierta cantidad de moco en la vagina, al principio es escaso y provoca sensación de humedad en la vagina, es grueso, no elástico, pero al continuar aumentando los niveles de estrógeno antes y durante la ovulación el moco cambia a una sustancia más líquida, muy lubricante, resbalosa, el moco es claro, transparente, delgado, blanco y elástico, puede estirarse hasta 6 ó 10 cm. sin romperse, fluye muy abundantemente y hace que la vagina y la vulva se note húmeda al tacto (Período ovulatorio).

- En los días inmediatamente posteriores a la ovulación, bajo la influencia de la progesterona, el moco cervical forma un tapón grueso y viscoso que ocluye el cuello del útero, se vuelve escaso, pegajoso y hace que la vulva se note seca al tacto (Período post ovulatorio).
- Al utilizar este método hay que asumir que se puede haber ovulado desde dos días antes de la aparición de estos signos y que se continúa siendo fértil hasta 4 días después del último día de moco abundante y resbaloso.

Efectividad:

- Se encuentra en la literatura una enorme variedad en las tasas de efectividad.
- Se informa una efectividad del 84.6% cuando hay seguimiento de las indicaciones; del 94% por aplicación incorrecta de las instrucciones y por falla del método.

Metodología:

- Para identificar el tipo de moco cervical, la mujer debe observar sus secreciones dos veces al día, en la mañana y en la noche, tomándolas directamente de la vagina o de la vulva, observándolas en el papel higiénico después de hacerse limpieza al orinar o tomando la humedad o moco entre sus dedos.
- El período fértil comienza con la aparición de flujo o con la sensación de humedad en la vagina, el moco es abundante, filante, puede estirarse con facilidad y no se rompe, es muy elástico, es resbaloso. Cuando termina el período fértil, el moco se vuelve pegajoso, pastoso, escaso o nulo.
- Al terminar el flujo mucoso, transparente, hay que abstenerse 4 días más.
- En cualquier etapa del ciclo, si hay flujo mucoso o manchas debe abstenerse de tener relaciones sexuales coitales, o debe usar métodos de barrera ese día y durante los cuatro días siguientes.
- Cuando los ciclos son cortos, la mujer tendrá pocos o ningún día seco después de la menstruación y antes de la ovulación.
- Cuando se esté iniciando la identificación del tiempo fértil húmedo no se debe tener relaciones sexuales coitales.
- Llevar una cuidadosa observación durante el día y la noche y anotar los resultados antes de acostarse en una hoja cuadriculada en donde anota la fecha del ciclo y puede escribir una (P) para el período menstrual, una (S) para el período infértil o seco y una (M) para el período ovulatorio cuando hay moco cervical. Puede escribir algo adicional describiendo las características del moco cervical.
- Acudir a consejería cada mes llevando las anotaciones hasta poder distinguir bien su día de ovulación y la finalización del período fértil.

Cuadro N°4
Ventajas y desventajas del método del moco cervical

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en las generales de los métodos naturales. • Favorece en mujeres y hombres el conocimiento sobre la fisiología de la ovulación. • Propicia en las mujeres la apropiación de su cuerpo y el reconocimiento en el mismo de los signos y síntomas de la ovulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Requiere de un período de orientación y supervisión de varios meses en el manejo del método. • La identificación real del día de la ovulación es retrospectiva. • Presenta dificultades para las mujeres que no quieran manipular sus genitales ni observar sus secreciones. • Es indispensable ser sana por vía vaginal, sin infecciones, ni infecciones de transmisión sexual. • No confundir el moco cervical con exudados o secreciones provocadas por: <ul style="list-style-type: none"> ○ Las secreciones vaginales debidas a estimulación sexual. ○ Residuos de semen que salen posterior al coito. ○ Tensión emocional o física. ○ Medicamentos utilizados como Antigripales que pueden disminuir las secreciones, tienen a secar el moco. ○ Existen muchas condiciones en las cuales las características del moco cervical pueden variar como son las infecciones vaginales, el uso de duchas vaginales, espumas, jaleas, lubricantes, óvulos, la presencia de semen y la estimulación sexual.

Cuando se pueden tener relaciones sexuales

Desde inmediatamente después de la menstruación hasta que aparezca la primera señal de moco.

Desde el cuarto día después que desaparece el moco hasta que empieza la siguiente menstruación.

4.- Método sintotérmico

Este método combina varias técnicas de abstinencia periódica determinando la fase fértil de la mujer mediante la observación de una combinación de señales.

En principio es una combinación del método del moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal.

También puede utilizar los datos de ciclos anteriores y secundariamente síntomas tales como el dolor abdominal bajo intermenstrual, manchas de sangrado intermenstrual, sensibilidad en los senos y cambios de humor.

El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar el período fértil de ciclo menstrual.

Efectividad:

- Diferentes estudios muestran un amplio rango desde 81.7% hasta 92.8%.

Metodología:

- Elaborar una gráfica en una hoja cuadriculada, llevando un registro de las fechas de inicio y de finalización del período fértil con relación a los días del

ciclo en la misma forma que para las dos modalidades (del moco cervical y de la temperatura basal).

- Las relaciones sexuales cóitales se podrán tener en la fase pre ovulatoria solamente, en los días secos y, en la fase post ovulatoria, después del tercer día de temperatura alta o hasta el cuarto día posterior a terminar la mucosidad.

Cuadro N°5
Ventajas y desventajas del método sintotérmico

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados. • Proporciona un doble control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en general y para cada uno de los dos métodos involucrados. • Puede necesitar consejería y capacitación durante más tiempo que si aprendiera y utilizara un solo método natural.

5.- Método del collar del ciclo o días fijos

El método del Collar del Ciclo o Días fijos permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural a través de conocer el ciclo menstrual, su período fértil y tener abstinencia periódica de relaciones sexuales o evitar las relaciones desprotegidas durante esos días.

Eficacia: La eficacia del método en varias investigaciones reportadas fue del 95%.

Base fisiológica

El collar del ciclo es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer, le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo si tiene relaciones sin protección. Esta formado por 32 perlas de colores, un anillo de hule negro y una flecha. Cada perla del collar representa un día del ciclo.

La perla roja representa el primer día de menstruación o sangrado. Luego vienen 6 perlas cafés que representan días infértiles de la mujer (días 2 al 7). Luego 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días 8 al 19). Luego hay 13 perlas cafés, que representan días infértiles (día 20 al final del ciclo). Funciona bien para mujeres con ciclos entre 26 y 32 días de duración.

El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra. La flecha indica hacia dónde debe empezar a mover el hule negro y el conteo de los días del ciclo.

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

Metodología

- Hable con su pareja, decidan juntos lo que harán en los días de mayor riesgo de embarazo. El primer día de menstruación se coloca el anillo de hule sobre la perla roja y allí se deja hasta el día siguiente, al mismo tiempo la pareja

debe marcar en su calendario sólo el primer día de sangrado de cada uno de sus ciclos

- Al día siguiente (2º día del ciclo), se mueve el anillo a la siguiente perla (primera perla café) aunque todavía esté sangrando.
- Los siguientes días se mueve el anillo una perla cada día, siempre en la misma dirección hasta que termine el ciclo, de preferencia siempre a la misma hora para evitar que se le olvide.
- Las perlas están en el siguiente orden: la primera es roja, seguida de 6 marrones, luego 12 blancas seguidas de 7 marrones, seguida de una de color marrón más oscuro y finalmente 5 marrones con el cilindro final, la perla marrón oscuro sirve para indicarle si su ciclo es menor de 26 días.
- Cuando el anillo esta sobre cualquier perla blanca (los días fértiles del ciclo), la pareja no debe tener relaciones sexuales o tenerlas con protección
- Cuando el anillo esta sobre cualquier perla café o marrón o durante la menstruación (los días infértiles) la pareja puede tener relaciones sexuales.
- Si la pareja no está segura de haber movido el anillo, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado, contar en el calendario los días que han pasado desde que le vino la menstruación, luego contar las perlas en el collar y pasar el marcador a la perla que corresponda.

Quienes pueden utilizarlo:

- Mujeres o parejas con Categoría 1 de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.
- Mujeres con ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración.
- Si la mujer esta dando de mamar o ha suspendido la lactancia, debe haber tenido por lo menos 3 ciclos post parto, el último de los cuales debe haber sido de 26 a 32 días.
- Si ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables, sólo de progestágeno (Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos un ciclo de 26 a 32 días antes de empezar a utilizar el collar.
- Si ha estado utilizando anticonceptivos orales, debe haber tenido su menstruación antes de empezar a utilizar el collar.

Cuadro N°6
Ventajas y desventajas del método del collar

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Las ya mencionadas en las ventajas generales. • No requiere supervisión médica. • No necesita tratamientos adicionales ni procedimientos quirúrgicos. • Fomenta la participación del hombre en la anticoncepción. • Le ayuda a saber cómo funciona su fecundidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • No debe ofrecerse a parejas que no pueden evitar las relaciones sin protección: Días de perlas blancas. • No debe ofrecerse a mujeres con ciclos menores de 26 días (muy cortos), ni mujeres con ciclos mayores de 32 días (muy largos). • No protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH/SIDA.

“Lista de Preguntas de Verificación para el Método del Collar”

(PARA CONSULTAS DE PRIMERA VEZ) ver anexo 7

b.- De Barrera

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a las usuarias ningún método de planificación familiar de barrera.

Preservativo femenino

Definición: Es un método anticonceptivo temporal. Tiene la función de cubrir la vagina durante la relación sexual, recoge el semen y no permite que el espermatozoide del hombre entre en contacto con la vagina y el cuello del útero de la mujer.

Tipos: De Látex, protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Brindar consejería adecuada que permita a la usuaria el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.
- Brindar a la usuaria un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.
- Recomendar la combinación con espermicidas.
- Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc.
- Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.

Forma de administración:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- Después de la eyaculación retirarlo suavemente de la vagina y así prevenir que se derrame el semen.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Cuadro Nº 7
Ventajas y beneficios del condón o preservativo femenino

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"> • No requieren receta médica. • Son desechables. • Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos beneficiosos no anticonceptivos. • Ayuda a proteger contra infecciones de transmisión sexual, inclusive contra el VIH.

Cuadro Nº 8
Desventajas y efectos adversos menores del condón femenino

Efectos adversos menores	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia al látex o al espermicida. • Interfiere en la actividad sexual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interfiere con la espontaneidad del coito. • Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva. • Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual. • Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las IT y la transmisión del VIH. • No debe haber contacto genital (Pene-Vagina) sin preservativo.

c.- Mecánicos

Dispositivo intrauterino (DIU)

Definición: El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo reversible, seguro y efectivo, hechos de metal y plástico que introducidos en la cavidad uterina impiden el embarazo mediante una combinación de mecanismos.

Duración y Efectividad anticonceptiva

Este método brinda del 97 al 98% de protección anticonceptiva. La T Cu 380^a es altamente efectiva por un mínimo de 10 años. La tasa de fallo es de 1 en 125 a 170 mujeres en el primer año de uso.

Lineamientos generales para la prescripción.

Momento de colocación:

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Período ínter genésico: El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Post placenta: La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Post aborto: Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.
- Pre alta de la unidad de salud: Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.
- Puerperio tardío: Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea.
 - Examen de seguimiento a las seis semanas
 - Después de realizada la inserción, deje descansar a la mujer durante algunos minutos recostada o sentada.

Antibiótico profiláctico, si el caso lo amerita. Doxiciclina 100 mg cada 12 horas tomado por tres días (controversial en al inserción del DIU)

Mecanismo de Acción del DIU T de Cu:

Al liberar cobre actúa interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización.

- Afecta la capacidad de migración de los espermatozoides de pasar a través de la cavidad uterina inmovilizándolos o destruyéndolos.
- Altera el moco cervical, espesándolo, desminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides, este mecanismo es mas intenso por los cambios que provoca en la cantidad y viscosidad del moco cervical en el caso de DIU con levonorgestrel.
- Aumenta la fagocitosis en la cavidad uterina.

Criterios de elegibilidad médica:

Categorías 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

- Mujeres en edad fértil, mayores de 20 años de edad, con vida sexual activa que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que han recibido consejería apropiada y han tomado una decisión informada y no hay contraindicaciones para su uso.
- Mujeres que han tenido hijos y desean utilizar este método.
- Mujeres que no deseen el uso de otros métodos anticonceptivos.

- Mujeres que tengan dificultad para obtener anticonceptivos con regularidad.
- Mujeres que están utilizando un método hormonal con estrógeno y se convierten en usuarias de alto riesgo o tengan contraindicación por el uso de anticonceptivos hormonales.
- Mujeres trans parto, trans cesárea y después de 4 semanas del nacimiento, estén lactando o no.
- Post aborto del primer trimestre
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Historia de cirugía pélvica.
- Mujeres de cualquier edad a partir de los 20 años de edad, sean fumadoras o no.
- Obesidad.
- Historia de presión arterial alta.
- TVP/EP actual Historia familiar de TVP/EP (parientes en primer grado). Cirugía mayor con inmovilización prolongada, sin inmovilización prolongada. Cirugía menor sin inmovilización.
- Trombosis venosa superficial: venas varicosas. Tromboflebitis superficial.
- Historia de cardiopatía isquémica o enfermedad actual.
- Apoplejía (historia de accidente cerebrovascular.
- Hiperlipidemias conocidas (colesterol y triglicéridos altos).
- Valvulopatía cardíaca sin complicaciones.
- Cefaleas: no migrañosa leve o severa. Con migraña sin o con síntomas neurológicos focales (a cualquier edad).
- Epilepsia.
- Patrones de sangrado vaginal: Patrón irregular sin sangrado intenso.
- Endometriosis.
- Tumores ováricos benignos (incluyendo quistes).
- Dismenorrea severa.
- Ectropión cervical.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC).
- Enfermedades de la mama: Tumor sin diagnóstico anatomopatológico. Enfermedad benigna de la mama. Historia familiar de cáncer. Cáncer actual. Cáncer pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años.
- Enfermedad inflamatoria pélvica EPI: EPI pasada (asumiendo que no hay actualmente factores de riesgo de ITS), con embarazo posterior.
- Tuberculosis no pélvica.
- Malaria.
- Diabetes: Historia de enfermedad durante la gestación. Enfermedad no vascular no insulino e insulino dependiente. Con Nefropatía/Retinopatía/

Neuropatía). Con otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.

- Tiroides: bocio simple, hiper e hipotiroidismo.
- Enfermedad de la vesícula biliar: Sintomática, tratada con colecistectomía, tratada médicamente, actual. Asintomática.
- Historia de colestasis: Relacionada con embarazo. Relacionada con uso anterior de anticonceptivos combinados.
- Hepatitis viral: Portador. Activa.
- Cirrosis: Leve, compensada. Severa, descompensada.
- Tumores del Hígado: benigno y maligno.
- Anemia: Talasemia, Drepanocítica, Ferropénica.
- Drogas comúnmente usadas que afectan las enzimas del hígado: Ciertos antibióticos (rifampicina, griseofulvina). Anticonvulsivantes (Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos, primadona).
- Mujeres que no tienen privacidad, en casos de hacinamiento, carencia de un lugar donde guardar los anticonceptivos.
- En las siguientes circunstancias:
 - En el intervalo ínter genésico.
 - En el posparto.
 - Trans y post cesárea, con o sin lactancia.
 - En el post aborto.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección:

- Menor de 20 años.
- Nulíparas.
- Post parto o poscesárea antes de 48 horas.
- Post aborto del segundo trimestre.
- Anormalidades anatómicas: que no distorsionan la cavidad uterina.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda).
- Patrones de sangrado vaginal: sangrado intenso o prolongado. Historia de sangrado vaginal de causa desconocida.
- Endometriosis para el DIU T. Cu.
- Dismenorrea severa para el uso del DIU T Cu.
- Neoplasia cervical intraepitelial (NIC)
- Miomas uterinos sin distorsión de la cavidad uterina.

- Enfermedad inflamatoria pélvica: EPI pasada (asumiendo que no hay actualmente factores de riesgo de ITS) sin embarazo posterior.
- Infecciones de Transmisión Sexual: Vaginitis sin cervicitis purulenta.
- Diabetes: Enfermedad no vascular no insulino e insulino dependiente. Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración. Para el DIU de LNG en todos los casos.
- Enfermedad de la vesícula biliar: sintomática, tratada con colecistectomía, tratada médicamente, actual y Asintomático.
- Anemia: talasemia, drepanocítica, ferropénica para el DIU T Cu.
- Retroversión uterina fija grado III.
- Ruptura prematura de membranas. Trabajo de parto prolongado.
- Prácticas sexuales de riesgo de Infecciones de transmisión sexual. Mujeres con varios compañeros sexuales. Antecedente de expulsión previa de DIU.
- Evaluar condiciones que requieren atención que podrían constituir riesgos potenciales de complicaciones mayores que los beneficios de usar el DIU.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

- Enfermedad trofoblástica benigna
- Cáncer ovárico.
- EPI actual o en los últimos tres meses.
- Infecciones de transmisión sexual: Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o compañero que a su vez tiene parejas múltiples).
- Alto riesgo de VIH. VIH positivo. SIDA.
- Tuberculosis identificada como pélvica.

Categoría 4: No debe usarse el método.

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Posparto o post cesárea, en caso de sepsis puerperal.
- Post aborto, inmediatamente después de un aborto séptico.
- Anormalidades anatómicas que distorsionan la cavidad uterina. Útero pequeño, histerometría menor de 6 cm.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, antes del diagnóstico.
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna.
- Cáncer cervical, en espera de tratamiento.
- Cáncer de endometrio.
- Miomas uterinos con distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad inflamatoria pélvica actual o en los últimos 3 meses.

- Infecciones de transmisión sexual actual o en los últimos 3 meses, incluyendo cervicitis purulenta.
- Tuberculosis identificada como pélvica.
- Alteraciones en la coagulación de la sangre.

Lineamientos generales para la prescripción.

Momento de colocación:

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Período ínter genésico:

El DIU se inserta preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

- Post placenta:

La inserción debe realizarse dentro de los diez minutos posteriores a la salida de la placenta, puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.

- Post aborto:

Inmediatamente después de la aspiración endouterina o después del legrado por aborto.

- Pre alta de la unidad de salud:

Tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al momento del egreso hospitalario y antes de que sea enviada a su domicilio.

- Puerperio tardío: •

Entre la cuarta y sexta semana post aborto, posparto o post cesárea. Debe ser aplicado después de: Proporcionar consejería. Determinar el riesgo reproductivo. Analizar la historia clínica para determinar la posibilidad de que existan contraindicaciones al método, riesgo de infecciones de transmisión sexual.

- Debe darse información acerca de los cambios en los periodos menstruales, la importancia del seguimiento.
- Debe ser aplicado por personal capacitado.
- Se deben cumplir las técnicas de asepsia y antisepsia.
- Se debe tener consentimiento informado y firmado por la usuaria.

Técnica de inserción del DIU durante el intervalo ínter genésico

Se debe informar a la usuaria cómo será el procedimiento de inserción y de la importancia de su colaboración durante el mismo.

1. Hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar

- alguna patología pélvica, embarazo o infección pélvica activa. (El útero en retroflexión no diagnosticada aumenta la posibilidad de perforación).
2. Colocar el Espéculo de Graves en la vagina para visualización del cuello corroborando que no existan secreciones vaginales anormales. Proceder a su limpieza con algodón impregnado en solución antiséptica (bethadine vaginal).
 3. Con un tenáculo o Pinza de Pozzi, tomar el labio anterior del cuello a 1.5 a 2 3. cms. del orificio cervical externo y traccionar suavemente para estabilizar el cérvix y rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina.
 4. Con un Histerómetro de preferencia maleable, practicar histerometría lenta y suavemente (muchos dispositivos traen histerómetro de material plástico) para confirmar dirección y longitud entre el orificio externo del cuello y el fondo de la cavidad uterina. Si la longitud es de 6 cm. O más, proceder a insertar el DIU.
 5. Proceder a armar y colocar el DIU conforme las especificaciones del fabricante y del tipo de DIU.
 - Armar el DIU dentro del aplicador bajo condiciones estériles, se prefiere dentro de su sobre.
 - Colocar el DIU en la cavidad uterina traccionando la camisa del aplicador, extrayendo el mandril y después la camisa del aplicador o empujando el mandril dentro del aplicador o traccionando los hilos de DIU para armarlo, según sea la técnica específica de aplicación de ese tipo de DIU.
 6. Retirar la Pinza de Pozzi o tenáculo, verificar que no exista sangrado proveniente de la cavidad uterina, ni del sitio de prensión de la pinza de Pozzi.
 7. Posteriormente proceder a recortar los hilos del DIU a 2-3 cms. del orificio externo del cuello uterino.
 8. Retirar el espéculo y realizar tacto vaginal de comprobación.

Extracción del DIU

El DIU se debe retirar en los siguientes casos:

- Solicitud de retiro voluntario por parte de la usuaria (insatisfecha, cambio de método, deseo de embarazo, otras razones). Recomendar empezar a usar otro método preferentemente un mes antes del retiro.
- Cuando su vida útil ha expirado; en este caso si la usuaria deseara continuar con este método no es necesario “descansar” entre el retiro de un DIU y la inserción de uno nuevo. Se puede realizar en el mismo momento el procedimiento de retiro seguido de la inserción de un nuevo DIU.
- En caso de embarazo de menos de 12 semanas, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no se debe intentar el retiro del dispositivo.

- Cuando presenta dolor exagerado y sangrado excesivo.
- Ante la presencia de un tumor endometrial o cervical.
- Cuando existe perforación o expulsión parcial del DIU.
- Después de un año sin menstruación en el climaterio.

Instrucciones Post Inserción para la usuaria

Se deben proporcionar instrucciones verbales y por escrito, utilizando un lenguaje sencillo:

- Informar sobre el tipo de DIU que se colocó, mostrarle el dispositivo o una foto del mismo.
- Debe entregársele el instructivo que trae el DIU y ponerle el nombre de la usuaria; la fecha de la aplicación y la fecha del cambio.
- Explicarle cuánto tiempo la protegerá.
- Explicarle la forma de verificar la posición de los hilos por lo menos una vez al mes, principalmente después de la menstruación.
- Explicarle que algunas mujeres pueden experimentar cólicos, sangrados abundantes o ligeros manchados intermenstruales.
- Informarle acerca de los síntomas de las complicaciones potenciales: dolor abdominal constante, dispareunia, leucorrea abundante (exudado transvaginal), fiebre post inserción, amenorrea u otros síntomas de embarazo, ligeros manchados intermenstruales, sangrado post coito; orientarla a dónde acudir en caso de que se produzcan estas situaciones.
- Garantizarle que el DIU se puede retirar en cualquier momento en caso que cambie de parecer acerca del método y que no es aconsejable retirarlo personalmente.
- En el caso de las inserciones posparto y trans cesárea;
- Recordarle que el DIU no afecta la lactancia.
- Aclararle que en pocas semanas los hilos pasarán del útero a la vagina, los cuales serán cortados posteriormente durante la visita de seguimiento.
- Informarle sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas, en cuyo caso se puede colocar un nuevo DIU, si lo desea.

Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380A es de ocho a diez años.

Al término del período de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este tipo de método, debe reemplazarse por otro en forma inmediata a la remoción.

Efectos colaterales

Dolor post inserción:

Leve: es normal; indicar analgésicos.

Severo: puede indicar una complicación (por ejemplo, una perforación), consultar o referir.

Dismenorrea: Se trata con analgésicos tipo Indometacina; si persiste y es muy intensa se debe retirar el DIU.

Flujo vaginal: En forma de exudado se considera normal.

Si es muy abundante o de características patológicas tomar cultivo y dar tratamiento según resultados.

Spotting o Sangrado leve posinserción:

- El spotting o sangrado leve Inter menstrual: es normal durante los 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, explicar a la paciente que no es lesivo y por lo general disminuye con el tiempo.
- Si se desea tratamiento, puede administrarse anti-inflamatorios no esteroideos (AINES) durante los días de sangrado.
- En mujeres con spotting y sangrado persistente, descartar causas ginecológicas, tratar o derivar para atención, pensar en una complicación (perforación).
- Si no se diagnostica problema ginecológico y el sangrado es inaceptable para la mujer, extraer el DIU y aconsejar un nuevo método anticonceptivo.

Sangrado menstrual más profuso o más prolongado en relación a los períodos normales:

- Si se vuelve más profuso y más prolongado, es común durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU de cobre, por lo general disminuye con el tiempo. Descartar patología ginecológica, tratarlo o derivar para tratamiento.
- Si el sangrado continúa siendo muy profuso o prolongado, si se presentan signos clínicos de anemia o si la mujer encuentra inaceptable el sangrado, retire el DIU y ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

Hipermenorrea:

Reforzar consejería; valoración individual de cambio de método.

Complicaciones

- Expulsión del DIU, parcial y/o completa.
- Pérdida u otro problema de los hilos del DIU.
- Perforación - Incrustación.
- Enfermedad inflamatoria pélvica.
- Embarazo.

Tratar la EPI utilizando antibióticos adecuados. Si la mujer desea seguir utilizando el DIU de cobre, no hay necesidad de extraerlo. Si no desea continuar con el DIU,

extraerlo después de iniciado el tratamiento antibiótico. Ayudarle a escoger otro método anticonceptivo. Si la infección no mejora, retirar el DIU y continuar con los antibióticos.

Portadora de DIU de cobre se encuentra embarazada:

- Descartar embarazo ectópico.
- Explicarle a la mujer que tiene riesgo de aborto en el segundo trimestre, de parto pretérmino e infecciones si se deja el DIU colocado. La extracción del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento en sí mismo acarrea riesgo de aborto.
- Si la mujer no desea continuar con el embarazo orientar a la usuaria al respecto.
- Si la mujer desea continuar con el embarazo, aclarar bien el riesgo aumentado de aborto, infecciones y parto pretérmino y la necesidad de búsqueda de ayuda en cuanto inicie complicaciones.

Si los hilos del DIU son visibles o pueden ser tomadas del canal cervical sin riesgo:

- Aconsejar a la mujer que lo mejor es la extracción del DIU. Remover el DIU tirando suavemente de los hilos. Explicar que debe consultar de inmediato si presenta sangrado, contracciones uterinas, dolor, secreción vaginal anormal, fiebre.
- Si decide no extraerse el DIU, asesorarle para que busque atención médica inmediata si presenta complicaciones.

Si los hilos del DIU no son visibles y no pueden ser recobradas sin riesgo:

- Utilizar estudio por Ultrasonido para determinar la localización del DIU, si este no se detecta pensar que probablemente ha habido expulsión. Si no se dispone de Ultrasonido o si se determina que el DIU está intraútero, explique los riesgos y asesore para que busque atención inmediata en caso de complicaciones.

Conducta a seguir con los efectos colaterales

- Las usuarias que presentan efectos colaterales deben recibir consejería adicional, poniendo énfasis en las características y consecuencias del uso del método.
- Los efectos colaterales deben ser tratados con prontitud. Si las molestias persisten más de 60 días, debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.
- Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU, es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

- En mujeres con infección por el virus del VIH, se debe retirar el DIU por el riesgo de presentarse enfermedad pélvica inflamatoria.

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse de la siguiente manera:

- La primera Revisión debe programarse entre la 4^a. y 6^a. semana posteriores a la inserción; evaluar la satisfacción con el método, los cambios en el ciclo menstrual, practicar examen ginecológico, evaluar la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía del DIU, investigar efectos colaterales y descartar complicaciones como embarazo, infecciones cérvico vaginales.
- Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix.
- La segunda revisión se debe efectuar a los tres meses, haciendo una evaluación similar a la anterior.
- La tercera revisión en seis meses.
- En la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou) y examen de mamas.

d.- Hormonales

Métodos hormonales orales combinados.

Eficacia

Su eficacia es alrededor del 97 al 99% cuando se utilizan en forma correcta y consistente (0.1 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso, 1 en cada 1000).^{6,7} Esta efectividad en la población general, puede disminuir hasta un 92% por el uso incorrecto de la toma de la píldora, la tasa de falla es de 0.2 a 1 embarazo en cada 100 mujeres por año de uso.⁸

Métodos Hormonales

- Orales: Lofemenal (tableta)

Lineamientos específicos para su prescripción

- Proporcionar consejería.
- Prescribir dosis baja y micro dosis en mujeres que la toman por primera vez.
- En el primer ciclo de uso, deben iniciarse preferentemente dentro de los 5 primeros días del ciclo menstrual.
- En amenorrea puede comenzar a tomarse los anticonceptivos orales combinados en cualquier momento, siempre y cuando este segura de no estar

⁶ Ibimen 27

⁷ Guías nacionales de salud reproductiva. Planificación Familiar Tomo I, Guatemala, 2003.

⁸ Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación familiar 1994.

embarazada. Deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional hasta el siguiente ciclo.

- En lactancia, después de 3 semanas si no está lactando.
- En amenorrea por lactancia y han pasado ya más de 6 meses post- parto, puede utilizar los anticonceptivos hormonales combinados orales.
- Después de 6 meses del post- parto y con presencia de ciclos menstruales, puede utilizar anticonceptivos hormonales combinados orales.
- En post- aborto iniciar en los primeros 7 días post- legrado o post-aborto⁹

Forma de administración

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

En sobres de 28 tabletas, se ingiere una tableta diariamente hasta concluir con las tabletas que contienen hierro o lactosa, los ciclos subsecuentes se inician al concluir el ciclo, independientemente de si se presenta el ciclo menstrual o no.

Este método debe suspenderse 2 semanas antes de una cirugía mayor o durante inmovilización prolongada y reiniciarse 2 semanas después.

En caso de atraso de ingesta de la tableta hasta de 12 horas, tome un comprimido lo más antes posible seguido de la ingesta habitual horaria de la tableta, si el atraso es mayor de 12 horas, además de la indicación anterior, utilice un método adicional.

Si el olvido es de dos tabletas o por dos días, ingiera 2 tabletas por 2 días y luego continúe tomando la píldora de forma habitual, utilice además un método adicional o absténgase de relaciones sexuales. Si el olvido es repetitivo, oriente a la usuaria para cambio del método.

En caso de olvido de tomar tres tabletas consecutivas (píldora activa, días 1-21): El método ya no es efectivo, se debe suspender la toma de las restantes tabletas utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la toma en el siguiente ciclo menstrual. En caso de ser repetitivo el olvido orientar para cambio de método.

Informar a la usuaria sobre la posibilidad de manchado al olvidar de tomar la tableta, esto no es síntoma de peligro.

Procedimientos para la prescripción:

- Brindar Consejería.

⁹ Normas de atención para la Planificación Familiar. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. Dirección atención integral a la mujer. 2005

- Determinar el estado de salud, detectar riesgo reproductivo y condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas.
- Realizar Historia clínica completo, toma de muestra para citología cérvico vaginal (Papanicolaou), toma de muestra para exámenes y Pruebas de laboratorio clínico.
- Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de la tableta o grageas, tomarlas diariamente, sin interrupción y siempre a la misma hora.
- No es requisito absoluto para la prescripción de este método el examen pélvico.
- Seleccionar el método con consentimiento informado.
- El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir en todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud.
- A quienes indicar qué tipo de anticonceptivo hormonal combinado continuo. Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

- No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:
- Mujeres o parejas en cualquiera edad reproductiva, desde la menarquia hasta los 40 años de edad, que lo soliciten y quieren un método anticonceptivo muy efectivo.
- Mujeres jóvenes y adolescentes sexualmente activas.
- Nulíparas y multíparas.
- En el posparto o post cesárea, (en lactantes) iniciarlos después de 6 meses posteriores al nacimiento. (en mujeres no lactantes), iniciarlo después de los primeros veintiún días.
- post aborto (primer, segundo trimestre, inmediatamente después de un aborto séptico).
- Historia de cirugía pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Antecedente de Cirugía menor sin inmovilización.
- Várices.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea migrañosa (leve a severa), Epilepsia.
- Períodos menstruales irregulares con o sin sangrado abundante.
- Endometriosis no pélvica y pélvica.
- Tumores benignos de ovario, incluye los quistes.

- Mujeres con dismenorrea severa.
- Enfermedad trofoblástica benigna y maligna (Mola hidatidiforme y Coriocarcinoma)
- Ectropión cervical.
- Enfermedades de la mama: Benigna, Historia familiar de cáncer de mama.
- Cáncer de endometrio.
- Cáncer de ovario.
- Fibromas uterinos, con y sin distorsión de la cavidad uterina.
- Enfermedad pélvica inflamatoria y riesgo de ITS, con o sin embarazo subsecuente. EPI actual o dentro de los 3 últimos meses.
- Infecciones de transmisión sexual, vaginitis sin cervicitis purulenta, riesgo aumentado de ITS (múltiples compañeros sexuales o compañero que a su vez tiene parejas múltiples).
- Alto riesgo de infección por el VIH/SIDA, VIH positivo, SIDA.
- Tuberculosis pélvica y no pélvica.
- Malaria.
- Antecedente de Diabetes gestacional.
- Enfermedad de la tiroides controlada (bocio simple, hipo, hipertiroidismos).
- Portadora de hepatitis viral.
- Anemia por deficiencia de hierro o secundaria a sangrados menstruales abundantes, Talasemia.
- Parejas que desean espaciar los embarazos (intervalo ínter genésico).
- Parejas que desean un método reversible a corto, mediano o largo plazo.
- Mujeres en las que está contraindicado el DIU.
- Historia de Pre-eclampsia. Obesidad. Epilepsia (algunas drogas antiepilépticas disminuyen la efectividad de los Anticonceptivos Combinados).

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

Mujeres que tienen algunos problemas y pueden lograr cambios con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los anticonceptivos combinados continuos:

- Mujeres mayores de 40 años.
- Lactancia materna después de 6 meses posparto.
- Tabaquismo en mujeres menores de 35 años.

- Obesidad.
- Historia de Hipertensión esencial, valores de 140-159 sistólica y 90-99 diastólica.
- Historia familiar de: Trombosis venosa profunda, embolia pulmonar.
- Cirugía mayor sin inmovilización prolongada.
- Trombosis venosa superficial: tromboflebitis superficial.
- Hiperlipidemia conocida (hiperlipidemia severa, categoría 3).
- Cardiopatía valvular no complicada.
- Alteraciones neurológicas: Cefalea severa recurrente, incluida migraña sin síntomas neurológicos focales en edad menor de 35 años.
- Sangrado vaginal sin explicación (antes del diagnóstico).
- Neoplasia intraepitelial cervical (NIC).
- Cáncer de cuello uterino (en tiempo de espera de tratamiento).
- Diabetes con enfermedad no vascular: no insulino dependiente e insulino dependiente.
- Patología de las vías biliares tratada con colecistectomía o asintomáticas.
- Historia de colestasis relacionada con el embarazo. Cirrosis leve a moderada, compensada.
- Enfermedad de células falciformes.
- Anemia drepanocítica.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se utilizan anticonceptivos hormonales combinados, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios, recomiéndele otros métodos posibles, si a pesar de estas explicaciones insiste en utilizarlos, advertirle de que requiere seguimiento médico cercano y que ante la aparición de efectos colaterales o complicaciones, debe acudir a consulta médica de inmediato.

Edad avanzada, mayor de 40 años, sobre todo si se combina con hábito de fumar, en estos casos utilizar GO de dosis bajas.

Lactancia materna (entre 6 semanas y 6 meses posparto).

En los primeros 21 días posparto en mujeres no lactantes.

Mujer que fuma menos de 15 cigarrillos al día.

Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial, cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes, hipertensión).

Hipertensión esencial, historia de hipertensión, excluye la hipertensión en el embarazo, Hipertensión controlada de manera adecuada (la presión arterial puede ser evaluada). Niveles elevados de presión arterial, sistólicas de 140-150 y diastólica de 90- 99 mm/hg.

Hiperlipidemias conocidas, severa (colesterol, triglicéridos altos, otros).

Alteraciones neurológicas: Cefalea migrañosa en edad mayor de 35 años.

Patología mamaria: masa no diagnosticada por anatomía patológica.

Cáncer de mama anterior y sin evidencia de enfermedad activa por 5 años.

Diabetes mellitus con Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. Diabetes y otra enfermedad o diabetes de más de 20 años de duración.

Enfermedad activa del tracto biliar (colecistitis-colelitiasis), ictericia, hiperbilirrubinemia en tratamiento médico.

Historia de colestasis relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados. Cirrosis leve (compensada) o que afectan las enzimas hepáticas. Tumor benigno o maligno del hígado.

Interacciones medicamentosas: Antibióticos: (Rifampicina y Griseofulvina, Tetraciclinas). Anticonvulsivantes: (Fenobarbital, Fenitoína, Carbamazepina, Barbitúricos y Primidona), en caso de tratamientos prolongados, cambiar de método.

Obesidad (50% más del peso ideal) Sangrado vaginal de causa desconocida (sospechoso de una condición seria) antes de la evaluación. Cuando ocurre el uso de AOC pertenece a la Categoría 2.

Disfunción del eje hipotálamo-hipófisis-ovario-endometrio.

Hiperprolactinemia, Oligomenorrea.

Depresión severa.

Enfermedades sistémicas crónicas: (enfermedad de Crohn, síndrome de mala absorción, enfermedad renal crónica), etc.

Riesgo de Infección de Transmisión Sexual incluso el VIH / SIDA y de Enfermedad inflamatoria pélvica.

Anemia de células falciformes o drepanocitemia homocigota con genes ss y sc.

Historia familiar de enfermedad arterial (accidente cerebro vascular de primer grado, cardiopatía isquémica).

Inmovilización prolongada por traumatismo o por post operatorio.

Cuatro semanas antes de una programación quirúrgica.

Condiciones que hacen poco confiable a la paciente para el cumplimiento de la toma correcta del anticonceptivo.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

Sospecha o confirmación de Embarazo.

Antes de 6 semanas posparto en mujeres lactantes.

Mayores de 35 años y que fuman mas de 15 cigarrillos diarios (tabaquismo excesivo).

Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).

Hipertensión esencial con niveles de presión sanguínea con mediciones apropiadas en inicio y continuidad del método, sistólica de 160 y diastólica de 100 mm/Hg y más de 180/110 sin enfermedad vascular.

Hipertensión esencial con enfermedad vascular. Crisis hipertensiva.

Historia o padecimiento actual de enfermedad trombo embolica (pulmonar) o trombosis venosa profunda, mesentérica, retiniana, pélvica, embolia pulmonar.

Cirugía mayor con inmovilización prolongada.

Cardiopatía isquémica actual o antecedente.

Historia de accidente cerebrovascular (apoplejía), el riesgo relativo es seis veces mayor. Enfermedad cardíaca valvular complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda), Infarto del miocardio (aumento del riesgo en fumadoras, hipertensas y diabéticas), insuficiencia cardíaca.

Cefalea severa (migraña) con síntomas neurológicos focales y recurrentes, a cualquier edad.

Cáncer de mama actual, de endometrio, de ovario o cualquier otro tipo dependiente de estrógenos.

Diabetes con complicaciones vasculares, neurológicas o renales, (nefropatía/ retinopatía/ neuropatía).

Diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.

Hepatitis viral activa.

Cirrosis hepática severa (descompensada).

Tumores del hígado, benignos o malignos.

Condiciones donde hay alto riesgo de trombosis (perfil lipídico aterogénico, anormalidad conocida en la coagulación o fibrinólisis).

Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Sangrado anormal no diagnosticado del tracto genital.

Alergia a los anticonceptivos hormonales (reportados pocos casos).

Corea.

Síndrome urémico hemolítico.

Discrasias sanguíneas.

Adenoma de la hipófisis con hiperprolactinemia.

Indicaciones en casos especiales:

Los anticonceptivos hormonales combinados continuos, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso, se pueden proporcionar a:

- Mujeres con estructura física normal o un poco más grandes; con ciclos menstruales regulares o no; sanas y confiables en la administración correcta del anticonceptivo, se prescribirán de preferencia dosis muy bajas o bajas de 30 mcg. o menos de etinilestradiol o micro dosis.
- En mujeres obesas prescribir dosis medias de 30 mcg. de etinilestradiol.
- En adolescentes sin acné, delgadas o con peso ideal, mamas grandes y sangrados menstruales abundantes; en mujeres mayores o de 35 años, próximas a la menopausia y aún un año después de la menopausia, sintomáticas y con historia previa de trastornos de la coagulación, se recomienda prescribir micro dosis con 20 mcg. o menos de etinilestradiol asociado con progestágenos de 3era. generación (desogestrel 150 mcg).
- En adolescentes con • acné, con mamas pequeñas, con sangrados menstruales normales o escasos y de constitución obesa, prescribir micro dosis con 30 mcg. de etinilestradiol asociado con progestágenos de 3era. generación (gestodeno 75 mcg, o Acetato de Clormadinona 2mg.).
- En estados de desfeminización o androgenización (acné, hirsutismo) se pueden prescribir combinaciones de 35 mcg. de etinilestradiol asociado a un antiandrógeno (acetato de ciproterona 2000 mcg).



Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se ingieran las tabletas o grageas en forma correcta.

Cuadro Nº 9
Ventajas y efectos benéficos de la toma de aoc

Ventajas	Efectos Benéficos	Otros efectos benéficos
<p>Son muy eficaces, seguros, fáciles de usar, reversibles, su uso es independiente del coito y da mayor tranquilidad a la usuaria al eliminar el riesgo de embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No interfiere con la relación sexual. • Pocos efectos colaterales. • El uso puede interrumpirse con facilidad. • Puede ser proporcionado por personal no médico. • Regularización de los ciclos menstruales. • Rápido retorno de la fertilidad tan pronto como se interrumpe su uso. 	<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia elevada cuando se toman diariamente. • Eficacia inmediata al iniciarse dentro de los primeros siete días del ciclo. • Flujos menstruales menos profusos y menos dolorosos. • Puede mejorar la anemia. • Protegen contra el cáncer de ovario y del endometrio. • Disminuye la enfermedad benigna de la mama. • Previene el embarazo ectópico. • Disminuye el riesgo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce o alivia los dolores menstruales (dismenorrea), mejora la tensión premenstrual. • El sangrado menstrual disminuye en cantidad y en el número e días. • Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica ya que el espesamiento del moco cervical impide la penetración de las bacterias. • Reducen la incidencia de quistes funcionales del ovario. • Reducen la incidencia de enfermedades benignas de la mama. • Reducen la incidencia del cáncer de ovario y endometrial. • Reducen el riesgo de embarazo ectópico. • Pueden mejorar los desórdenes sebáceos (acné, piel grasosa). • No hay dolor ovulatorio al producir anovulación. • Mejora la endometriosis. • Menos enfermedades de la tiroides, de artritis reumatoide, de úlceras duodenales (en investigación). • Protege contra la anemia producida por el sangrado menstrual excesivo.

Cuadro Nº 10
Desventajas y efectos adversos de los aoc

Efectos adversos menores	Desventajas	Efectos adversos mayores y comp. que son signos de alarma
<ul style="list-style-type: none"> • Candidiasis vaginal, dismenorrea, mastodinia, galactorrea. • Náuseas, vómitos, mareos, cefalea. • Leve ganancia de peso por retención hídrica que producen los estrógenos o por anabolismo que producen los progestágenos. • Turgencia mamarias y sensibilidad de las mismas (mastalgia y mastodinia) por la retención de líquidos en las mamas. • Retraso menstrual o amenorrea. • Sangrado intermenstrual (spooting) o sangrado menstrual escaso (hipomenorrea), ausencia de sangrado por privación (amenorrea). • Trastornos psiquiátricos: cambios en el estado de ánimo, depresión, irritabilidad, cambios de la libido. • Trastornos cutáneos: Cambios en la piel (cloasma, melasma, telangectasia, exantema, neurodermatitis, eritema nudoso, multiforme, eritema nodoso, eccema, fotosensibilidad, acné, seborrea). • Pérdida del cabello o alopecia, Hirsutismo, hipertrichosis . • Disminución de la líbido. • Colestasis. • Disminución del volumen y contenido de proteínas de la leche materna. • Ectopia y ectropión del cérvix que producen aumento del flujo menstrual y mayor riesgo de cervicitis. • Aumento de tamaño de miomas. • Alergia a los esteroides. • Retención de líquidos. • Disminución de la gamma globulina circulante. • Se reduce la tolerancia a la glucosa y en un 3% presentan hiperglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se pueden utilizar durante la lactancia. • Se requiere un suministro periódico de píldoras y estricta ingestión diaria. • No protege contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. • Alteración del metabolismo de los lípidos, según dosis. • Alteración del mecanismo de la coagulación provocado principalmente por el estrógeno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor abdominal intenso. • Dolor torácico intenso. • Disnea. • Cefalea intensa. • Migraña severa. • Visión borrosa. • Fosfenos. • Acúfenos. • Ceguera. • Dolor de miembros inferiores. • Ictericia.

Métodos hormonales inyectables intramusculares hormonales combinados mensuales.¹⁰

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

¹⁰ Ibimen 37

Mecanismo de acción:

Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo vuelve inadecuado para la penetración de los espermatozoides.

La primera aplicación debe hacerse

- Entre el 8vo. y 10mo día del ciclo para Depoprovera,
- Durante el primer día de inicio de la menstruación para la Mesigyna intramuscular en región glútea.
- En amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento, siempre y cuando este razonablemente segura de que no esta embarazada. En post parto y post cesárea después de 3 semanas si no está lactando.
- En lactancia:

En posparto o post cesárea:

- Después de 3 semanas si no está lactando.
- Si esta lactando y tiene mas de 6 meses y se encuentra en amenorrea, puede aplicarse la inyección y manejarse como en amenorrea.
- Si presenta ciclos menstruales y han pasado más de 6 meses post parto o post cesárea, puede recibir la primera inyección tal como se aconseja para otras mujeres con ciclos menstruales.

En post aborto: Iniciar en los primeros 7 días post legrado o post aborto.

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse:

- Aplicar a las cuatro semanas, el mismo día del mes en que se inyectó la primera dosis, independientemente de la fecha de venida de su menstruación, para el caso de la Mesigyna.

Deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después de reintegrarse a actividades normales.

Criterios de elegibilidad de la OMS.

Similar a los anticonceptivos combinados orales.

Cuadro Nº 11
Ventajas y beneficios de los anticonceptivos combinados inyectables mensuales

Ventajas	Beneficios	Efectos beneficiosos no anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> • Son fáciles de usar. • Eficacia inmediata si se aplica en la fecha correspondiente. • Debe administrarse nueva dosis cada 4 semanas. • Su uso es independiente de la relación sexual. • Pocos efectos colaterales. • No afecta la función gastrointestinal. • Su uso es prolongado y de larga duración con lo cual se evita la administración diaria de hormonas. • Es reversible. • Su uso es privado; solamente el proveedor y la usuaria comparten la información. • Liberan una dosis más baja de hormonas que los bimestrales y trimestrales. • Mayor eficacia anticonceptiva por anovulación segura mayor al 99%. • Menor posibilidad de olvido. • Gran aceptabilidad y altas tasas de continuación. • Pueden ser administrados por personal no médico, capacitado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Pueden mejorar la anemia. • Disminuyen la cantidad y duración del sangrado durante el período menstrual. • Pocos efectos colaterales. • Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio. • Disminuyen la enfermedad benigna de la mama. 	<p>Participan de los efectos beneficiosos de los anticonceptivos hormonales orales combinados y además presentan estos otros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carecen de efectos masculinizantes aún en su uso prolongado. • Los ciclos son similares a los fisiológicos. • Menos efectos colaterales que los métodos orales. • Rápido retorno a la fertilidad.

Cuadro Nº 12
Desventajas y efectos adversos de los anticonceptivos combinados, inyectables mensuales

Efectos adversos menores	Desventajas	Efectos adversos mayores y complicaciones que son signos de alarma
<ul style="list-style-type: none"> • Los cambios en los patrones de sangrado menstrual son poco frecuentes, el primer ciclo suele ser corto con el uso de Mesigyna, de 10 a 12 días, los sangrados subsiguientes ocurren con un mes de intervalo. • La amenorrea no es frecuentes. • La mayoría de las usuarias tienen un patrón normal de sangrado menstrual. • Cefalea. • Náuseas. • Vómitos. • Mareo. • Mastalgia. • Incremento de peso corporal. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se puede usar durante la lactancia. • Puede haber aumento de peso. • Se debe administrar una inyección intramuscular lo que para algunas mujeres no es deseable. • No protege contra las infecciones de transmisión sexual ni contra el virus del SIDA. • Una vez administrado no se puede discontinuar hasta que pase el efecto de la dosis suministrada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones: • Sospecha de embarazo. • Cefalea intensa. • Alteraciones visuales (pérdida de la visión, visión borrosa). • Dolor torácico, tos, cansancio. • Dolor abdominal severo • Disnea. • Dolor de miembros inferiores. • Trombosis venosa. • Sangrado uterino anormal. • Ictericia. • Dolor o molestias en el sitio de la inyección. • Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

Hormonales inyectables intramusculares sólo con progestágenos de depósito trimestrales

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

Tipos y presentación:

Frascos que contienen un sólo progestágeno sintético de depósito:

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

Mecanismo de acción: Actúa a nivel del moco cervical, endometrio y trompas de Falopio.

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

Proporcionar consejería específica:

- Se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre este método anticonceptivo, reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas, brindar información detallada sobre el método.
- Se pondrá énfasis en la forma de administración, efectividad, ventajas, desventajas, en las indicaciones y contraindicaciones; en la aparición de efectos adversos menores y mayores, en las complicaciones que pueden ocurrir por el uso de los mismos; en la aceptación del método; el costo, el manejo de eventualidades y en garantizar la entrega de los anticonceptivos inyectables trimestrales o bimestrales.

Forma de administración:

- Aplicar intramuscularmente, profundo, en la cadera, en la región glútea.

Administración de inicio:

En intervalo: La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros siete días del inicio del período menstrual o en cualquier momento si hay seguridad razonable de que no está embarazada

En Amenorrea: Puede recibir la primera inyección en cualquier momento si está razonablemente segura de que no está embarazada.

En el posparto o post cesárea

- Si está lactando, aplicarla después de 6 semanas posteriores al nacimiento.
- Si no está lactando, a los 7 días del nacimiento o de inmediato.
- Si esta utilizando el método de lactancia amenorrea (MELA) y desea cambio de método, después de seis meses de lactancia.
- Puede recibir la primera inyección en cualquier momento.

En el post aborto

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días.
- De preferencia utilizar este método sólo durante la lactancia.

Administraciones subsiguientes:

Las aplicaciones subsiguientes deben hacerse para la DMPA cada tres meses, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

La nueva inyección se puede administrar hasta dos semanas antes o después de la fecha prevista para el DMPA.

Inyección tardía: Si tiene más de 2 semanas de atraso para la administración de la nueva inyección de DMPA, podrá recibir la inyección si está razonablemente segura de que no esta embarazada.

No se necesita un tiempo de descanso, y se pueden usar por todo el tiempo que la usuaria lo desee.

Procedimientos para la prescripción:

Brindar Consejería.

Determinar el estado de salud, detectar el riesgo reproductivo, las condiciones que requieren atención libre o seguimiento cercano o atención médica a fin de controlarlas y tratarlas. A fin de que se garantice que no se presenten complicaciones derivadas del uso del método anticonceptivo.

Seleccionar el método con consentimiento informado.

El personal comunitario debe ser capaz de determinar el estado de salud y referir en todos los casos en que sea necesaria la valoración por el personal de salud.

Personal entrenado en la aplicación de inyectables.

Se tendrá especial atención para evitar el uso indistinto de inyectables de progestinas e inyectables hormonales combinados en dependencia de su diferente formulación y duración de la efectividad.

Se utilizarán jeringas y agujas estériles desechables o jeringas prellenadas.

Duración de la protección anticonceptiva:

La protección anticonceptiva esta limitada a cada uno de los ciclos durante los cuales se aplique el método inyectable trimestralmente o bimensualmente en forma correcta.

Criterios de Elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

Los anticonceptivos hormonales inyectables de solo progestágenos, trimestrales, deben proporcionarse después de haber recibido consejería apropiada, haber hecho una selección informada y si no tiene contraindicaciones para su uso.

No hay riesgo con el uso de este método en los siguientes casos:

- Mujeres en edad fértil, de 18 a 45 años de edad, nulíparas o multíparas, con vida sexual activa, que lo soliciten y prefieren el método temporal inyectable de larga duración o para quienes la administración oral no ofrece suficiente seguridad y es un problema tomar pastillas todos los días
- Mujeres en las que hay contraindicaciones de otros métodos.
- En posparto o poscesárea, lactando, después de 6 semanas, fecha en que esta establecida la lactancia y hasta 6 meses y mas tiempo posteriores al nacimiento. En mujeres que no lactan desde antes de 21 días posteriores al nacimiento.
- En post aborto, del primer, segundo trimestres e inmediatamente después de aborto séptico.
- Con historia de cirugía pélvica.
- Epilepsia.
- Anemias por talasemia, drepanocítica, ferropénica.

- Interacción de drogas: antibióticos (excluyendo rifampicina y griseofulvina).
- Mujeres con prácticas sexuales de riesgo.
- Cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz.

Categoría 2: Generalmente usar el método

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Mujeres que tienen algunos problemas y pueden lograr cambios con uno o más de los efectos colaterales benéficos de los anticonceptivos inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales.
- Menores de 18 años, mayores de 45 años.
- Obesidad.
- Neoplasia cervical Intraepitelial (NIC).
- Cáncer cervical (en espera de tratamiento).
- Drogas comúnmente usadas que afectan las enzimas del hígado: Antibióticos (rifampicina y griseofulvina). Anticonvulsivantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primadona).
- Sangrado menstrual irregular, ya sea en cantidad o duración.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa cuando se utilizan anticonceptivos hormonales inyectables de progestágenos solos, trimestrales o bimensuales, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios, recomiéndele otros métodos posibles.
- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.
- Factores múltiples de riesgo para enfermedad arterial cardiovascular (tales como mayor de edad, fumar, diabetes e hipertensión).
- Hipertensión: Niveles elevados de presión arterial, sistólica mayor de 160 y diastólica mayor de 100 mm/Hg. Enfermedad cardiovascular.
- Diabetes con Nefropatía/Retinopatía/Neuropatía. O diabetes y otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración.
- Cardiopatía isquémica actual.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Indicaciones iguales en esta categoría a la de los anticonceptivos orales de progestágenos solos.
- Mujeres fumadora o no, que serán sometidas a cirugía mayor en un lapso de 4 semanas
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Cáncer mamario actual.
- Sangrado vaginal de causa desconocida, aún no diagnosticada.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.

Cuadro N° 13
Ventajas y beneficios del uso de dmpa

Ventajas o beneficios	Efectos beneficiosos no anticonceptivos
<ul style="list-style-type: none"> • No afectan la función gastrointestinal por ser inyectable. • Eficacia elevada. • Evitan el primer paso por el hígado causando menos cambios metabólicos. • No contienen estrógenos. • De acción prolongada, de tres meses para el Acetato de Medroxiprogesterona y dos meses para la Noretisterona por inyección. • No está relacionado con el coito. • Ofrece privacidad a la usuaria ya que no requiere mantener suministros en la casa. • Para algunas mujeres, la amenorrea prolongada puede ser deseable y aceptada como una ventaja. • Disminuyen los cólicos, el dolor menstrual y el dolor ovulatorio. • Disminuyen el flujo menstrual. • Mejoran la anemia. • Se puede utilizar durante la lactancia ya establecida. • Puede ser administrado por personal capacitado, no médico. • Disponibles en programas de distribución comunitaria y en las farmacias. • Si se usa durante el embarazo no sospechado ni diagnosticado, hay estudios que confirman que no causan malformaciones congénitas. • Requiere visitas periódicas cada tres o dos meses para abastecimiento y administración. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reduce el riesgo de embarazo ectópico. • Protege contra la enfermedad inflamatoria pélvica al espesar el moco cervical que dificulta la entrada de las bacterias al tracto genital. • Mejora la anemia al reducir el sangrado menstrual o quedar en amenorrea. • No reduce la producción y el volumen de leche materna. • Mejora la dismenorrea. • Existe ausencia de los efectos adversos de los estrógenos. • Hace menos dolorosa las crisis drepanocíticas en la anemia falciforme. • No aumenta el riesgo de cáncer de ovario, genital o hepático. • Reduce el riesgo de cáncer endometrial. • Mejora la endometriosis. • Reduce el riesgo de enfermedades cardiovasculares ya que no contiene estrógeno. • No causa malformaciones al feto cuando se administra a pacientes embarazadas en el primer trimestre.

Cuadro Nº 14

Desventajas, efectos adversos, contraindicaciones del uso de dmpa

Desventajas	Efectos adversos	Otras contraindicaciones de los hormonales inyectables de progestágenos solos
<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en el patrón del sangrado menstrual, principalmente amenorrea, sangrado o manchas irregulares. • En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias). • Aumento de peso, más o menos 4 libras durante el primer año de uso. • Cuando se acaba la eficacia de la última inyección al cabo de tres meses, la fertilidad se reanuda de 2 a 6 meses después. • Existe riesgo de transmisión del virus del SIDA si los proveedores de la administración no usan agujas y jeringas estériles. • No protege a mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual y al VIH/SIDA, por lo cual se requiere el uso de condones adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • La mayoría de las mujeres tienen ciclos menstruales irregulares en el primer año de uso y luego caen en amenorrea por períodos de tres meses o más; otras tienen sangrado irregular o manchado, o cambios en la duración y cantidad del sangrado menstrual. • El uso prolongado puede causar una reducción de la densidad ósea, pero esto necesita investigarse más a fondo para confirmarse. • Hay una leve disminución de las lipoproteínas de alta densidad (HDL) y los hidratos de carbono, por lo cual deben ser vigilados en las mujeres con riesgo a intolerancia a la glucosa o que ya la tienen. • Otros efectos adversos son: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Cefalea. ◦ Mastalgia. ◦ Aumento de peso moderado. ◦ Depresión. ◦ Disminución de la libido. ◦ Mareos. ◦ Reacción alérgica ocasional. 	<ul style="list-style-type: none"> • Según criterios de elegibilidad de la OMS. Se puede usar en adolescentes, pero se debe individualizar cada caso por los riesgos de hipotrofia endometrial y sangrados anormales rebeldes a tratamiento.

Conducta a seguir en caso de efectos adversos

- En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el método, ya que los efectos adversos pueden ser transitorios.
- Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Embarazo.
 - Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
 - Cuando los efectos adversos persisten o se agravan.

1.2 Métodos permanentes

a.- Oclusión tubárica bilateral (OTB)

Métodos femeninos permanentes: Oclusión Tubárica Bilateral (OTB), esterilización quirúrgica voluntaria, corte y ligadura tubaria, tubectomía.

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

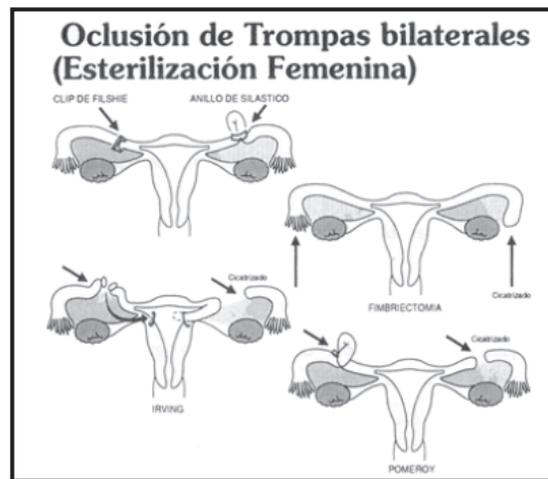
Tipos: En la práctica del procedimiento quirúrgico se debe abordar la trompa en la región más avascular y se debe recortar la menor cantidad posible de tejido de la trompa.

1- Según vía de acceso:

- Minilaparatomía (MINILAP).
- Laparotomía.
- Laparoscopia.
- Colpotomía posterior. (No recomendada como uso de rutina, se facilita el uso de fimbriectomía que tiene un porcentaje alto de fallas).

2.- Según la técnica quirúrgica:

- Minilaparotomía:
- Pomeroy o Pomeroy modificada, son las técnicas más recomendadas.
- Otras Técnicas conocidas son:
 - Uchida
 - Madlenern
 - Fimbriectomía
 - Aldridge
 - Kroener



Laparoscopia:

- Oclusión mecánica mediante la aplicación de anillo de Yoon o Clip.
- Electrofulguración.

3.- Según técnica anestésica:

- Con anestesia local más sedación.
- Con anestesia regional, Bloqueo Epidural.
- Con anestesia general.

4.- Según el momento de realización:

- Intervalo ínter genésico: Efectuar en cualquier momento del ciclo si se tiene la certeza de ausencia de embarazo.
- Posparto: Efectuar inmediatamente o en los primeros 7 días pos parto, el fondo uterino esta cerca del ombligo y permite el acceso a través de incisión sub umbilical.
- Trans cesárea: Efectuar en el transcurso de la cirugía, después de la expulsión de la placenta y luego de haber cerrado la Histerotomía.
- Post aborto: Efectuar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días, siempre que no haya infección.

Mecanismo de acción:

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica: Minilaparotomía o Laparoscopia.

La vía de acceso a la cavidad abdominal será por minilaparotomía y el procedimiento de elección la técnica de Pomeroy modificada, que incluye salpingectomía, corte, sección y ligadura de las trompas con catgut simple 0 y los extremos cortados de las trompas ligados con seda 0. En las unidades que cuenten con Laparoscopia pueden usar esta técnica aplicando anillos de Yoon o Clips o Grapas o Cauterización siempre que cuenten con personal capacitado y equipo necesario. Todo con el fin de evitar que el óvulo y el espermatozoide puedan unirse.

Eficacia: Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de falla es muy baja, un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso, la tasa acumulativa es de 0.9 embarazos por 100 mujeres a 10 años.

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere:

1. Un proceso amplio de consejería previo a su realización.
2. Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella digital) o de su representante legal; (ver el Anexo No. 6): "Autorización quirúrgica voluntaria y Consentimiento informado de esterilización quirúrgica."
3. Efectuar Historia clínica, que comprenda examen físico, tomar la tensión arterial, realizar examen de mamas, examen pélvico y tomar muestras para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).
4. Evaluación del riesgo quirúrgico y del riesgo anestésico.
5. El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.

6. El procedimiento puede hacerse como cirugía ambulatoria; como hospitalización de corta estancia en los casos de puerperio, en el post aborto y en intervalo ínter genésico.
7. Es muy importante dar apoyo psicológico antes y después de la operación de esterilización, orientar a la usuaria hacia la búsqueda de ayuda en el Centro de Salud si cree tener algún problema o duda luego del alta.
8. Explicar los cuidados posoperatorios y las señales de alarma ante posibles complicaciones.

Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria:

La consejería reviste importancia particular en el caso de la anticoncepción quirúrgica voluntaria pues se trata de una intervención quirúrgica y es de carácter permanente. La consejería debe ser neutral, el proveedor no deberá tratar de persuadir o influir en la usuaria para que elija este método en preferencia a otros métodos temporales.

La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes se debe basar en el conocimiento que la persona usuaria tenga sobre la irreversibilidad del procedimiento, reforzar sus conocimientos, aclarar sus dudas y a partir de este punto tomar su decisión informada sobre la práctica del método y sobre las repercusiones sobre su fecundidad. La aceptación debe consignarse por escrito y debe incluirse en el expediente clínico.

El proveedor que brinda la consejería debe:

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

Por ejemplo:

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

¿Quiénes y dónde pueden practicar OTB?:

Deberá ser realizada por personal de salud (Médicos Gineco-Obstetras, Cirujanos y Médicos Generales avalados por la Universidad en donde se formaron) con experiencia en cirugía abdominal y pélvica, que han sido previamente capacitados

y entrenados en la exploración del aparato genital femenino y en las técnicas quirúrgicas de Oclusión Tubaria Bilateral o Esterilización quirúrgica y en las técnicas de anestesia local y sedación y autorizados por el Responsable de la Unidad de Salud ofertante.

El procedimiento se debe realizar en Unidades de Salud acondicionadas y acreditadas con este propósito bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.

Duración de la protección anticonceptiva:

Este método anticonceptivo es de acción permanente, la usuaria debe estar plenamente consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento quirúrgico.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método.

La esterilización quirúrgica se realizará en cualquier momento a toda usuaria en edad fértil, que desee un método permanente y que voluntariamente lo solicite, siempre que se esté razonablemente seguro de que no esta embarazada, que haya recibido consejería, firmado o autorizado su consentimiento informado y en dependencia del marco legal vigente y llene los siguientes requisitos:

- Haber recibido consejería.
- Paridad satisfecha. Mujer mayor de 30 años, con cualquier paridad. Mujeres con 3 o más hijos vivos a cualquier edad. Mujeres con Indicación Médica.
- Mujeres que tienen algún problema de salud que constituye una contraindicación un embarazo futuro o la utilización de otros métodos de planificación familiar.
- Mujeres en las cuales un embarazo representa un riesgo inaceptable para su salud.
- Mujeres que desean un método altamente eficaz y permanente.
- Mujeres en posparto, trans cesárea, post aborto, en intervalo ínter genésico.
- Sin cirugía previa. Mujeres sin tumoraciones pélvicas.
- Se indicará en casos especiales o que no cumplan con los requisitos anteriores, ejemplo: obesidad, según la habilidad del cirujano; antecedente de cirugía previa sin complicaciones.
- En todas las unidades MINSAs, se deberá realizar la MINILAP con anestesia local cuando se cumpla con los requisitos para este tipo de anestesia.
- Se indicará anestesia regional o anestesia general con valoración previa del médico anesthesiólogo.

- Si el procedimiento es con anestesia local se garantizará que la usuaria reciba 60 minutos antes un ansiolítico y un analgésico. Recomendamos Diazepan 10 mg vía oral y Diclofenac 75mg/IM.

Categoría 2: Generalmente usar el método.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

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

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

Discrasias sanguíneas no controladas. Trastornos de la coagulación. Obesidad marcada (peso mayor de 80 kg.). Enfermedad cardíaca sintomática.

No debe efectuarse esterilización a una mujer que recientemente haya estado embarazada si hubo:

Sepsis puerperal. Ruptura prolongada de membranas. Hipertensión. Hemorragia anteparto o posparto. Traumatismo severo del tracto genital. Psicosis posparto. Recién Nacido en condiciones inciertas de salud. Aborto séptico reciente. Hemorragia post aborto severa.

Los problemas médicos significativos que son contraindicaciones relativas, deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no puede ser usado en los siguientes casos:

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Mujeres que no den su consentimiento voluntario e informado por escrito.
- Tumor pélvico sin diagnóstico conocido.

- Falta de movilidad uterina (adherencias).
- En el posparto o trans cesárea cuando el neonato presenta problemas de salud que comprometan su supervivencia.

Cuadro N° 15
Ventajas y beneficios de la otb

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"> • Eficacia inmediata y elevada. • Es un método permanente. • No interfiere con la lactancia. • No interfiere con las relaciones sexuales. • Es un procedimiento quirúrgico sencillo que generalmente se realiza con anestesia local y sedación. • No tiene efectos secundarios a largo plazo. • No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Es un buen método en el caso de usuarias en las que de darse un embarazo, éste es un alto riesgo para su salud.

Cuadro N° 16
Desventajas y efectos colaterales de la otb

Desventajas:	Efectos colaterales:
<ul style="list-style-type: none"> • Es un método permanente. • Puede haber arrepentimiento con posterioridad. • La cirugía implica un pequeño riesgo. • Requiere de un equipo Médico capacitado. • No brinda protección contra ITS y VIH/SIDA. 	<ul style="list-style-type: none"> • No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.

Cuadro N° 17
Complicaciones anestésicas y quirúrgicas de la otb

Complicaciones anestésicas	Complicaciones quirúrgicas inmediatas	Complicaciones quirúrgicas tardías
<p>Dependerán del tipo de anestesia utilizada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • En caso de Bloqueo epidural: <ul style="list-style-type: none"> ○ Punción de la duramadre. ○ Absorción masiva del anestésico. ○ Hipotensión arterial. ○ Broncoaspiración. ○ Paro respiratorio. ○ Insuflación gástrica. ○ Alergia a los anestésicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hematoma de la herida quirúrgica. • Hemorragia intraperitoneal. • Infección de la herida quirúrgica. • Infección pélvica. • Lesiones de órganos intraabdominales en el transoperatorio. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fracaso de la esterilización: • La recanalización de trompas dando lugar a un embarazo intrauterino. • Riesgo de embarazo que podría ser un embarazo ectópico. • La mortalidad atribuible al procedimiento, tomando en cuenta las complicaciones anestésicas y quirúrgicas es de 1:10.000 intervenciones.

Duración de la protección anticonceptiva.

Este método anticonceptivo es permanente; la usuaria debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

Instrucciones pre y post operatorias de la esterilización quirúrgica, (ver Anexo)

Seguimiento de la usuaria:

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar a los siete días post cirugía para revisión de la herida quirúrgica, retiro de puntadas y del DIU, en caso que la usuaria estuviese planificando con ese método y no se retiró durante el transoperatorio.

Reforzar que ha quedado estéril desde el momento en que terminó la operación.

Sus menstruaciones continuarán hasta la menopausia y con las características similares a antes de su intervención y fuera del uso de métodos anticonceptivos.

Se debe instruir a la usuaria para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología de infección urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Fiebre.
- Dolor local en la herida quirúrgica.
- Mareos, desmayo.
- Sangre o fluidos que salen por la incisión.
- Signos y síntomas de embarazo.

En caso de no existir complicaciones, las revisiones siguientes se deben efectuar cada año, en las cuales, siempre que sea posible, se efectuará revisión ginecológica completa y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Orientar a la usuaria sobre el reinicio de la vida sexual activa: no antes de los 15 días después de la cirugía.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS MASCULINOS:

2.1 Métodos temporales

a.- Naturales

a.1 La abstinencia ya descrita en los métodos naturales femeninos.

a.2 Coitus interruptus, coito interrumpido, retiro.

Es un método de planificación familiar cuya responsabilidad mayor recae en el hombre, consiste en interrumpir voluntariamente el acto sexual mediante retirar el pene de la vagina antes de producirse la eyaculación; es muy poco confiable.

Efectividad anticonceptiva:

Es baja, se estima que alcanza el 82% el primer año, en usuarios típicos. Un embarazo en cada cinco parejas en el primer año de uso. La principal razón de falla es el escape de semen y espermatozoides por la uretra antes de la eyaculación.

Indicaciones:

Mujeres o parejas con Categoría 1 de criterios de elegibilidad médica de abstinencia periódica en general.

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método:

Hombres con vida sexual activa.

En las siguientes situaciones:

- Parejas con actividad sexual esporádica.
- Relación sexual fortuita.
- Preferencia a otros métodos.
- Parejas que por razones religiosas o filosóficas no deseen utilizar otros métodos.
- Parejas que necesiten anticoncepción de inmediato.

Contraindicaciones:

Categoría 4: No debe usarse el método.

Este método no debe ser usado en los siguientes casos:

- Hombres con eyaculación precoz.
- Hombres con dificultad para retirar el pene de la vagina antes de la eyaculación.
- Parejas que necesiten de un método altamente eficaz y de larga duración.
- Parejas para las que un embarazo represente un riesgo de salud para la mujer.

Cuadro Nº 18
Ventajas y desventajas del coitus interruptus

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • No tiene efectos secundarios aparentes. • Sin costo. • Estimula la participación masculina en la anticoncepción. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interfiere con la espontaneidad del coito. • Tiene altas tasas de fracaso. • Aunque no tiene efectos secundarios médicos, la interrupción de la relación sexual puede resultar inconveniente para algunas parejas.

Interrogue sobre:

- Sobre si la usuaria o la pareja tiene cualquier pregunta o asunto que conversar.
- Pregunte sobre la experiencia con el método, si está satisfecha y si tiene algún problema. Revise las observaciones hechas por ella o la pareja en consultas anteriores
- Verifique que la pareja esté utilizando el método correctamente, ofrezca cualquier información o ayuda que sea necesaria.
- Si tienen problemas que no pueden solucionarlos ayúdelos y aconséjelos para utilizar otro método.
- Oriéntela si desea continuar con el mismo método, si desea cambio de método o si va a buscar un nuevo embarazo.
- Planifique la próxima consulta.
- Si la mujer o la pareja están satisfechos con el método, oriéntelos a que lo sigan utilizando y a que se abstengan de relaciones en el período fértil o a utilizar métodos de barrera en ese tiempo.
- Si necesitan mayor capacitación, proporciónale consejería en el momento y según su necesidad, planifique la próxima consulta en función de su necesidad de consejería y de utilización o no del método actual o la necesidad de cambio de método.

Visitas subsecuentes, de seguimiento en la Usuaris de Métodos Naturales.

b.- De Barrera

Condón o preservativo

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

Tipos: De látex (tratados con espermicidas) de plástico (Vinyl), protege contra Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA

Naturales (de productos animales), no detienen el virus del SIDA.

Hay condones de diferentes clases y marcas, difieren en sus características:

Forma: corrientes, con una tetilla para recoger el semen, contorneados para adaptarse a la forma del pene.

Presentación: Sobres individuales conteniendo una unidad enrollada.

Mecanismo de acción: Impide de manera mecánica y química que los espermatozoides del hombre entren en contacto con la vagina, el cuello del útero y el óvulo de la mujer.

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

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Brindar consejería adecuada que permita al usuario el uso correcto del condón, utilizando en la medida de las posibilidades ilustraciones gráficas.
- Brindar al usuario un plegable que contenga las instrucciones sobre el uso correcto.
- Recomendar la combinación con espermicidas.
- Recomendar evitar lubricantes no acuosos como aceites, crema, vaselina, etc.
- Orientar sobre su efectividad, en la prevención de ITS/SIDA.
- Explique que el empaque del condón tiene una muesca por donde es más fácil abrir y poder extraer el condón.
- Demuestre la colocación correcta del condón en el pene.

Forma de administración:

Dotar al usuario de suficiente cantidad y orientarlo sobre su uso correcto indicándole que debe:

- Utilizar un condón nuevo para cada relación sexual.
- Abrir cuidadosamente el sobre para evitar romper el condón.
- No utilizar un condón dañado o vencido.
- No usar condones después de cinco años de fabricación.
- No desenrollar el condón antes de utilizarlo.
- Colocar el condón cuando el pene está erecto y antes de penetrar en la vagina.
- Ubicar el condón en la punta del pene presionando la tetilla entre los dedos y dejando un centímetro libre, sin aire, para recoger el semen.
- Desenrollarlo con el pene erecto, antes de la relación sexual hasta llegar a la base del pene, sin dejar arrugas en el preservativo.

- Después de la eyaculación mantener el borde del condón contra la base del pene y retirarlo suavemente de la vagina antes de perder la erección y así prevenir que se derrame el semen.
- Retirar cuidadosamente el condón del pene.
- Desechar el condón y botarlo en un lugar apropiado.

Conducta a seguir en caso de uso irregular

- Reforzar la consejería.
- Cambiar a otro método.
- Recurrir a la anticoncepción de emergencia.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

- No hay riesgo con el uso de este método.
- Parejas y hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:
 - Deben proporcionársele a toda pareja y hombres que los soliciten, habiendo recibido previamente consejería adecuada.
 - Hombres que desean participar activamente en la planificación familiar.
 - Como respaldo a otros métodos.
 - Como anticoncepción inmediata.
 - Como método anticonceptivo cuando existe actividad sexual esporádica.
 - Como método en parejas en las que uno o ambos miembros tengan más de una pareja sexual aunque estén utilizando otro método.
 - Como método de respaldo durante las primeras eyaculaciones después de una vasectomía.
 - Parejas que necesitan un método temporal mientras esperan por un método a largo plazo
 - Como prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA.
 - En caso de relaciones sexuales ocasionales o fortuitas.
 - Por preferencia a otros métodos.
 - Eyaculación precoz.
 - Lesión en el cuello uterino.
 - Parejas en las que uno o ambos miembros tengan más de una pareja sexual aunque estén utilizando otro método.

Categoría 2: Generalmente usar el método

- Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección.

- Indicaciones similares a métodos de barrera generales en esta categoría.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil. Hipospadias o epispadia.
- Alto riesgo reproductivo.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no hayan otros métodos disponibles o aceptables.

- El método no es usualmente recomendado, Infórmele a la usuaria que estas condiciones requieren valoración cuidadosa, deben explicarse los riesgos potenciales que podrían ser mayores que los beneficios.
- Alergia o hipersensibilidad al látex (plástico) o al espermicida.
- Parejas para las cuales el embarazo puede representar un serio riesgo a la salud de la mujer.

Categoría 4: No debe usarse el método.

- Este método no debe ser usado en los siguientes casos:
- Cuando un miembro de la pareja que no esta de acuerdo con el método. Hombres que están en Incapacidad para cumplir con su uso cuando lo necesite.
- Cuando la anticoncepción debe ser altamente segura y eficaz, ya sea porque se trata de mujeres con alto riesgo reproductivo y en las que de presentarse un embarazo este será de alto riesgo obstétrico o hay contraindicación de un embarazo por patologías agregadas (diabetes, cardiopatía) que pone en peligro su vida

Cuadro N° 19
Ventajas y beneficios del condón o preservativo

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"> • Fácil de conseguir, de usar y portar. • No requieren receta médica. • Son desechables. • Son de bajo costo. • Ofrece protección contra las enfermedades de transmisión sexual. • Estimula la participación masculina en la anticoncepción. • En hombres con dificultad para mantener la erección, el borde del condón tiene un ligero efecto de torniquete, lo cual lo ayudará a superar este problema. • Los condones lubricados pueden reducir la fricción mecánica y la irritación del pene o la vagina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Efectos beneficiosos no anticonceptivos. • Ayuda a proteger contra infecciones de transmisión sexual, inclusive contra el VIH.

Cuadro Nº 20
Desventajas y efectos adversos menores del condón

Efectos adversos menores	Desventajas
<ul style="list-style-type: none"> • Intolerancia al látex o al espermicida. • Interfiere en la actividad sexual. • En algunos casos disminuye la sensibilidad del glande. 	<ul style="list-style-type: none"> • Interfiere con la espontaneidad del coito. • Debe tenerse cuidado al almacenarlos, debe hacerse en lugares secos, protegidos del calor y de la humedad excesiva. • No se recomienda guardarlos en billeteras durante más de un mes. • Requiere del uso de un condón nuevo en cada acto sexual. • En algunos casos reduce la sensibilidad del pene. • Si no se utiliza correctamente cada vez que se tengan relaciones sexuales, puede fallar en su protección contra el embarazo, las ITS y la transmisión del VIH. • Un condón no lubricado, tiene mayor probabilidad de romperse dentro de la vagina si no hay una adecuada lubricación vaginal. • Los condones ultra delgados se rompen con mayor facilidad. • No debe haber contacto genital (Pene-Vagina) sin preservativo.

Complicaciones que son signos de alarma:

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

Conducta a seguir en caso de efectos adversos menores, desventajas o presentarse complicaciones:

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

Contraindicaciones absolutas:

No se conocen.

Seguimiento:

- Las visitas de seguimiento se deben efectuar de acuerdo a las necesidades del usuario, brindando consejería sobre el uso correcto periódicamente; proveer condones según necesidades del usuario.
- Anote en el registro la atención en planificación familiar.
- Investigue la satisfacción con el método.

c.- Hormonales

Actualmente el Ministerio de Salud no proporciona a los usuarios ningún método de planificación familiar hormonal.

2.2 Métodos permanentes

a.- Vasectomía

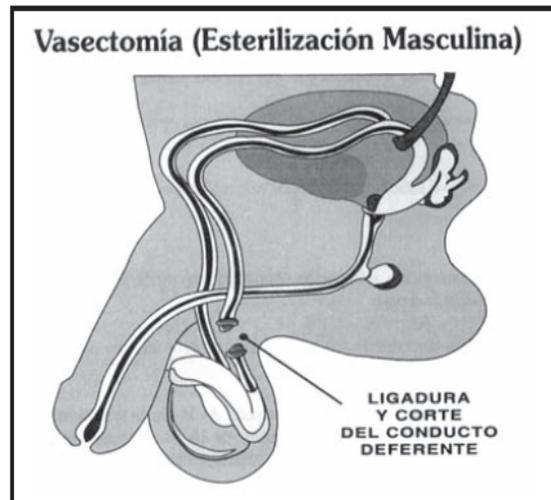
Definición: Es un método anticonceptivo que interrumpe la fertilidad en forma quirúrgica, voluntaria y permanente para el hombre. Se trata de una operación simple que puede realizarse como un procedimiento ambulatorio que pone fin a su capacidad reproductiva.

Tipos: Hay dos tipos de procedimientos:

- La técnica tradicional con incisión, una, en la línea media del escroto y, otra, con dos incisiones, a cada lado del escroto (con bisturí).
- La técnica de Li (sin bisturí).

Mecanismo de acción: Al obstruir ambos conductos deferentes por el corte y ligadura, no hay espermatozoides en el eyaculado. De esta forma el hombre produce líquido seminal sin espermatozoides, por lo que su compañera sexual no puede quedar embarazada.

Efectividad anticonceptiva: En condiciones habituales, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. La tasa de fallo es muy baja, 1 de cada 700 operaciones en el primer año de uso. Es importante dar a conocer a los usuarios que este método brinda protección hasta que el semen esté libre de espermatozoides.



Duración de la protección anticonceptiva: Este método anticonceptivo es permanente, el usuario debe estar consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

La vasectomía no es efectiva de inmediato, pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses posteriores al procedimiento, por lo que se debe recomendar el uso del preservativo u otro método, para evitar embarazos no deseados hasta que el conteo de espermatozoides sea negativo.

Lineamientos generales y específicos para su prescripción:

- Por su carácter permanente, se necesita un proceso amplio de consejería previo a su realización (consentimiento informado).

- Firma o huella digital del usuario o de su representante legal en el formato “Autorización quirúrgica voluntaria”, consignada por escrito e incorporada en el expediente clínico.
- El procedimiento quirúrgico debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado (Cirujano general, Urólogo).
- Debe manejarse como procedimiento ambulatorio en las unidades habilitadas con ese propósito.
- Determinar el estado físico, que sea adecuado para tolerar la esterilización.
- Determinar si existen condiciones que pueden aumentar los riesgos asociados al procedimiento.
- El procedimiento se realizará bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecida y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.
- Una vez realizado el procedimiento es importante dar apoyo psicológico al usuario antes y posterior a la cirugía y recomendarle asistir a un Centro de Salud si cree tener algún problema después de la operación.

Consejería en anticoncepción quirúrgica voluntaria:

- La aceptación de este método anticonceptivo permanente se debe basar en el conocimiento que el usuario tenga sobre el método, su irreversibilidad, se deben reforzar sus conocimientos y aclarar dudas.
- La persona que brinda la consejería debe:
 - Explicar brevemente, de forma clara y sencilla, la anatomía y fisiología de los órganos reproductores masculinos y femeninos.
 - Indicar en qué consiste la operación y qué consecuencias tiene.
 - Explicar brevemente las complicaciones que podría tener la cirugía y el porcentaje de falla del método.
 - Aclarar los mitos y tabúes sobre la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).
 - Esquematizar los pasos del procedimiento quirúrgico.
 - Identificar cualquier factor no médico que pueda hacer que después se arrepienta.
 - Asegurarse que el usuario tenga las indicaciones preoperatorios.

Quiénes pueden practicar Vasectomía:

Cirujanos Generales, Urólogos, Ginecólogos Obstetras, otros Médicos Generales que hayan sido adecuadamente capacitados.

Criterios de elegibilidad médica:

Categoría 1: Usar el método en cualquier circunstancia.

No hay riesgo con el uso de este método.

- La vasectomía es un procedimiento seguro y se realizará a todo usuario que voluntariamente lo solicite, siempre que haya recibido consejería específica apropiada, además de firmar un consentimiento informado.
- Hombres con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:
 - Hombres de cualquier edad que deseen un método permanente. Parejas y Hombres con fecundidad satisfecha. Hombres que deseen un método altamente eficaz y permanente. Hombres cuyas esposas están en edad reproductiva, corren un alto riesgo de salud en caso de quedar embarazadas o es una contraindicación un embarazo y no desean esterilizarse
 - Hombres que comprenden y voluntariamente consienten en que se les realice la vasectomía.
 - Por indicación médica.
 - VIH positivos. Usuarios de alto riesgo de adquirir VIH/SIDA.

Categoría 2: Generalmente usar el método.

Puede usarse el método aunque no debe considerarse de primera elección en los siguientes casos:

- Enfermedades hemorrágicas. Anemia grave. Terapia anticoagulante. Herida previa del escroto. Varicocele. Hidrocele. Diabetes.

Categoría 3: Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.

El método no es usualmente recomendado en los siguientes casos:

- Infección de la piel o escroto en el área operatoria. Infección dérmica del escroto. Infección de transmisión sexual (ITS) activa. Balanitis. Epididimitis u orquitis. Infección sistémica. Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia ínguino escrotal. Historia de traumatismo. Testículo sin descender o antecedentes de ello. Masa intraescrotal. Historia de impotencia u otros desórdenes sexuales.
- Los usuarios con problemas médicos significativos, requieren manejo especial en unidades de tercer nivel y sus problemas de salud deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Categoría 4: No puede ser usado en los siguientes casos:

- Hombres que no estén seguros acerca de sus intenciones reproductivas.
- Parejas que no estén seguras del número de hijos que desean tener.

- Hombres que no den su consentimiento escrito, voluntario e informado Criptorquidia. Orquitis. Antecedentes de cirugía escrotal o testicular. Historia de impotencia.

Cuadro Nº 21
Ventajas y beneficios de la vasectomía

Ventajas	Beneficios
<ul style="list-style-type: none"> • Es un procedimiento altamente efectivo, no ocasiona cambios en la fisiología. • No tiene efecto sobre la producción de hormonas por parte de los testículos. • Es el método más eficaz en los individuos o parejas que no desean tener más hijos/as. • Es un procedimiento sencillo que puede realizarse bajo anestesia local. • No amerita hospitalización por un largo período de tiempo. • Es un procedimiento ambulatorio. • No interfiere con el coito. • No tiene efectos secundarios a largo plazo. • Implica menor riesgo quirúrgico que la esterilización femenina. 	<ul style="list-style-type: none"> • Implica menor gasto que la esterilización de la mujer.

Cuadro Nº 22
Desventajas y efectos colaterales de la vasectomía

Desventajas	Efectos colaterales
<ul style="list-style-type: none"> • Es un procedimiento permanente. • La reversibilidad es de alto costo y requiere técnicas especiales con éxito. • Menor del 50%. • Requiere la participación de recursos médicos especializados. • El costo es alto en el momento y bajo a largo plazo. • Requiere de hospitalización y reposo por un corto período de tiempo. • Eficacia inicial retardada, hasta 25 eyaculaciones o 3 meses post cirugía. • Puede haber arrepentimiento con posterioridad si no hay correcta orientación. • La cirugía implica un pequeño riesgo. • No brinda protección con ITS y el VIH/SIDA. • Requiere de un consentimiento informado escrito y presente en el expediente clínico. 	<p>No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor en el área operatoria. • Dolor persistente o en aumento. • Hinchazón excesiva del escroto. • Sangre o fluidos que salen por el sitio de incisión. • Equimosis. • Fiebre o Infección de la herida quirúrgica. • Granuloma. • Hematoma. • Amenorrea de su compañera que puede estar embarazada.

Valoración del estado de salud:

La historia clínica debe contener:

Antecedente de cirugía, traumatismo y lesiones escrotales o inguinales.

Antecedente de trastornos sexuales pre-existentes, ejemplo: Impotencia.

El examen físico debe comprender:

- Examen escrotal buscando engrosamientos de la piel, cicatrices, infecciones.
- Constatar que no haya testículos sin descender, hidrocele, varicocele, tumoraciones intra escrotales o hernia inguinal.

Revisar que el formulario del consentimiento informado este firmado y presente en el expediente clínico.

Técnica de Vasectomía. (Ver Anexo).

Técnica tradicional con bisturí, Técnica de Li sin bisturí.

Seguimiento del usuario:

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la visita inicial se efectuará a los siete días post cirugía. Si hay suturas no absorbibles, deben ser retiradas en esta consulta. Interrogar acerca de la satisfacción con el método, proporcionar preservativos suficientes hasta que no existan espermatozoides en el eyaculado.
- Se debe efectuar conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico.
- En caso de ser positivo el conteo se debe repetir al mes, si persiste siendo positivo, evaluar el caso; durante ese lapso se debe recomendar a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que sea efectivo.
- Garantice que se ha llenado el registro de sala de operaciones y el seguimiento como usuario de método definitivo.
- Informar al usuario de adonde acudir en caso de complicaciones o efectos colaterales menores.
- Dar instrucciones de consejería y apoyo psicológico de ser necesario.
- Las siguientes revisiones se deben efectuar anualmente durante los primeros dos años o antes si el usuario lo considera necesario.
- La vasectomía es una opción que debe ser ofrecida a toda pareja, ya que presenta un riesgo menor que la Oclusión Tubaria Bilateral.

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS EN SITUACIONES ESPECIALES:

Se trata de usuaria con una condición especial: Jóvenes, Adolescentes, Anticoncepción de Emergencia, o posterior a finalizar un embarazo, en la Perimenopausia.

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

En los jóvenes y adolescentes, se deberá recomendar doble protección, uno de ellos, el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Lineamientos generales para la selección del método anticonceptivo:

1. Luego de la detección, captación y consejería de la persona usuaria para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se debe:
 - Cumplir con las actividades definidas y las funciones generales del prestador de servicios de salud sexual y reproductiva.
2. Cuando la mujer se encuentra en período de lactancia, se debe promover el Método Lactancia Amenorrea (MELA), siempre que se vean buenas oportunidades de éxito con él.
3. Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el SIDA, deberá usarse el condón o preservativo de látex, sólo o en asociación con otro método, ya que es el único que contribuye a evitar dichas enfermedades.
4. Respeto de los sentimientos, valores, actitudes y respeto a las creencias en relación a la sexualidad humana.

a.- Anticoncepción en la adolescencia

Definición: es el uso de anticonceptivos por un/a adolescente o pareja de ellos, al inicio de su vida sexual o con vida sexual activa. La vida sexual generalmente es esporádica, no planificada o permanente.

La OMS usa la palabra “Adolescente” para referirse a las edades entre 10 y 19 años y “Jóvenes” para referirse a las edades entre 10 y 24 años. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional emplea la expresión “Adultos Jóvenes” para referirse a las personas en transición de la niñez a la edad adulta, sin especificar el intervalo de edades.

Escogencia del método

Principios básicos en anticoncepción en la adolescencia:

La orientación, escogencia y oferta de métodos anticonceptivos debe ir orientada a postergar el inicio de la actividad sexual, a espaciar el intervalo inter genésico, a

prevenir embarazos y las infecciones de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA.

Los jóvenes y adolescentes pueden usar cualquier método anticonceptivo, sin embargo, hay Criterios de Elegibilidad y Condiciones no médicas que son importantes para la toma de decisión informada, generalmente tienen comportamientos de alto riesgo, como tener varios compañeros sexuales, a menudo no tienen información exacta o completa relativa a la anticoncepción y tienden a depender de los conocimientos de sus padres, incluidos mitos y conceptos erróneos, es posible que no utilicen los métodos correctamente y que tiendan a tener relaciones sexuales esporádicas y no planificadas sin protección.

El uso de un método no invalida el uso de otro método simultáneamente por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata del uso de los métodos naturales combinados con los de barrera, físicos y químicos; o de estos dos con los hormonales y dispositivos intrauterinos.

En la adolescencia se deberá recomendar el uso de métodos de barrera en todas las relaciones coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas.

Para escoger un método además hay que basarse en las siguientes características del adolescente:

- Vida sexual activa, esporádica o frecuente.
- Cambios frecuentes de pareja sexual o varias parejas sexuales simultáneas.
- Fertilidad no probada.
- Paridad.

Eventuales problemas legales por la edad, sobre todo en menores de 15 años.

En base a las características señaladas podemos agrupar a los adolescentes en:

Grupo I: Jóvenes-Adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual.

Grupo II: Jóvenes-Adolescentes con inicio de actividad sexual.

a) adolescente mujer sin hijos.

b) adolescente varón sin hijos.

Grupo III: Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

La selección del método para cada grupo se orientará:

Grupo I: Jóvenes-Adolescentes, varón o mujer, sin antecedentes de actividad sexual

Abstinencia y postergación de la iniciación sexual.¹¹

Es el método más eficaz de prevenir el embarazo y las ITS, no tiene efectos nocivos en la salud, puede incluir otras formas de expresión sexual, abrazarse, frotarse el cuerpo, besarse, regalar una rosa, acariciarse el cuerpo mutuamente.

¹¹ Ibimen 38

Requiere mucha motivación y autocontrol, la participación y comprensión de la pareja es esencial, muchos jóvenes y adolescentes son inducidos a tener relaciones sexuales, se necesita de un gran respaldo de su pareja, del entorno familiar y social en donde se desenvuelven.

- En las jóvenes-adolescentes mujeres:
 - Retardar el inicio de las relaciones sexuales el mayor tiempo posible.
 - Retardar el inicio del primer embarazo.
 - Realizar su historia clínica obteniendo la fecha de su última menstruación e información sobre el día probable del inicio de su actividad sexual.

Primera opción: métodos de barrera (condón masculino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

En ambos casos se prescribirán por lo menos desde un mes antes de la fecha de iniciación de la actividad sexual.

- En los jóvenes-adolescentes varones:
 - Primera opción: métodos de barrera.

Grupo II: Jóvenes-Adolescentes con inicio de actividad sexual

- En las Jóvenes-Adolescentes mujeres sin hijos:
 - Retardar el inicio del primer embarazo.

a) Nunca ha estado embarazada

Primera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Reforzar estos métodos:

En casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales con métodos de barrera, físicos y químicos.

b) Tuvo un aborto o un parto con un hijo fallecido.

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos.

Primera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras que contienen sólo progestágenos.

Segunda opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más píldoras combinadas con contenido bajo de estrógeno.

Tercera opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más inyectables combinados mensuales.

Cuarta opción: métodos de barrera (condón masculino o femenino) más insertar el DIU post aborto si no tiene contraindicaciones para este procedimiento.

En todos los casos reforzar estas opciones con: métodos de barrera, físicos y químicos, en casos de actividad sexual esporádica o múltiples compañeros sexuales.

- En el Joven-Adolescente varón sin hijos:

Primera opción: métodos de barrera (condón) reforzados con métodos naturales.

Grupo III: Jóvenes-Adolescente mujer o varón con hijo(a).

- En la Joven-Adolescente mujer con hijo vivo:

Espaciar lo más posible el intervalo entre embarazos

a) período puerperal:

Poner especial énfasis en la anticoncepción posparto, trans cesárea y post aborto
Recomendar siempre el método de lactancia amenorrea y los métodos de barrera (condón).

b) período ínter genésico:

De manera general aplicar los mismos criterios de selección que para la mujer adulta.

- En el Joven-Adolescente varón con hijo vivo:

Primera opción: métodos de barrera (condón) reforzados con métodos naturales.

La esterilización quirúrgica femenina o masculina en la adolescencia se seleccionará solamente en casos de indicación médica, previa evaluación de la situación por parte de un equipo interdisciplinario designado para tal fin y con el consentimiento expreso por escrito de la/el adolescente.

b.- Anticoncepción en la peri menopausia

Se entiende por mujer en período de peri menopausia a aquella que se encuentra en el grupo de edad mayor de 35 años, en quienes la función biológica del ovario empieza a declinar (declinación exponencial del número de ovocitos) y se presenta alteración de la regulación hormonal feed-back hipofisaria, fluctuaciones en la producción de hormonas ováricas que provocan menstruación irregular y varía la cantidad del sangrado, se considera menopausia cuando tiene un año sin menstruación.^{12,13}

Se consideran un grupo etéreo de alto riesgo, con cambios hormonales importantes, un progresivo descenso de los niveles de estrógenos y progesterona y un aumento de la hormona folículo estimulante (FSH) y una disminución de la Inhibina, que necesitan métodos seguros y efectivos de anticoncepción hasta un año después de la menopausia, que es el período en el cual se considera ya no es fértil.

¹² Lente Joven en Salud Reproductiva y VIH/Sida, YouthNet, Número 8 en una serie, Diciembre, 2003

¹³ Treloar AE, Boynton RE. Variation of the human menstrual cycle through reproductive life. Int. J. Fertil 1967; 12:77

Según Gray sólo el 50% de las mujeres de más de 40 años sigue siendo fértil, la posibilidad entre 40 a 44 años es de un 10% y entre los 45 y 49 años es de un 2 a 3%,^{14,15} puede acarrear mayores riesgos para ella y el bebé, en Nicaragua, las mujeres mayores de 35 años aportan de un 10 a un 15% de los embarazos y constituyen el 25% del total de muertes maternas (mayor riesgo de complicaciones médicas, aparición de anomalías cromosómicas, anomalías del crecimiento fetal, del trabajo de parto).

Especial interés tiene el aumento de riesgo de presentar malformaciones fetales, la tendencia al aumento de la no disyunción meiótica durante la ovogénesis incrementa en forma clara el número de anomalías cromosómicas.¹⁶

Por otra parte, necesitan protección contra las enfermedades pélvicas inflamatorias y otras enfermedades de transmisión sexual, así como un suplemento de estrógeno que favorezca el alivio de los síntomas de la peri menopausia y prevenga la osteoporosis.

La anticoncepción en la peri menopausia consiste en el uso de métodos anticonceptivos por parte de una mujer con vida sexual activa.

***Lineamientos específicos para la prescripción:*¹⁷**

- Anamnesis completa.
- Examen físico completo.
- Examen de mamas y ginecológico.
- Toma de Papanicolaou.
- Consejería.

Escogencia del método

Para seleccionar el método anticonceptivo idóneo hay que individualizar cada caso, se debe ofrecer además de efectividad y seguridad, una buena calidad de vida, minimizando los riesgos y obteniendo el máximo de beneficios que conlleve la utilización de un método particular para cada mujer.

Las mujeres mayores de 35 años que son saludables, pueden continuar usando la mayoría de los métodos anticonceptivos.

Métodos permanentes

La esterilización quirúrgica voluntaria es el método más utilizado en esta etapa. Generalmente la familia esta completa y tienen una menor probabilidad de

¹⁴ Den Tonkelaar, te Velde ER, Menstrual cycle length preceding menopause in relation to age and menopause. Maturitas 1998;29:115

¹⁵ Stovall DW.; Toma SK y Hammond MG. The effect of age on female fecundity. Obstetrics and Gynaecology 1991; 77:33-6

¹⁶ Gray RH. Biological and social interaction in the determination of late fertility. J. Biol Sci 1979; supl 6:97-115

¹⁷ Palacios Santiago Dr. Editorial: Anticoncepción en la perimenopausia. Revista iberoamericana de revisiones en Menopausia. Vol. 2. No. 3. Septiembre 2000

arrepentirse. Son los más adecuados para las parejas cuyo deseo es el término de su fecundidad.

Debe balancearse el riesgo quirúrgico contra el número de años que todavía se necesita de protección anticonceptiva.

La vasectomía debe ser ofrecida a toda pareja comprendida en este grupo, porque tiene menor riesgo, es de bajo costo y es un procedimiento ambulatorio en comparación con la oclusión tubárica bilateral (esterilización quirúrgica).

Métodos temporales

Métodos mecánicos: dispositivos intrauterinos.

Pueden ser usados con mucha seguridad por mujeres mayores que no están en riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica o de infecciones de transmisión sexual.

Pueden ser los métodos de preferencia para estas mujeres porque los DIUs (de cobre y los liberadores de progestágeno) son altamente efectivos, no requieren de mucho seguimiento y son métodos que protegen largo tiempo, inclusive durante más de 10 años.

Sus efectos indeseables son mínimos, los problemas de sangrados se minimizan cuando se utilizan los que libran Levonorgestrel, estos a su vez tienen efecto de involución de los miomas, disminuyen la posibilidad de hiperplasia endometrial por su efecto antagónico con los estrógenos.

Los DIUs no deben retirarse hasta después de transcurrido un año de la menopausia.

Métodos hormonales

Con la evolución de los anticonceptivos hormonales en estos últimos 40 años, en donde los progestágenos son más potentes y la disminución del contenido de estrógenos, se han minimizado los riesgos para las usuarias, manteniendo los beneficios adicionales de los anticonceptivos que hacen a estos métodos como una buena alternativa para la mujer durante la perimenopausia.

Los anticonceptivos hormonales inyectables mensuales y los orales combinados de bajas dosis, pueden ser al mismo tiempo una fuente de suplemento de estrógenos durante la perimenopausia inclusive hasta un año después de la menopausia; sin embargo no se deben prescribir a mujeres mayores de 35 años que fuman más de 20 cigarrillos al día, no deben administrarse a mujeres con riesgo de cardiopatía (hipertensión, diabetes). Sugíerale el uso de otros métodos.

Los anticonceptivos hormonales orales y los inyectables trimestrales y bimensuales de sólo progestágeno son altamente recomendados para mujeres mayores de 35 años que desean planificar durante largo tiempo, sobre todo cuando han tenido problemas usando otros métodos o no desean un método permanente; pueden prescribirse con un relativo margen de seguridad en mujeres mayores de 35 años que fuman más de 20 cigarrillos al día; estos métodos

solamente tienen efecto anticonceptivo y no son una fuente alternativa de estrógeno en la peri menopausia.

En la actualidad existe consenso en cuanto a la utilización de los anticonceptivos hormonales bajo una vigilancia adecuada en mujeres sanas, no fumadoras, mayores de 40 años y fumadoras menores de 35 años, en las que el factor de riesgo predominante es el tabaquismo y no la edad.

Métodos de barrera

Aunque no son los métodos de primera elección, se deberán recomendar a ambos miembros de la pareja sobre todo en relaciones sexuales esporádicas y con diferentes parejas como refuerzo del método anticonceptivo que se esté utilizando. Hay que recordar que son los únicos métodos que además de una acción anticonceptiva ofrecen protección contra las infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En relaciones de riesgo se recomienda la protección doble.

Adicionalmente los espermicidas incluyen como ventaja el efecto de lubricación, particularmente si existe sequedad vaginal.

Los preservativos pueden representar dificultad en hombres con problemas de erección, pero protege contra la Infecciones de Transmisión Sexual y el VIH/SIDA.

Métodos Naturales

Los métodos de abstinencia periódica, no son una opción real, efectiva ni segura en la peri menopausia ya que las menstruaciones se vuelven irregulares, la anovulación y las fases lúteas cortas y la escasez de moco cervical, que pueden hacer difíciles de interpretar y usar los signos y síntomas del período ovulatorio.

Cuando suspender la Anticoncepción:

Es difícil establecer el momento adecuado para suspender el método anticonceptivo.

Cuando no se utilizan hormonales, es conveniente practicar determinación de FSH, estradiol, inhibina y dependiendo de sus resultados determinar que está posmenopáusica.

Cuando se están utilizando hormonales anovulatorios, se recomienda suspenderlos durante dos semanas, determinar FSH, Estradiol.

Valores de FSH por debajo de las 20 UI/l son indicativos de que se debe continuar el método por lo menos durante un año más.

c.- Anticoncepción en la post parto, post aborto y trans cesárea

Anticoncepción al finalizar un embarazo:

Es la estrategia que le permite a la mujer posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante la utilización de un método de planificación familiar temporal o permanente, inmediatamente después de un parto, cesárea o aborto y

antes de abandonar la unidad de salud donde fue atendida o como parte de las acciones que se brindan durante la atención domiciliar ya sea para su atención o referencia.

Cuadro N° 23
Opciones anticonceptivas al finalizar el embarazo

Primera opción	Segunda opción	Tercera opción
<ul style="list-style-type: none"> Métodos Temporales. Lactancia Materna. Preservativo. Dispositivos Intrauterino. Métodos Permanentes. Oclusión Tubárica Bilateral (OTB). 	<ul style="list-style-type: none"> Hormonales con solo Progestágenos. Orales: Ovrette, Cerazete. Inyectables: Depo-Provera 	<ul style="list-style-type: none"> Hormonales combinados. Estrógenos/Progesterona (posterior a los 6 meses). Métodos Naturales.

Cuadro N° 24
Métodos anticonceptivos de uso de post-parto

Primera Opción			
Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Métodos temporales			
Método de Lactancia Exclusiva y Amenorrea (MELA).	Favorece la relación madre-hijo a través de la práctica de la lactancia materna. Aumenta la cantidad de producción de leche materna.	No requiere examen físico. Disminuye la Morbimortalidad del RN. Ayuda a la retracción uterina. Proporciona mejor nutrición al bebé. Proporciona satisfacción emocional a la madre. No requiere de la utilización de otro método anticonceptivo adicional. 98% de efectividad por espacio de hasta 6 meses cuando se práctica de manera exclusiva.	Método introductorio, sólo es eficaz en los 6 meses después del parto. Si la madre y el niño se separan por largos períodos de tiempo, disminuye su eficacia. Requiere gran rigurosidad con la lactancia exclusiva.
Preservativos.	No tiene efecto sobre la lactancia. Su utilización no significa riesgo para la madre y el niño.	No requiere examen físico. Proporcionan protección contra las infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA. 95-97% de eficacia cuando se asocia a lactancia materna exclusiva.	Requiere de aplicación correcta. Requiere apoyo directo y aceptación de su uso por la pareja.
Dispositivos Intrauterinos.	No hay efecto sobre la lactancia.	Menos incomodidad cuando se inserta inmediatamente después del parto. No se requiere tomar medidas en el momento del coito. 99% de eficacia.	Requiere de exploración física previa y su inserción debe ser realizada por personal de salud entrenado. Peden presentarse algunas complicaciones como perforación e infecciones si no se aplica bien la técnica de inserción.

Primera Opción			
Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Métodos permanentes			
OCCLUSION TUBARICA BILATERAL (OTB)	No tiene efecto sobre la lactancia. Si se prevé un período de separación, es necesario extraer la leche y almacenarla antes del procedimiento.	Es un método permanente. Es el método de elección en mujeres con paridad satisfechas. No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito. 99.6% de eficacia.	Irreversible.

Cuadro N° 25
Métodos anticonceptivos de uso de post-parto

Tercera Opción			
Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Anticonceptivos combinados.	Los estrógenos pueden reducir la producción de leche materna. No hay efecto negativo inmediato o a largo plazo demostrado sobre los lactantes.	No se requiere tomar medida alguna en el momento del coito. Menos riesgo de cáncer de ovario cuando se utiliza en el post parto. 99.9% de eficacia.	En caso necesario usar micro dosis a partir de los 6 meses de lactancia. Interfieren en la lactancia materna. Mayor riesgo de trombo embolismo.
Métodos Naturales.	No tiene efecto sobre la lactancia.	No se requieren productos artificiales.	Los signos y los síntomas de fecundidad son imposibles de interpretar durante la lactancia.

Cuadro N° 26
Métodos anticonceptivos de uso de post-aborto

Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Gestágenos Orales.	Iniciar de inmediato preferiblemente el día del legrado.	Muy eficaz si se usa con regularidad. Puede utilizarse de inmediato incluso en presencia de infección.	Exige motivación constante y uso regular. Debe asegurarse el suministro continuo.
Dispositivos Intrauterinos.	Si no hay infección puede insertarse de inmediato. Si no es posible garantizar el asesoramiento conveniente y la toma informada de decisiones será preferible aplazar la inserción y recurrir a un método provisional.	Fácil aplicación por personal entrenado. Cómodo para la mujer y no hay interferencia en el coito. Protección a largo plazo.	No se recomienda su aplicación cuando hay sospecha de aborto provocado. Riesgo de perforación del útero durante la inserción, si no se realiza por personal entrenado. Puede agravar el riesgo de enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad subsecuente en las mujeres expuestas a infecciones de transmisión sexual.

Tipo de método	Relación con la lactancia materna	Ventajas	Desventajas
Inyectables hormonales Mensuales y Trimestrales.	<p>La primera inyección puede administrarse inmediatamente posterior al evento.</p> <p>Si no es posible garantizar el asesoramiento conveniente y la adopción informada de decisiones será preferible aplazar su administración y recurrir a otro método temporal.</p>	<p>Fácilmente administrables.</p> <p>Cómodo para la mujer y no hay interferencia en el coito.</p>	<p>La recuperación de la fecundidad puede retrasarse en el caso de los inyectables trimestrales.</p> <p>Posibles molestias durante los primeros 6 meses asociados a irregularidades menstruales.</p>
Método de Barrera.	<p>Iniciar el uso tan pronto se reinicie la actividad sexual.</p>	<p>Útiles como medios provisionales cuando hay que aplazar la adopción de otro método.</p> <p>Brindan protección contra las infecciones de transmisión sexual.</p> <p>Fáciles de suprimir cuando se desea un embarazo.</p>	<p>Menos eficaces que el DIU y métodos hormonales.</p>
Oclusión Tubaria Bilateral.	<p>Es obligatorio asesorar adecuadamente a la mujer y/o pareja a fin de obtener su consentimiento informado.</p> <p>Se puede realizar inmediatamente después del evento obstétrico excepto en caso de infección severa.</p>	<p>Es un método permanente.</p>	<p>Indicado en mujeres con paridad satisfecha.</p> <p>El carácter permanente del método destaca la importancia de asesorar bien a la mujer y a la pareja para obtener su consentimiento informado; lo que puede resultar difícil en condiciones de urgencia.</p>

d.- Anticoncepción de emergencia

Son métodos de prevención del embarazo que actúan dentro del plazo de varias horas o pocos días después de haber tenido una relación sexual sin protección. La probabilidad de quedar embarazada por un solo coito sin protección a la mitad del ciclo menstrual es del 2 al 10 %.

Existen diferentes métodos para la anticoncepción de emergencia: hormonales, dispositivos intrauterino. Todos deben considerarse como un procedimiento de emergencia.

Cuando usar Anticoncepción de Emergencia:

- Cuando hubo una relación sexual no protegida y la mujer no desea un embarazo.

- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).
- En el caso de que una mujer haya sido víctima de una violación.

a) Métodos hormonales

Tipos:

Hormonales orales combinados:

Estrógeno + Progestágeno (Método de Yuzpe):

1. Etinilestradiol 50 mcg. + Levonorgestrel 250 mcg. (Neogynon, Eugynon) o Etinilestradiol 50 mcg. + Norgestimato 500 mcg. (Ovral) por vía oral, Tomar en dosis única 4 tabletas o 2 tabletas cada 12 horas. Total 4 tabletas.
2. Etinilestradiol 30 mcg + Levonorgestrel 150 mcg. (Lo-femenal, Microgynon, Nordette) o Etinilestradiol 30 mcg. + Norgestrel 300 mcg. Tomar en dosis única 8 tabletas o 4 tabletas cada 12 horas. Total 8 tabletas.

Progestágeno solo:

1. Levonorgestrel 0.03 mg. (Microlut). Por vía oral, tomar en dosis única 50 tabletas ó 25 tabletas cada 12 horas.
2. Levonorgestrel 0.0375 mg. (Ovrett). Tomar en dosis única 40 tabletas, ó 20 tabletas cada 12 horas. Total 40 tabletas.
3. Levonorgestrel 75 mg (PPMS, Postinor-2). Tomar en dosis única 2 tabletas ó 1 tableta cada 12 horas. Total 2 tabletas.

b) Dispositivos intrauterinos

DIU T de Cobre, aplicar dentro de los primer cinco días posteriores a la relación sexual sin protección.

Cuadro N° 27
Métodos para Anticoncepción de Emergencias

Formula	Marca	Dosis cada 12 hrs.	Dosis única	Total de dosis	Eficacia en la prevención de emb.
EE 50 mcg. + LNG 250 mcg. EE50 mcg. + NG 500 mcg.	Neogynon, Eugynon Ovral	2 Tb. 2 Tb.	4 Tb. 4 Tb.	4 Tb. 4 Tb.	74%
EE 30 mcg + LNG 150 mcg. EE 30 mcg. + NG 300 mcg.	Lo-femenal, Microgynon, Nordette	4 Tb. 4 Tb.	8 Tb. 8 Tb.	8 Tb. 8 Tb.	
LNG 0.03 mg.	Microlut	25 Tb.	50 Tb.	50 Tb.	85 %
LNG 0.0375 mg.	Ovrett	20 Tb.	40 Tb.	40 Tb.	
LNG 75 mg	PPMS, Postinor-2	1 Tb.	2 Tb.	2 Tb.	
DIU T de Cobre	Inserción en los primeros cinco días posteriores a la relación sin protección.				99%

Mecanismo de acción: Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método y de cuándo ocurrió la relación sexual no protegida.

Se ha demostrado que demora o inhibe la ovulación si la toma en el período pre-ovulatorio. Podría también funcionar previniendo la fecundación del óvulo durante la fase post-ovulatoria.

Ninguno de los regímenes de la AE interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños al feto.

Período pre – Ovulatorio:

Impide o retrasa la ovulación a través de inhibir el desarrollo folicular, la maduración y expulsión del óvulo por parte del ovario. Se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.^{18,19}

Período post ovulatorio:

1. Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve mas espeso) impidiendo el pase de los espermatozoides. Interfiere en el transporte y capacitación de los espermatozoides.
2. Altera el tránsito del semen, del óvulo o del huevo cigoto por las trompas.
3. Interfiere en otras funciones hormonales que se producen antes de la fecundación.
4. A nivel de ovario, perturba el cuerpo lúteo, alterando la producción de las hormonas necesarias (progesterona) para que se produzca el embarazo.^{20,21,22}
5. Los estudios no son concluyentes sobre si la anticoncepción de emergencia altera el endometrio impidiendo la implantación del óvulo fecundado^{23;24}

Actúa antes de la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer

La AE no causa aborto, previene el embarazo. Según definición Médica, científica-técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer.²⁵

La anticoncepción de emergencia actúa antes de que se produzca la implantación, antes del comienzo del embarazo.

¹⁸ Hernández Guzmán Luis Dr. Manejo de la anticoncepción oral en la mujer perimenopáusica. Revista Ibero americana de revisiones en menopausia Vol 2 No. 3 Septiembre 2000

¹⁹ Durand M, del Carmen Cravioto M, et al. (2001) On the mechanism of action of short-term Levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*; 64(4):227-34

²⁰ Trussell J, Raymond EG. (1999) Stastical evidence concerning the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol*; 93:872-6

²¹ Ibimen 19

²² Ibimen 20

²³ Alvarez F et al. (2002) Efectos del régimen Yuzpe en la fase folicular de la función ovárica. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

²⁴ Raymond EG, Lovely LP, et al (2000) Effect on the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum. Reprod.*; 15(11):2351-5

²⁵ WHO. Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios.-WHO/FRH/FPP/98.19.1999

Mecanismo de acción del Dispositivo intrauterino (DIU) como anticoncepción de emergencia:

El DIU como anticoncepción de emergencia, actúa inhibiendo la fecundación, reduciendo el número de espermatozoides que alcanzan la trompa de Falopio en donde se encuentra el óvulo y perturba al mismo tiempo su movilidad. Por lo tanto la acción básica del DIU es interferir en la fecundación y no en la implantación.

Eficacia:

El régimen combinado (Yuzpe) tiene una eficacia del 74%.²⁶

El régimen de la PPMS (Levonorgestrel) reduce la probabilidad de embarazo en un 85%.²⁷

Esta eficacia es mayor si se administra en las primeras 72 horas después de la relación sexual sin protección.

El DIU como AE tiene una eficacia de hasta el 99%.²⁸

Mecanismo de acción:

Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método y de cuándo ocurrió la relación sexual no protegida.

Se ha demostrado que demora o inhibe la ovulación si la toma en el período pre-ovulatorio. Podría también funcionar previniendo la fecundación del óvulo durante la fase post-ovulatoria.

Ninguno de los regímenes de la AE interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños al feto.

Período pre – Ovulatorio:

Impide o retrasa la ovulación a través de inhibir el desarrollo folicular, la maduración y expulsión del óvulo por parte del ovario. Se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.^{29,30}

Período post ovulatorio:

1. Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve mas espeso) impidiendo el pase de los espermatozoides. Interfiere en el transporte y capacitación de los espermatozoides.
2. Altera el tránsito del semen, del óvulo o del huevo cigoto por las trompas.
3. Interfiere en otras funciones hormonales que se producen antes de la fecundación.

²⁶ Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (1998) Definición del Embarazo, <http://www.figo.org/default.asp?id=6033>, página accedida el 10 de diciembre, 2003.

²⁷ Ibimen 25

²⁸ Task Force on Postovulatory Methods of Fertility Regulation (1998) Randomised controlled trial of Levonorgestrel versus the Yuzpe regimen of combined oral contraceptives for emergency contraception. *The Lancet*; 352(9126): 428-433

²⁹ CLAE. Guía de uso y protocolos de AE. www.clae.info/archivo/guía/guía.html

³⁰ Trussel J. Ellertson C. (1995) Efficacy of Emergency contraception. *Fertility Control Reviews* 4:8-11

4. A nivel de ovario, perturba el cuerpo lúteo, alterando la producción de las hormonas necesarias (progesterona) para que se produzca el embarazo.^{31,32,33}
5. Los estudios no son concluyentes sobre si la anticoncepción de emergencia altera el endometrio impidiendo la implantación del óvulo fecundado.^{34,35}

Actúa antes de la implantación del óvulo fecundado en el útero de la mujer

La AE no causa aborto, previene el embarazo. Según definición Médica, científica-técnica, el embarazo comienza cuando el embrión se ha implantado en el útero de la mujer.³⁶

La anticoncepción de emergencia actúa antes de que se produzca la implantación, antes del comienzo del embarazo.

Mecanismo de acción del Dispositivo intrauterino (DIU) como anticoncepción de emergencia:

El DIU como anticoncepción de emergencia, actúa inhibiendo la fecundación, reduciendo el número de espermatozoides que alcanzan la trompa de Falopio en donde se encuentra el óvulo y perturba al mismo tiempo su movilidad. Por lo tanto la acción básica del DIU es interferir en la fecundación y no en la implantación.

Forma de administración:

Hormonales:

La toma de AE hormonales debe ser lo más pronto posible, dentro de las primeras 72 horas después del coito sin protección o hasta los primeros cinco días (120 Horas).³⁷

El riesgo de embarazo aumenta con el tiempo a medida que se demora el tratamiento.³⁸ Una vez que ocurrió la nidación endometrial, estos métodos no son eficaces.

No deberán administrarse si la mujer ya está embarazada el índice de fallas es de uno en 500 a uno en 1000.

DIU T de cobre:

El DIU T Cu debe aplicarse lo más pronto posible o hasta un máximo de 7 días posteriores a la relación sexual sin protección.

³¹ Durand M, del Carmen Cravioto M, et al. (2001) On the mechanism of action of short-term Levonorgestrel administration in emergency contraception. *Contraception*; 64(4):227-34

³² Trussell J, Raymond EG. (1999) Statiscal evidence concerning the mechanism of action of the Yuzpe regimen of emergency contraception. *Obstet Gynecol*; 93:872-6

³³ Ibimen 31

³⁴ Ibimen 32

³⁵ Alvarez F et al. (2002) Efectos del régimen Yuzpe en la fase folicular de la función ovárica. Consorcio Latinoamericano de Anticoncepción de Emergencia

³⁶ Raymond EG, Lovely LP, et al (2000) Effect on the Yuzpe regimen of emergency contraception on markers of endometrial receptivity. *Hum. Reprod.*; 15(11):2351-5

³⁷ WHO. Anticoncepción de emergencia. Guía para la prestación de servicios.-WHO/FRH/FPP/98.19.1999

³⁸ Federación internacional de Ginecología y Obstetricia (1998) Definición del Embarazo, <http://www.figo.org/default.asp?id=6033>, página accedida el 10 de diciembre, 2003

El DIU que libera cobre puede resultar particularmente útil cuando la mujer está considerando su uso para una anticoncepción a largo plazo o cuando la mujer ya no puede utilizar los métodos hormonales porque han transcurrido más de 72 horas de la exposición.

Se ha reportado este método como altamente eficaz con una tasa de falla inferior al 1%.

Al usar un DIU con fines de anticoncepción de emergencia, deben observarse las mismas contraindicaciones que rigen para su uso regular.

Efectos colaterales:

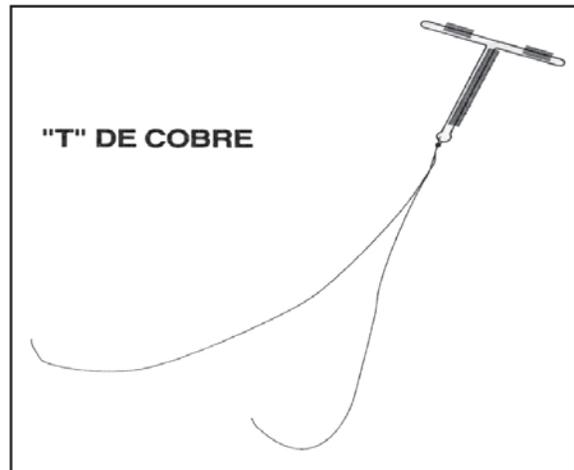
Entre las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presentan náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solos, el 23% presenta náusea y el 6% vómito, éstos son los efectos más frecuentes.

Para prevenirlos se aconseja tomar el AE con algún tipo de alimento o tomar media hora antes del AE un anti-emético (dimenhidrinato).

Si vomita dentro de las primeras dos horas después de tomar la primera dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis.

Otros efectos secundarios son el aumento en la sensibilidad de las mamas, cefalea o sensación de mareo, estos efectos no duran más de 24 horas, se pueden tratar con analgésicos corrientes.

Cuando se utiliza el DIU pueden presentarse cólicos abdominales que pueden tratarse con anti-espasmódicos, si la usuaria no desea continuar con el DIU, debe regresar a la unidad de salud cuando se presente su siguiente menstruación para retirarlo e iniciar otro método anticonceptivo si así lo desea.



6. Tratamiento y manejo

Prescripción de métodos anticonceptivos

OPCIONES ANTICONCEPTIVAS: Métodos que oferta el Ministerio de Salud en Mujeres no están Lactando

- Dispositivo intrauterino T de cobre 380 A.
- Anticonceptivos hormonales combinados (Lofemenal).
- Método de barrera (condones).
- Esterilización Quirúrgica (oclusión tubárica bilateral y vasectomía).

OPCIONES ANTICONCEPTIVAS: Métodos que oferta el Ministerio de Salud. Planificación Familiar después del Aborto

- Gestágenos Orales combinados (Lofemenal).
- Dispositivos Intrauterinos T de cobre 380 A.
- Inyectables hormonales mensuales (Mesigyna).
- Métodos de Barrera (condones).
- Esterilización Quirúrgica (oclusión tubárica bilateral y vasectomía).

Métodos anticonceptivos femeninos, temporales y definitivos

Contraindicaciones

- Para la vasectomía: hernia escrotal, hidrocele y varicocele.
- Para esterilización quirúrgica femenina: embarazo y enfermedad inflamatoria pélvica.

Criterios de Hospitalización

- Perforación uterina.
- Extravío de los hilos de DIU.
- Embarazo Ectópico.
- Infección de la herida quirúrgica.
- Fiebre elevada y persistente.
- Hematoma de la herida.
- Mareos, desmayos.
- Infección Pélvica.
- Dolor abdominal persistente.
- Hemorragia intraperitoneal.
- Hemorragia.
- Trombosis superficial o profunda de miembros inferiores.
- Embolia pulmonar.
- Crisis hipertensiva.
- Cardiopatía isquémica.

- Accidente cerebro vascular.
- Trombosis mesentérica.
- Trombosis retiniana.
- Trombosis pélvica.
- Infarto del miocárdico.

Criterios de Referencia.

- Cuando la unidad de salud carezca de los recursos humanos, materiales y tecnológicos necesarios para garantizar la atención.

Control y seguimiento.

- **Para los DIU:** Realizar controles de seguimiento:
 - 1er control. Entre la cuarta y sexta semana después de la inserción.
 - 2do control. A los 3 meses.
 - 3er control. A los 6 meses.
 - 4to control y subsecuentes cada año.

Control y seguimiento para los métodos hormonales orales: Se realizara una visita al mes y luego cada tres meses, al año se realizara una prueba de Papanicolaou.

Control y seguimiento para los métodos hormonales Inyectables: Una visita de control al mes y luego cada tres meses.

Control y seguimiento para los métodos permanentes: Visita de control a los ocho días y luego al mes hasta asegurarse que no existan indicios de complicaciones.

Criterios de alta médica.

- No presencia de complicaciones.
- Signos vitales normales.
- Herida quirúrgica sana.
- Ausencia de sangrado.

7. Bibliografía

1. Guía para el abordaje de las Emergencias Obstétricas. UNICEF. 2004.
2. Lista de verificación basada en criterios reconocidos por de la OMS. Norma de planificación Familiar. Ministerio de Salud. República de Nicaragua. 2005.
3. Ministerio de salud. Dirección del I Nivel de atención. Norma para la planificación familiar. Programa de la mujer niñez y adolescencia, Republica de Nicaragua. 2005.
4. Ministerio de salud. División de Recursos humanos. Modulo de planificación familiar. Manual del Participante. Programa del fondo de poblaciones de los Estados Unidos.
5. Ministerio de salud. Republica de Nicaragua. Dirección de atención Integral a la mujer, niñez y adolescencia. Protocolos para la atención obstétrica. Managua. Marzo 2001.
6. Ministerio de salud. Republica de Nicaragua. Dirección de Regulación. Guía Metodológica para la elaboración de Protocolos. Managua, Nicaragua, Junio 2005.
7. Plan Nacional de Salud. República de Nicaragua. Ministerio de Salud. 2004-2015.
8. Recomendaciones de prácticas seleccionadas para el uso de métodos anticonceptivos, Salud Reproductiva e Investigación, Salud de la Comunidad y Familia, OMS, Ginebra 20022 y FHI, Mayo 2004.
9. Ricardo L. Schwarcz. Carlos a. Diverges. A. Gonzalo Díaz Ricardo H. Fescina. Obstetricia. Quinta Edición. Quinceava reimpresión. Librería, Editorial e Inmobiliaria, Florida 340. Buenos Aires, Argentina, 2003.
10. Salud Sexual y Reproductiva. En Ginecología y obstetricia. Universidad autónoma de Nicaragua. Facultad de Ciencias Médicas. Dr. Oscar Flores et Al. UNAN. UNFA.1997.

8. Anexos

Anexo No. 1 **Nombres Genéricos de Métodos Hormonales**

Dosis altas (ya no existen en el país)

Con dosis de Etilnilestradiol 50 microgramos asociados con 500 microgramos de progestágenos de primera generación.

Dosis media

Con dosis de Etilnilestradiol 50 microgramos asociados con progestágenos de segunda de 500 y 250 microgramos. Generación.

- Etilnilestradiol 50 microgramos más Norgestrel 500 microgramos.
- Etilnilestradiol 50 microgramos más Levonorgestrel 250 microgramos.
- Etilnilestradiol 50 microgramos más Noretrindona 1 Mg.

Dosis bajas

Con dosis de Etilnilestradiol 35 microgramos o menos asociados con progestágenos de primera generación de 1000 microgramos o con progestágenos de tercera generación de 250 microgramos.

- Etilnilestradiol 35 microgramos más Norgestimato 250 microgramos.
- Etilnilestradiol 30 microgramos más Norgestrel 300 microgramos.
- Etilnilestradiol 30 microgramos más Desogestrel 150 microgramos.
- Etilnilestradiol 30 microgramos más Levonorgestrel 150 microgramos.

Micro dosis

Con dosis de Dosificaciones de Etilnilestradiol de 30 y 20 microgramos asociados con progestágenos de segunda y tercera generación.

- Etilnilestradiol 30 microgramos más Gestodeno 75 microgramos.
- Etilnilestradiol 20 microgramos más Gestodeno 75 microgramos.
- Etilnilestradiol 20 microgramos más Gestodeno 150 microgramos.
- Etilnilestradiol 30 microgramos más Acetato de Clormadinona 2 Mg.
- Etilnilestradiol 30 microgramos más Drospirenona 3 Mg.
- Etilnilestradiol 20 microgramos más Levonorgestrel 100 microgramos.
- Etilnilestradiol 20 microgramos más Norgestromina 150 microgramos Parches que liberan esas concentraciones en 24 Horas.

Dosis muy bajas o ultra bajas

- Etilnilestradiol 20 microgramos más Gestodeno 60 microgramos.

Andrógenos

- Etilnilestradiol 35 microgramos más un progestágeno antiandrógeno, acetato de ciproterona de 200 microgramos.
- 150 Mg de Acetofenósido de Hidroprogesterona y 10 Mg de Enantato de Estradiol.
- 50 MG de Enantato de Noretisterona y 5 Mg de Valerato de Estradiol.
- 25 MG de Acetato de Medroxiprogesterona y 5 Mg de Cipionato de Estradiol.

Anexo No. 2

Seis pasos básicos de la orientación en anticoncepción

SIGLAS: ACCEDA

a. **Atender** a la persona usuaria.

- Tan pronto como salude a la usuaria y su pareja, préstele toda su atención.
- Sea cortés, saludela, preséntese y ofrézcale asiento.
- Pregúntele por qué ha venido a consulta, en qué la puede ayudar, solicita información, obtener un método anticonceptivo, 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 orientación donde nadie más pueda escucharlos.
- Si es una cita programada, explique el porqué de la cita.

b. **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.

Usuaría de primera vez:

Elabore una ficha clínica y carné, practique historia clínica completa, haciendo interrogatorio y examen físico. Complete la tarjeta activa de planificación familiar anotando:

1. Datos personales: nombre y apellidos, dirección, edad, sexo, antecedentes obstétricos, fecha del último embarazo, número de hijos vivos.
2. Desea tener más hijos o hijas: sí - no.
3. Antecedentes médicos (enfermedades crónicas).
4. Antecedente de infecciones de transmisión sexual.
5. Fecha de admisión al programa de planificación familiar.
6. Información médica básica: peso, presión arterial, fecha de la última menstruación.
7. Molestias presentadas por la persona usuaria: dolor de cabeza, várices, sangrado anormal, insatisfacción con el coito.
8. Exámenes realizados: exploración de mamas, revisión ginecológica, citología, revisión urológica, toma de cultivos vaginales o uretrales.
9. Métodos anticonceptivos utilizados actualmente o en el pasado: naturales, de barrera, mecánicos, hormonales, quirúrgicos.
10. Cambio de método.
11. Evalúe si con la información recolectada la usuaria tiene alto riesgo reproductivo (ARR).
12. Enfermedades crónicas.
13. Investigue el conocimiento de la usuaria sobre métodos anticonceptivos y sobre todo del que sea de su elección.

14. Explique que usted necesita esta información para ayudarle a elegir el mejor método. Muchas usuarias desconocen los nombres de las enfermedades o sus condiciones médicas. Pregúntele cómo se siente; esto le ayudará a recordar y a contar sus problemas.

Usuaría Subsecuente:

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.

c. **Comunicar** a la persona usuaria cuáles son los métodos anticonceptivos disponibles:

- Dar información sobre los métodos disponibles. Lo que necesitan saber dependerá de los métodos que les interesen y de lo que ya conozcan de ellos como un pase previo a la selección del método de su preferencia.
- 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 que desee conocer.
- Háblele sobre: quien los puede utilizar, su descripción y efecto, ventajas y beneficios, inconvenientes y posibles efectos secundarios.

d. **Encaminar** a la usuaria hacia la elección del método más apropiado.

- Para ayudar a la persona usuaria a decidir, pregúntele sobre sus planes, necesidades y las preferencias de ella y su pareja.
- Pregúntele ¿Qué desea su cónyuge? ¿Qué método desearía utilizar cada uno de ellos?
- Pregúntele si hay algo que no comprendió. Repita la información de ser necesario.
- Cuando un método no es seguro, no se adapta a sus necesidades o le es contraindicado por razones de salud y de acuerdo a su historia clínica, dígaselo y explíqueselo con claridad, luego ayúdela a elegir otro método.
- Indague si la persona usuaria ha tomado una decisión firme. Pregúntele específicamente: ¿Qué método decidió utilizar?

e. **Describir** cómo utilizar el método elegido:

- Después que la persona usuaria ha elegido un método:
- Si es apropiado, proporciónale el método, si no se le puede proporcionar en seguida, oriéntela acerca de cómo, cuándo y dónde se le proporcionará, proporcione un método temporal.
- Demuéstrele como se usa el método seleccionado, solicítele que repita las instrucciones que ha recibido, escúchela para asegurarse que recuerda las instrucciones y las ha comprendido.

- Describa los efectos secundarios posibles y cuanto pueden durar, las señales de peligro; que pueden ser el inicio de un problema o complicación, dígame claramente lo que debe hacer en caso de que se presenten.
- Ofrezcale material impreso sobre el método para llevar a su casa, cuando se disponga de éstos.

f. **Acordar** con la usuaria la fecha de Visita de seguimiento.

- Dígame cuándo debe regresar para la visita de seguimiento.
- Anote en su carné 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 (MINILAP o vasectomía), ofrezcale 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 formulario.

En Nicaragua no es necesario la autorización de otra persona para la realización de la MINILAP la mujer puede tomar la decisión por sí misma.

En la visita de seguimiento:

- Pregunte si está usando el método, si ha surgido algún problema, si ha observado algún efecto secundario y pídale que los mencione uno por uno, tranquilícela en el caso de efectos menores, diciéndole que no son peligrosos, sugiérale qué puede hacer para aliviarlos.
- Si los efectos adversos no los puede controlar, sugiérale cambio de método, infórmele acerca de los otros métodos, ayúdele a elegir uno teniendo en cuenta los motivos para cambiar de método.
- Si presenta muchos efectos secundarios o éstos son graves, refiérala para que reciba tratamiento en centro especializado.
- Compruebe que está usando correctamente el método elegido.
- Si la persona usuaria desea tener un embarazo, ayúdela a dejar el método; referir, si hace falta, para que pueda interrumpir el método.
- Si se trata de una usuaria explíquele que la atención prenatal es importante, inicie la atención prenatal o dígame a dónde ir para recibir atención prenatal cuando resulte embarazada.
- Oriéntela para que antes del parto se informe sobre el método de planificación familiar que va a utilizar, para espaciar los nacimientos o dejar de tener hijos definitivamente.

Anexo No. 3

Instrucciones pre y posoperatorias de la Esterilización quirúrgica:

Instrucciones preoperatorias:

- Tener el consentimiento informado firmado y en el expediente.
- No comer ni ingerir líquidos 6 horas antes del procedimiento quirúrgico.
- No tomar medicamentos 24 horas antes a menos que sea por prescripción médica.
- Baño e higiene corporal previo a la cirugía.
- Evacuar vejiga antes del procedimiento.
- No rasurarse.
- No llevar joyas, ni utilizar cosméticos.
- Acompañarse de un familiar o amigo/a.

Cuidados post operatorios:

- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un período mínimo de dos a seis horas.
- Tomar analgésicos en caso necesario.
- Puede ser dada de alta cuando esté recuperada del procedimiento, de la anestesia o sedación, pueda movilizarse sin dificultad, sea capaz de vestirse por sí sola y conversar coherentemente.
- Mantener seco y limpio el sitio de la incisión.
- Puede reiniciar su actividad laboral, a los cinco días post cirugía, siempre y cuando no se realicen esfuerzos físicos pesados y se sienta bien, sin molestias.
- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

Anexo No. 4

Técnica de vasectomía:

Forma de aplicación:

- a) Tipo de anestesia: local.
- b) Técnica quirúrgica:

Técnica tradicional con bisturí

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes a través de una pequeña incisión en el escroto.

Técnica de Li sin bisturí

Es un procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través de una pequeña punción en el rafe escrotal.

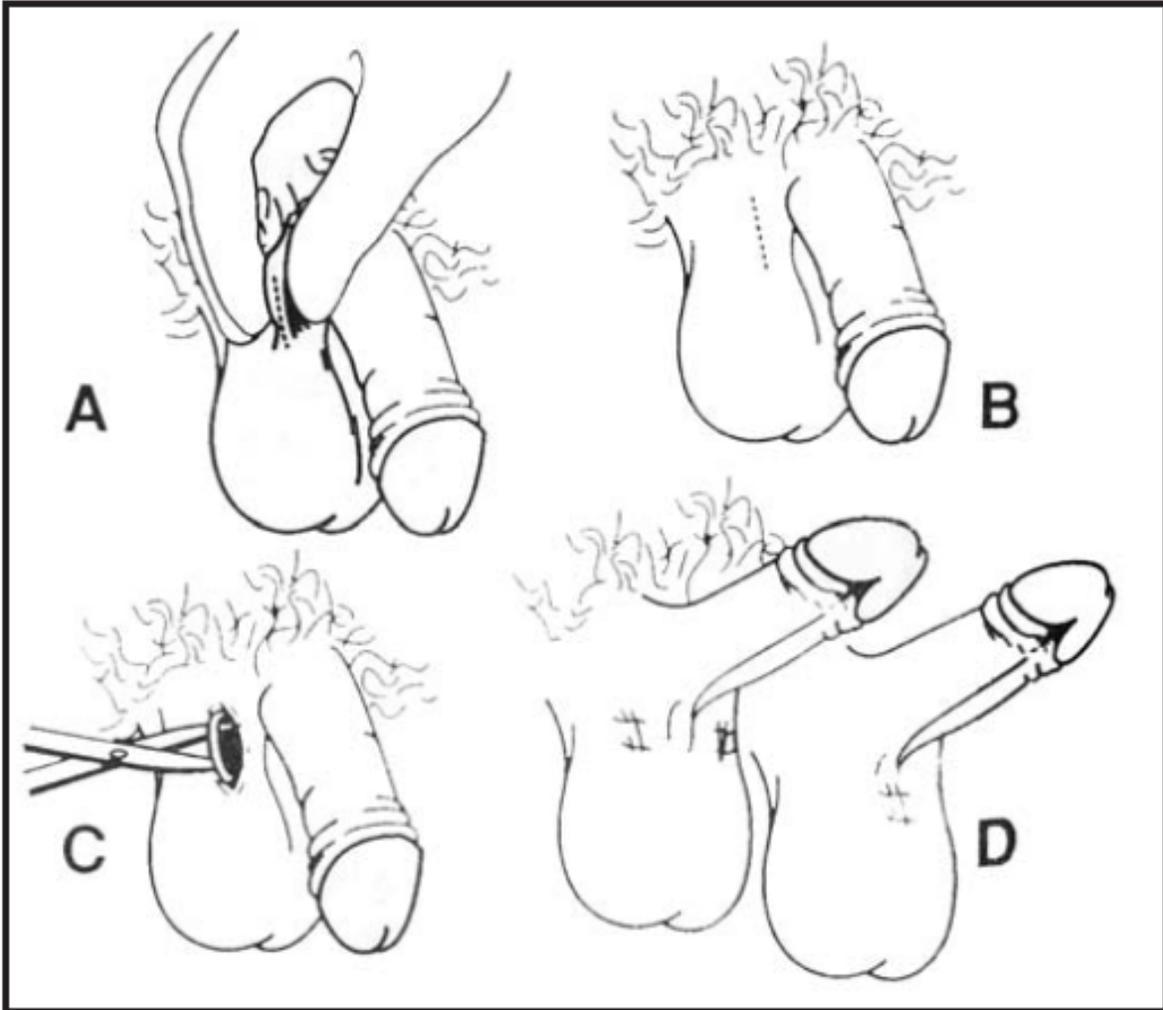
Ambas técnicas están descritas en el Manual de salud reproductiva del MINSA.

Indicaciones preoperatorias:

- Bañarse y lavar muy bien el lugar de la incisión, vestir ropa limpia y cómoda antes de asistir al procedimiento quirúrgico.
- Llevar suspensorio escrotal si es posible, sino un calzoncillo tipo bóxer ajustado.
- No tomar medicamentos 24 horas antes de la cirugía, salvo que sean indispensables.

Indicaciones post operatorias:

- Reposo en domicilio por 6 horas después de practicado el procedimiento.
- Aplicarse en forma alterna hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, si es posible.
- Información acerca de cómo cuidar la zona quirúrgica.
- Lavarse con agua y jabón diariamente la región operatoria.
- Mantener limpio y seco el sitio de la incisión.
- Reiniciar actividad laboral a los dos días post cirugía, siempre y cuando no implique hacer esfuerzo físico, trabajo pesado, durante los primeros siete días post cirugía.
- Abstinencia de relaciones sexuales por siete días post cirugía. Utilizar preservativos u otro método hasta alcanzar la azoospermia.
- Utilizar suspensorio o ropa interior tipo bóxer, ajustado por siete días.
- Indicar analgésicos y anti inflamatorios si es necesario (acetaminofen o paracetamol).
- Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, deberá ser atendido de forma inmediata por personal capacitado.
- Cita a los siete días para revisión del sitio de cirugía y retirar puntos si es necesario



La vasectomía usualmente se realiza bajo anestesia local. Una vez localizado el conducto (A), se hace una incisión en el área anestesiada (B) y se saca por la incisión una sección del conducto (C). La vasectomía puede realizarse utilizando una o dos incisiones, las cuales se muestran en la figura (D).

Anexo No. 5
Diagnóstico médico del embarazo

El diagnóstico de embarazo es importante. La habilidad para hacer este diagnóstico en forma temprana variará dependiendo del lugar y los recursos. Los tests bioquímicos de embarazo son altamente confiables y a menudo extremadamente útiles, pero no están disponibles en muchos lugares. Un examen pélvico proporciona datos de modificaciones en la consistencia y tamaño del útero desde las 8-10 semanas a partir el primer día de la última menstruación.

Se puede estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada, si está con su menstruación o si no tiene signos, ni síntomas de embarazo y reúne cualquiera de los siguientes criterios. Interrogar según Lista de Verificación para descartar el embarazo (ver cuadro No. 6). Sobre todo si no hay pruebas de embarazo disponibles:

Lista de verificación para estar razonablemente seguro de que la mujer no esta embarazada

Variables	SI	NO
No ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ha estado usando correcta y consistentemente un método anticonceptivo confiable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra dentro de los 7 días posteriores a una menstruación normal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra dentro de las 4 semanas posparto y sin amamantar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra dentro de los 7 días post-aborto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se encuentra lactando de forma exclusiva, en amenorrea y tiene menos de 6 Meses posparto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si contesta SI a todas las preguntas, se considera está libre de signos o síntomas de embarazo.

Si contesta NO a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo, se debe esperar su menstruación y ofertar el uso de preservativos como método temporal hasta que se dilucide la existencia o no de embarazo.

Anexo No. 6

Pruebas que deben hacerse antes de administrar un método anticonceptivo

(Ver el cuadro en la página siguiente)

Clase A: Pruebas esenciales y obligatorias.

Clase B: Contribuye esencialmente al uso seguro y efectivo.

Clase C: No es determinante su uso.

N/A: No procede

+, Efectividad no suficientemente estudiada sin el agregado de Nonixinol- 9.

++, Tomarla antes de iniciar la utilización de un método.

+++, Procedimientos que se usan con anestesia local.

El PAP, examen de mamas y examen pélvico o genital se practicarán de rutina a toda usuaria que solicita la utilización de un método.³⁹

³⁹ Ibimen 37

Exámenes o pruebas a utilizar según métodos de anticoncepción

Situación Específica	Anticonceptivos Combinados Oral o inyectable	Progestágeno. Solo Oral o inyectable	Implante Sub-dérmicos	DIU	Preservativo	Diafragma	Espermicida	Esterilización Femenina	Esterilización Masculina
Examen de mama	C	C	C	C	C	C	C	C	N / A
Examen Pélvico y / o Genital	C	C	C	A	C	A	C	A	A
PAP	C	C	C	C	C	C	C	C	N / A
B. hemática Completa	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Hemoglobina	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Valoración del riesgo de ITS, Historia Clínica. Y examen. Físico	C	C	C	A	C	C+	C+	C	C
Test de LAB. ITS / VIH	C	C	C	B	C	C+	C+	C	C
Toma de Presión Arterial	++	++	++	C	C	C	C	A	C+++

Fuente: Normas de atención de Planificación Familiar. Ministerio de Salud. 2005

Anexo No. 7
“Lista de Preguntas de Verificación para el Método del Collar”
(PARA CONSULTAS DE PRIMERA VEZ)

NO	Preguntas que debe realizar el proveedor a la usuaria	SI
	¿Tiene ciclos regularmente entre 26 y 32 días?	
	¿Le viene la regla más o menos en los días que la espera?	
	Si está en post parto o Lactando, ¿Se ha reanudado su menstruación y ha tenido, por lo menos cuatro reglas seguidas?	
	Si ha estado usando recientemente el inyectable de tres meses. ¿Han transcurrido tres meses desde la última inyección? ¿Su último ciclo duró entre 26 y 32 días?	
	Si ha usado recientemente La píldora, la inyectable de un mes. El implante o la anticoncepción de emergencia ¿Sus ciclos antes de utilizar estos métodos hormonales estaban entre 26 y 32 días?	
	Si ha usado recientemente el DIU ¿Se lo quitaron ya? ¿Sus ciclos mientras lo usaba estaban entre 26 y 32 días?	
	Si ha tenido un aborto recientemente ¿Sus ciclos antes de quedar embarazada estaban entre 26 y 32 días?	
	¿Ha decidido la usuaria que este método es apropiado para ella y su pareja?	
	¿Ambos miembros de la pareja desean evitar un embarazo ahora?	
	¿Podrán ambos evitar las relaciones sexuales sin protección en los días en que la mujer puede quedar embarazada?	
	¿Ambos están libres de riesgo de una infección de transmisión sexual o el VIH / SIDA?	

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

Si contesta SI a todas las preguntas puede usar el Método de días Fijos, o método del collar.

Cuadro Nº 28
“Lista de Preguntas de Verificación para el Método del Collar”
(PARA CONSULTAS SUBSECUENTES)

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

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

Si contesta SI a todas las preguntas puede usar el Método de días Fijos, o método del collar.

