

Tu Salud
es nuestro compromiso



Guías Nacionales de Planificación Familiar

**PROGRAMA NACIONAL
DE SALUD REPRODUCTIVA**

**DIRECCIÓN DE REGULACIÓN DE PROGRAMAS
Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS**

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y ASISTENCIA SOCIAL DE GUATEMALA**

Edición 2009



Este documento fue actualizado bajo la coordinación del Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) con la asistencia técnica de USAID|Mejoramiento de la Atención en Salud, OPS/OMS, UNFPA, APROFAM, PROEDUSA/SIAS/MSPAS, USAID|Instituto de Salud Reproductiva, Universidad de Georgetown, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS), PROCONDE, con base en el documento “Planificación Familiar un Manual Mundial para Proveedores” de la Organización Mundial de la Salud –OMS- 2007.



Esta publicación se realizó con la asistencia técnica y financiera del proyecto USAID|Mejoramiento de la Atención en Salud, el cual está financiado por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del contrato manejado por University Research Corporation, LLC (URC).

USAID|Mejoramiento de la Atención en Salud brinda asistencia técnica al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Las opiniones expresadas en este documentos son del/ de los autor/es y no necesariamente reflejan las de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Índice

I. MENSAJE DEL MINISTRO	7
II. COMITÉ TÉCNICO REVISOR	9
III. INTRODUCCIÓN	11
Capítulo 1. Consejería en Planificación Familiar	13
Capítulo 2. Eficacia de los Métodos de Planificación Familiar	41
Capítulo 3. Métodos de Planificación Familiar	45
a) Método de Lactancia Amenorrea (MELA)	
b) Método de Días Fijos –MDF- (El Collar)	
c) Otros Métodos Naturales	
d) Condón Masculino	
e) Dispositivos Intrauterinos	
f) Anticonceptivos Orales Combinados (Pastilla)	
g) Anticonceptivos Inyectables Combinados (Inyección Mensual)	
h) Inyectables sólo de Progestágenos (Inyección Bimensual o Trimestral)	
i) Implantes subdérmicos (Jadelle)	
j) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina (Operación de la Mujer)	
k) Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (Operación del Hombre)	
Capítulo 4. Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/sida y Virus del Papiloma Humano	105
Capítulo 5. Criterios Médicos para el Uso de los Métodos Anticonceptivos	117
Capítulo 6. Logística de Métodos Anticonceptivos	133
Anexo 1 – El Consentimiento Informado en la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina y Femenina	143
Anexo 2 – Quién puede Recetar/Proveer Métodos de Planificación Familiar	151
Anexo 3 – Ficha Individual de Planificación Familiar	152
Anexo 4 – Barreras Médicas e Institucionales a la Planificación Familiar	160
Anexo 5 – Espaciamiento Óptimo entre Embarazos	163
Anexo 6 – Técnicas y Procedimientos	165
a) T de Cobre	
b) AQV Femenina	
c) AQV Masculina	
d) Implantes Subdérmicos (Jadelle)	
Anexo 7 – Indicaciones para Pacientes de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria	180
Anexo 8 – Marco Legal de la Planificación Familiar	184
Glosario	189
Bibliografía	198

I. Mensaje del Ministro

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS– de Guatemala, teniendo como sustento legal la Ley de Desarrollo Social (Decreto No. 42-2001) y la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (Decreto No. 87-2005), presenta las Guías Nacionales de Planificación Familiar, las cuales han sido revisadas y actualizadas de acuerdo a la evidencia técnico científica disponible a la fecha. Las Guías tienen como principal objetivo fortalecer al personal técnico del MSPAS en todo lo relacionado con los métodos anticonceptivos para que, con calidad, los oferten a la población que desea planificar su familia y mejorar su calidad de vida.

En Guatemala, la planificación familiar ha evolucionado en forma positiva en años recientes. La publicación de la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar vino a darle operatividad al Artículo 47 de la Constitución Política de la República de Guatemala y a complementar la Ley de Desarrollo Social y la Ley Contra el Femicidio y Otras Formas de Violencia Contra la Mujer (Decreto No. 22-2008), para dar soporte a la oferta sistemática de servicios de planificación familiar.

Los servicios de planificación familiar pueden contribuir considerablemente a la reducción de la mortalidad y morbilidad materna, evitando embarazos en los extremos de los años reproductivos de la mujer -menores de 19 años y mayores de 35-, las mujeres multíparas y los grupos más vulnerables. Adicionalmente contribuyen a mejorar la salud materna y de la niñez, ya que con un espacio intergenésico apropiado (de al menos 2 años entre un nacimiento y el siguiente embarazo), hay menor mortalidad infantil y menos desnutrición. Asimismo, la madre puede aportar el tiempo y la atención necesaria al recién nacido y a sus otros hijos, desarrollándose en su condición personal, familiar y en aspectos culturales, sociales y profesionales; ocupando el lugar que le corresponde dentro de la sociedad guatemalteca, la que requiere mejorar, la equidad de género.

Dentro de las prioridades de gobierno, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social ha elaborado el Plan para la Reducción de la Mortalidad Materna y Neonatal, el cual incluye dentro de sus estrategias: 1) La oferta de servicios de planificación familiar de alta calidad; 2) Impulsar en el seno de las familias procesos de planificación, incluyendo la planificación familiar y su empoderamiento en estos procesos; 3) Abordar con precisión las soluciones a las barreras de acceso a los servicios de planificación familiar; y 4) Realizar actividades de información, educación y comunicación referente a los beneficios y ventajas de la planificación familiar, el acceso a la misma y los demás cuidados de la salud reproductiva y sexual.

Como trabajadores de salud pública tenemos una gran responsabilidad de ofertar los servicios de planificación familiar en forma sistemática y utilizando la consejería balanceada. La oferta sistemática significa que toda persona en edad reproductiva recibe, en cualquier visita a un establecimiento de salud, y de parte de los proveedores de salud, el ofrecimiento de servicios de planificación familiar a los que puede optar si está interesada. Por su lado, la consejería balanceada garantiza que la persona recibe información inicial sobre toda la gama de métodos disponibles en la red de servicios e información detallada sobre el método elegido, sin barreras de tipo personal o institucional.

No está de más recalcar que la planificación familiar permite a la sociedad desarrollarse integralmente al asegurarle una mejor calidad de vida principalmente a las familias de escasos recursos, de áreas rurales e indígenas, que han sido marginadas históricamente de los procesos de desarrollo. En el ámbito del concepto de solidaridad, se reafirma el compromiso que todos tenemos de asegurar el derecho de las y los guatemaltecos de decidir por sí mismos el número de hijos que desean tener y el espaciamiento entre sus hijos, sin prejuicios de ninguna índole, sin coerción ni discriminación alguna.

Dr. Ludwig Werner Ovalle Cabrera
Ministro de Salud Pública y Asistencia Social

II. Comité Técnico Revisor

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Programa Nacional de Salud Reproductiva

- Dra. Jacqueline Lavidalie / Coordinadora
- Dra. Dora Beatriz Molina / Asesora de Planificación Familiar
- Dr. Carlos René Morales Argueta / Asesor Materno Neonatal
- Licda. Julieta Flores / Asesora de Logística de Insumos Anticonceptivos.
- Dr. Roberto Santiso / Asesor de Salud Reproductiva
- Licda. Indira Nufio / Asesora de Insumos Anticonceptivos

PROEDUSA (Departamento de Promoción y Educación en Salud)

- Dr. Augusto Silvestre
- Licda. Emma Mendoza
- Licda. Susana Lemus

Otras instituciones (en orden alfabético)

APROFAM

- Licda. María Lucía Escobar

IGSS

- Dr. Pedro García Pinto

OPS/OMS

- Dr. Daniel Frade

PROCONDE

- Dra. Ruth Elena Girón de Arango
- Licda. Alejandra Munguía

UNFPA

- Dr. Alejandro Silva
- Licda. Delmy Pajares
- Licda. Claudia Lucía Roca
- Licda. Leticia García

USAID|IRH

- Licda. Karina Arriaza
- Licda. Paola Muñoz
- Ing. Donald Cruz

USAID|Mejoramiento de la Atención en Salud

- Ing. Luigi Jaramillo
- Dr. Alvar Pérez
- Licda. Elena Hurtado

III. Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala (MSPAS) enmarca sus acciones dentro del Plan Nacional de Salud 2008 - 2012 que responde a los enunciados de la Constitución Política de la República, el Código de Salud, los Acuerdos de Paz, la Ley de Desarrollo Social y la Política de Desarrollo Social y Población, bajo los principios de ética, equidad, eficiencia, calidad y sostenibilidad social, técnica y financiera.

Este marco legal fue enriquecido con la Ley de Acceso Universal y Equitativo de Servicios de Planificación Familiar (Decreto No. 87-2005) y con su integración en el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR), con la finalidad de asegurar el acceso de la población a los servicios de planificación familiar.

En cumplimiento a lo anterior, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) presenta las Guías Nacionales de Planificación Familiar del Programa Nacional de Salud Reproductiva basadas en la norma oficial para la entrega de información y servicios de planificación familiar a las usuarias y los usuarios¹. Este documento se actualizó tomando como referencia el Manual Mundial para Proveedores de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2007) y otras publicaciones importantes; incluye los criterios médicos de elegibilidad de la OMS (2007), sobre el uso de los métodos anticonceptivos disponibles en la red de servicios de salud de Guatemala.

Estas guías explican con precisión la tecnología anticonceptiva para la planificación familiar e incluye una descripción de cada método, su forma de actuar en el organismo y su nivel de protección o eficacia de uso. Adicionalmente, para cada método se incluyen las condiciones fisiológicas necesarias para que una persona pueda o no usarlo, al igual que las ventajas, beneficios, limitaciones y manejo de los efectos secundarios posibles relacionados con su uso. Finalmente, hay un capítulo relacionado con las infecciones de transmisión sexual, incluido el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida).

Puesto que la calidad en la entrega de los servicios de planificación familiar por parte del personal de salud está directamente relacionada al nivel de conocimientos, motivación y destrezas, se incluye en esta guía una sección que orienta al personal a brindar una consejería de planificación familiar de calidad y con calidez, incluyendo consejería a grupos especiales, tales como adolescentes, mujeres embarazadas, hombres y personas que viven con VIH/sida, entre otros.

La actualización de estas guías ha sido coordinada por el Programa Nacional de Salud Reproductiva (PNSR) del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS) y ha contado con una amplia participación y opinión técnica de representantes de varios departamentos y unidades técnicas del MSPAS y de importantes organizaciones especializadas en la entrega de servicios de planificación familiar en el país.

¹ En estas Guías se usa indistintamente el término usuaria (s) y/o usuario (s) para referirse a las personas de ambos sexos, usuarias y usuarios de los servicios de salud, así como a las personas de ambos sexos que están usando un método anticonceptivo.



**Consejería en
Planificación Familiar**



Consejería en Planificación Familiar

La consejería en planificación familiar es una actividad que deben desarrollar todos los proveedores² de servicios de salud. Es el proceso mediante el cual se ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas, voluntarias y confidenciales sobre su fecundidad. En muchas ocasiones, las mujeres, los hombres o las parejas desean retrasar el nacimiento de su primer hijo, espaciar el nacimiento entre ellos, o bien, no tener más hijos. La consejería en planificación familiar ayuda a tomar decisiones no sólo para evitar un embarazo, sino para espaciarlos o limitarlos del todo por motivos personales o de salud.

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

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

El papel del proveedor de salud es asegurarse que los usuarios conozcan los distintos métodos anticonceptivos disponibles, apoyándoles y teniendo en cuenta sus necesidades, opciones y sentimientos, de manera que se formen su propia opinión acerca de lo que desean hacer con su fertilidad. En consecuencia, el proveedor no sólo debe proporcionar información, sino también analizar las circunstancias individuales para colaborar con ellos en la toma de una decisión personal o confirmación de la misma.

Favorecer el ejercicio del individuo -en especial de la mujer- de decidir utilizar un método anticonceptivo es un derecho que puede interpretarse como “empoderamiento”, ya que incrementa la capacidad efectiva de las personas de ejercer control sobre su propia salud y sobre el sistema de salud. Para las mujeres, esa capacidad empieza por las decisiones que afectan su cuerpo como sujeto y sigue con las decisiones sobre recursos, políticas y el control de la gestión de salud.

² En estas Guías, se usa indistintamente el género masculino o femenino en los sustantivos por razones prácticas, y no conlleva ninguna intención de discriminación hacia alguno de los sexos.

Una buena consejería hace énfasis en las características de cada método, su seguridad, eficacia y la duración de la protección anticonceptiva que ofrece, así como su forma de uso, sus efectos secundarios, necesidades de seguimiento, señales de alarma y participación comprometida de los solicitantes para lograr los mejores resultados del método seleccionado.

El proveedor debe tener presente, en todo momento, que la decisión y consentimiento informado de las personas deben ser respetados en forma absoluta, sin inducirlas a la aceptación de un método específico. Asimismo, el proveedor debe cerciorarse que los usuarios hayan recibido y comprendido a cabalidad la información sobre las características del método elegido y su uso correcto.

QUÉ ES LA CONSEJERÍA

La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar. La buena consejería contribuye a que los usuarios utilicen la planificación familiar por más tiempo y con mayor éxito.

Una buena consejería requiere proveedores capacitados, con una buena actitud, respetuosa y considerada hacia los usuarios y usuarias.

Existen seis principios y temas que deben considerarse en el proceso de consejería, los cuales deben servir de orientación al proveedor:

1. Trate bien a los usuarios

El proveedor debe ser cortés y tratar con respeto a todos los usuarios, creando así un ambiente de confianza. En la medida de lo posible, debe comunicarse en el idioma materno del cliente. Debe mostrarle que él o ella pueden hablar abiertamente, incluso sobre temas delicados como su sexualidad y las relaciones sexuales. Por su parte, el proveedor debe hablar abiertamente y contestar las preguntas con paciencia y completamente. El proveedor debe asegurar que nada de lo que el cliente diga se discutirá con otras personas o fuera de la clínica.

2. Interactúe

El proveedor debe escuchar, aprender y responder al cliente. Cada usuario es una persona diferente, con conocimientos, conductas y necesidades diferentes. La forma en que el proveedor puede prestar ayuda es comprendiendo las necesidades, las preocupaciones y la situación de esta persona; por lo tanto, el proveedor es quien alienta al usuario a conversar y a hacer preguntas.

3. Adapte la información al usuario

Al escuchar al usuario el proveedor conocerá qué tipo de información necesita, tomando en consideración la etapa de la vida en la cual la persona se encuentra, la relación con su pareja, el uso anterior de algún método, entre otros. Estos datos sugieren qué información podría serle más útil. El proveedor debe proporcionar la información precisa, expresándose en un lenguaje comprensible al usuario y, de preferencia, en el idioma materno del usuario.

Además, debe ayudar al usuario a comprender de qué modo aplica esta información a su propia situación. Esta personalización de la información reduce la brecha entre lo que el proveedor conoce y lo que el usuario necesita.

4. Evite el exceso de información

El exceso de información hace difícil recordar la más importante. Al exceso de información se le da el nombre de sobrecarga de información. La sobrecarga de información hace que se utilice todo el tiempo disponible en proveer información y que haya muy poco tiempo para la discusión, las preguntas, las aclaraciones y las opiniones que tenga el cliente. La información detallada debe limitarse al método elegido por el cliente.

5. Provea al usuario el método que desea

El proveedor debe ayudar a que el mismo usuario haga una elección del método con base en la información y en su propia preferencia. La mayoría de los usuarios nuevos ya tienen en mente algún método de planificación familiar, la buena consejería comienza abordando el método que el usuario tiene en mente, pero asegurándose que sabe que hay otros métodos disponibles. La consejería también aborda las ventajas, desventajas y los beneficios que reporta para la salud, los riesgos y efectos secundarios del método elegido. Si no existe alguna razón médica en contra del método que desea, se le deberá dar el que él o ella elige.

6. Ayude a que el usuario comprenda y recuerde

El proveedor deberá enseñar al usuario un muestrario y/o materiales impresos sobre la planificación familiar, sobre todos los métodos y sobre el método elegido. Le invita a que manipule los métodos y le indica cómo funcionan. El proveedor deberá comprobar si el usuario comprende el uso correcto del método elegido haciendo preguntas de verificación. Al usuario se le debe entregar material educativo para que se lo lleve a su hogar, acompañado de una explicación clara de su contenido. Éste le servirá de ayuda para recordar qué debe hacer y para compartir la información con su pareja u otras personas.

TEMAS QUE DEBE INCLUIR LA CONSEJERÍA

Dentro de los temas importantes que se deben tratar en la consejería están:

- Variedad de métodos disponibles
- Características básicas de cada método
- Eficacia de cada método
- Ventajas y desventajas de cada método
- Cómo usar el método elegido
- Efectos secundarios y complicaciones del método elegido
- Prevención contra ITS, incluyendo el VIH (uso correcto y consistente del condón)
- Cuándo regresar a la clínica para seguimiento
- Cuándo regresar a la clínica por un signo de alarma

ASPECTOS IMPORTANTES PARA LA CONSEJERÍA

A continuación se detallan los aspectos más importantes que conforman una buena preparación para dar consejería en planificación familiar:

- Derechos de los usuarios
- Beneficios de la consejería
- El proceso de la consejería
- La consejería balanceada
- El perfil de un buen consejero o consejera
- Consejería a usuarios especiales
- Consejería de métodos naturales
- Aclaración de rumores e información equivocada

DERECHOS DE LOS USUARIOS

Debe considerarse como posible usuario de un servicio de consejería en planificación familiar cualquier persona que se encuentre en edad reproductiva (de 15 a 49 años), independientemente de su origen étnico, nivel socio-económico, religión, estado civil o creencias políticas. Toda persona tiene el derecho a decidir, con entera libertad, la utilización o no de algún método para espaciar o limitar sus embarazos.

Los derechos de los usuarios son:

- **Información:** La persona tiene derecho a conocer las características de todos los métodos anticonceptivos disponibles, la seguridad, la eficacia, las ventajas y desventajas de cada uno, así como los efectos secundarios
- **Elección libre:** La persona tiene derecho de elegir el/los métodos anticonceptivos que desee utilizar
- **Cambio de método cuando lo desee:** El derecho de libre elección también permite la opción de interrumpir o cambiar el método cuando el usuario lo estime conveniente
- **Privacidad:** El uso de un método anticonceptivo involucra aspectos de conducta personal y sexualidad, por lo que debe respetarse la privacidad realizando las conversaciones y exámenes en un ambiente privado. Cuando la persona deba someterse a un examen físico o procedimiento médico, debe ser informada previamente, teniendo el derecho a aceptarlo o rechazarlo, como también el derecho a conocer el papel que desempeña cada uno de los presentes en la sala. Si hay observadores, supervisores o personal que está siendo capacitado, la persona debe conceder autorización para que estén presentes.
- **Confidencialidad:** La persona tiene derecho a que no se divulgue su decisión de usar o no usar un método y cualquier otra información sobre su caso

- **Comodidad:** Los usuarios tienen derecho a un trato amable y respetuoso, a sentirse cómodos y con tiempos de espera razonables, así como también tener acceso a referencias y seguimiento oportuno
- **Libertad de expresión:** La persona tiene el derecho a expresar sus opiniones sobre la calidad de los servicios recibidos. Si alguien rechaza el servicio en alguna oportunidad, no debe negársele el mismo ante una nueva solicitud.
- **Continuidad en el servicio:** Es el derecho que tiene la persona a que se le ofrezcan todos los métodos todo el tiempo para no interrumpir su uso por motivos ajenos a su decisión o para ejercer el derecho a cambiar de método cuando lo desee

BENEFICIOS DE LA CONSEJERÍA

La consejería es considerada uno de los pilares de la calidad de los servicios de salud y, específicamente, de los pilares de la planificación familiar. Cuando los usuarios y/o parejas eligen un método anticonceptivo luego de una sesión de consejería, generalmente se sienten satisfechos porque participaron en una decisión muy importante en sus vidas. La experiencia satisfactoria puede ser transmitida a otros potenciales solicitantes junto al concepto de una buena atención.

La inadecuada elección de un método anticonceptivo casi siempre se debe a una inadecuada consejería, incluyendo imposiciones promocionales o del personal de salud, lo que redundará en interrupciones o continuos cambios de método y, probablemente, embarazos no planificados.

Los servicios de salud reproductiva que incluyen la consejería como uno de sus componentes fundamentales, mejoran los niveles de aceptación, continuidad en el uso del método, satisfacción del usuario y del proveedor, eficacia y calidad de sus servicios.

EL PROCESO DE LA CONSEJERÍA

Un buen proceso de consejería persigue los siguientes objetivos:

- Establecer una relación de confianza y responsabilidad con el cliente
- Facilitar y recibir información adecuada y precisa sobre los deseos reproductivos del usuario y sus circunstancias particulares
- Facilitar la toma de decisiones del usuario

Cuando se da consejería a una persona o una pareja, existen varios pasos que son fáciles de recordar usando al anagrama ACCEDA en el que cada letra nos recuerda un paso.

A TIENDA A LA PERSONA

- Tan pronto como salude a la persona, préstele toda su atención
- Preséntese y averigüe su nombre; llámela siempre por su nombre
- Sea cortés: saludela, preséntese y ofrézcale asiento
- Dígale a la persona que usted no contará a nadie lo que le diga; realice la consejería donde nadie más los pueda oír, en un ambiente privado
- Explíquele en qué consiste la visita

C ONVERSE CON LA PERSONA

- Converse con la persona sobre sus necesidades, deseos o cualquier duda o preocupación que tenga. Motívela a que haga preguntas para resolver las dudas que pueda tener sobre la planificación familiar.
- Si el usuario es nuevo (no ha visitado antes ese servicio) llene una ficha clínica y carné y anote lo siguiente:
 - Nombres y apellidos
 - Domicilio
 - Edad
 - Sexo
 - Número de gestas (embarazos)
 - Número de nacimientos
 - Número de abortos
 - Número de hijos vivos
 - Número de cesáreas
 - Método anticonceptivo en uso actualmente y en el pasado
 - Fecha de inicio del método anticonceptivo en uso actualmente si procede
 - Información médica básica
 - Embarazo actual (si procede haga preguntas de la Prueba Verbal para Descartar Embarazo)
 - Infecciones de transmisión sexual, status VIH (si procede)
- Explíquele que usted necesita esta información para ayudarle a elegir el mejor método para espaciar o limitar del todo sus embarazos. Haga las preguntas con sencillez y brevedad. Mire a la persona mientras le habla.
- Muchas personas desconocen los nombres de las enfermedades o las condiciones médicas. Pregúntele a la persona cómo se siente, mencionando cada parte del cuerpo, desde la cabeza hasta los pies. Esto le ayudará a recordar y a mencionar sus problemas.
- Si es reconsulta, pregúntele si está satisfecha con el método que está utilizando, si ha tenido algún problema de salud desde la última visita. Anote la información en su ficha clínica.

COMUNIQUE A LA PERSONA CUÁLES SON LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

- Todas las personas deben recibir información sobre la variedad de métodos disponibles. Cuánto necesitan saber dependerá de los métodos que les interesen y de lo que ya sepan sobre ellos.
- Pregúntele al usuario si tiene un método en mente y qué otros métodos conoce
- Dígame con qué métodos puede contar y cuáles puede obtener inmediatamente en ese servicio
- Pregúntele qué sabe sobre el o los métodos que le interesan. Puede que usted descubra que el cliente está mal informado. Si es algo importante, corrija el error con amabilidad.
- Describa brevemente todos los métodos disponibles. Háblele sobre:
 - Qué es y su efectividad
 - Cuáles son temporales y cuáles son permanentes
 - Cuáles requieren colaboración de la pareja y cuáles no
 - Quién los puede utilizar y quién no
- Todas las personas deben recibir la misma cantidad de información inicial sobre cada uno de los métodos disponibles. A esto se le llama consejería balanceada.

ENCAMINE A TOMAR LA DECISIÓN

- Ayude a cada usuario a seleccionar el método que mejor se adapte a sus planes, necesidades y preferencias. Escuchar y preguntar es muy importante en este paso.
- Pregunte al usuario si hay algún método que le gustaría usar. Algunos sabrán lo que desean, otros necesitarán ayuda para reflexionar sobre las opciones.
- Pregunte al usuario si hay algo que no entiende. De ser necesario, repita la información.
- Diga que todos los métodos son seguros; sin embargo, algunos métodos no son apropiados para ciertas personas. Cuando un método no es apropiado dígaselo a la persona y explique el porqué con claridad. Luego ayúdela a elegir otro método. Por ejemplo, si una persona tiene contraindicaciones para el uso de métodos hormonales, ofrézcale otras opciones (la T de Cobre, por ejemplo).
- Pregunte al usuario si ha conversado con su pareja sobre planificación familiar. Motívele a involucrar a su pareja. De ser posible, ofrézcale la consejería en pareja.
- Confirme que la persona ha decidido usar algún método

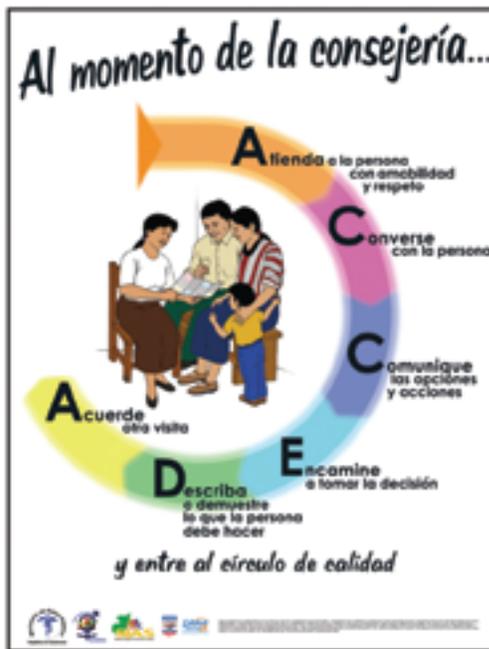
DESCRIBA O DEMUESTRE CÓMO SE UTILIZA EL MÉTODO ELEGIDO

Después que la persona ha elegido un método:

- Si es apropiado, proporciónale el método en ese momento
- Si el método elegido no puede ser proporcionado de inmediato, dígame cómo, cuándo y dónde se le proporcionará. Proporcione un método temporal (condón) y describa su uso.
- Para algunos métodos, como la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina (AQVF) o masculina (AQVM) es necesario que el usuario firme un formulario de “consentimiento informado”. En este formulario se declara que el usuario desea el método, ha recibido información completa al respecto y comprende la información, especialmente que estos

métodos son permanentes. Ayude a la persona a comprender completamente la información contenida en este formulario.

- Explíquelo cómo se usa el método elegido apoyándose para ello en el muestrario de métodos, el rotafolio, el trifoliar del método y/o la demostración (por ejemplo, del uso del condón)
- Enséñele el método y entregue el trifoliar correspondiente con una explicación de su contenido.
- Pida al usuario que repita las instrucciones que ha recibido, para asegurarse que las ha comprendido y las recuerda
- Describa todos los efectos secundarios posibles y las señales de alarma o peligro que indican cuándo volver de inmediato
- Explique que los efectos secundarios son normales en los primeros meses de uso de un método anticonceptivo
- Entréguele el material impreso sobre el método seleccionado
- Explíquelo que puede regresar en cualquier momento, si se presenta una señal de alarma o si tiene preguntas. Acuerde la fecha de una visita de seguimiento.



A CUERDE OTRA VISITA

En la visita de seguimiento:

Pregunte a la persona si está usando el método.

- Si la respuesta es afirmativa, pregunte si está satisfecha con el método
- Pregunte cómo se ha sentido y tome nota de algún efecto secundario; respóndalos uno por uno
- De manifestar algún efecto secundario, pregunte cuán severo es. Tranquilícela en el caso de efectos menores diciéndole que no son peligrosos y frecuentemente son pasajeros. Explique su causa.
- Si los efectos secundarios son severos, refiérala para que reciba tratamiento
- Pregunte cómo está usando el método. Compruebe que lo está usando correctamente.
- Averigüe si tiene alguna pregunta

Si el usuario desea utilizar otro método:

- Dígale de nuevo que hay otros métodos y siga el proceso para ayudarlo a elegir otro
- Recuérdele que cambiar de método no es malo, es normal. Nadie puede realmente decidirse por un método sin probarlo primero. También puede cambiar la situación de la persona y, en ese caso, puede que otro método sea mejor.
- Si la persona desea tener un hijo, explíquelo cómo dejar el método. Refiérala, si es necesario, para que pueda interrumpir el método (por ejemplo, en el caso de la remoción de una T de Cobre).
- Si la persona ha dejado de utilizar el método anticonceptivo y está embarazada, refiérala al control prenatal o inicie su control prenatal si está dentro de sus competencias

LA CONSEJERÍA BALANCEADA

1. Qué es la consejería balanceada

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

2. Qué es el algoritmo de consejería balanceada

El algoritmo de consejería balanceada es una herramienta para el proveedor que cumple un papel orientador en la consulta de planificación familiar. El algoritmo indica las preguntas que se le hacen a la persona y la acción que sigue el proveedor en base a sus respuestas. Descansa en el uso de tarjetas, una por método, con la descripción del método y su efectividad en el lado A y sus contraindicaciones (preguntas que debe hacer el proveedor) en el lado B.

3. Cómo se usa

El algoritmo de consejería balanceada tiene dos partes.

Parte I

Se ofrece el servicio de planificación familiar y se pregunta por el interés en usar un método.

Parte II

Tiene tres momentos:

- a) **Diagnóstico de necesidades (pre-elección):** Se crean las condiciones que pueden ayudarle al cliente a seleccionar un método de planificación familiar. Se le hacen preguntas básicas y se muestran al cliente todas las tarjetas con los distintos métodos disponibles. Mediante preguntas y la respuesta se descartan las tarjetas (los métodos) que no son pertinentes al caso o no responden a las preferencias del/ de la usuaria. Descartar las tarjetas de consejería ayuda a evitar dar información sobre métodos que no son relevantes a las necesidades del cliente.
- b) **Elección del método por el/la usuario/a:** Se da información más extensa sobre los métodos que no han sido descartados. Esto ayuda al cliente a seleccionar el método más apropiado a sus necesidades. Se pregunta por el método elegido, verificando el proveedor que no haya contraindicaciones (preguntas del lado B de la tarjeta) y que el método esté disponible en el servicio o en un servicio de referencia.
- c) **Manejo después de la elección (post-elección):** Se da información completa sobre el método seleccionado (cómo funciona, cómo se usa, efectos secundarios y signos de alarma) utilizando para ello el rotafolio y/o el trifoliar sobre el método. Se entrega el método o la referencia y se da un trifoliar para consulta. Si por algún motivo el cliente no se decide por el método o no es aconsejable, se regresa al paso anterior de elección del método.

Hay instrucciones detalladas de cómo usar el algoritmo de consejería balanceada en el reverso del mismo.

4. Por qué se usa

La consejería balanceada y el uso del algoritmo pretenden fortalecer la oferta sistemática de métodos de planificación familiar a toda persona en edad reproductiva que llegue al servicio de salud, independiente del motivo de consulta. Asimismo, la consejería balanceada, al proporcionar la misma cantidad de información inicial sobre todos los métodos, ayuda a eliminar los sesgos del proveedor y favorece la elección libre e informada de un método por parte del/ de la cliente o la pareja.

5. Cuánto dura la consejería

Pareciera que la consejería toma mucho tiempo, pero el tiempo necesario varía de acuerdo a los conocimientos sobre los métodos anticonceptivos que posea el usuario y en qué etapa se encuentre en el proceso de toma de decisión. El consejero debe adecuar la sesión a las necesidades del usuario.

Para la mayoría de los usuarios, la descripción inicial de los diversos métodos puede ser relativamente breve y depende de las intenciones reproductivas de la persona. Es importante que al comenzar la sesión pregunte al usuario:

- ¿Desea un hijo o hija en el futuro? ¿Desea un hijo o hija en los próximos dos años?
- ¿Esta amamantando exclusivamente a un hijo/a menor de 6 meses y aún no ha visto su menstruación?
- ¿Colabora su pareja en la planificación familiar?
- ¿Qué método/s ha usado en el pasado? ¿Hay alguno que no quiera usar?

Las respuestas a estas preguntas implican el descarte de tarjetas (métodos) y orientan la elección. El consejero debe proporcionar información más completa, una vez que el usuario ha expresado su interés en uno o más métodos en particular y que se han descartado aquéllos que no corresponden a sus intenciones reproductivas.

Si un usuario llega bien informado y ha examinado cuidadosamente las opciones disponibles, la sesión de consejería será relativamente breve. Los usuarios que carecen de información o tienen dificultad para tomar una decisión necesitarán una mayor dedicación por parte del consejero.

Al principio, puede parecer que el uso del algoritmo de consejería balanceada es complicado o toma mucho tiempo. Sin embargo, una vez que se ha comprendido y practicado su uso, los proveedores encuentran que, en realidad, les facilita dar consejería balanceada y enfocada en el método elegido.



RELACIÓN entre ACCEDA y el ALGORITMO de CONSEJERÍA BALANCEADA en PF

Pasos ACCEDA	Algoritmo de Consejería Balanceada en PF
Atender a la persona con amabilidad y respeto	La pregunta “ ¿En qué le puedo servir hoy? ” y la aseveración: “ <i>Yo puedo ayudarle a escoger el método de planificación familiar que mejor responda a sus necesidades, deseos o intereses</i> ” al principio del algoritmo, son parte de la atención con amabilidad y respeto.
Conversar con la persona	La Parte 1 del Algoritmo con las preguntas iniciales de los pasos 1 al 4 se pueden hacer en forma de conversación abierta y natural.
Comunicar las opciones	Al desplegar las tarjetas que acompañan al Algoritmo y seguir los pasos del 5 al 15 se le comunica a la persona todas las opciones que tiene para planificar su familia tomando en cuenta su situación y deseos reproductivos, la comunicación en pareja y el uso de métodos en el pasado . Se explica porqué se descartan algunos métodos y se aclaran dudas. Específicamente, se leen 4 características del método que tiene en mente o de cada método no descartado (Lado A de las tarjetas). Se hacen preguntas para verificar si la persona es apta para usar el método (Lado B de las tarjetas).
Encaminar a tomar la decisión	El corazón de la consejería, paso 16 , tiene como propósito que la persona tome una decisión libre e informada sobre el método que desea usar. Los pasos 17, 18 y 24 también ayudan a verificar la decisión.
Describir o demostrar lo que la persona debe hacer	En los pasos 19 a 22 se dan las explicaciones de cómo funciona el método en el cuerpo, cómo se usa y los beneficios, los efectos secundarios y los signos de alarma . Éstos cumplen con la descripción/ demostración de lo que la persona debe saber y hacer para usar correctamente el método elegido. Además los pasos 23 y 25 recuerdan verificar la comprensión de la persona y entregar el material de consulta.
Acordar otra visita	El paso 26 , al final del Algoritmo, incluye las indicaciones para el seguimiento e invita a la persona a volver al servicio .

EL PERFIL DE UN BUEN CONSEJERO O CONSEJERA

Un consejero en planificación familiar es una persona capacitada para ayudar al cliente en el proceso de toma de una decisión informada, voluntaria y responsable acerca de su fecundidad. El consejero puede ser un/a médico, un/a enfermera profesional, un/a auxiliar de enfermería, un/a enfermero/a obstétrico/a, un/a trabajador social, un/a educador en salud, un/a promotor de salud, un/a facilitador/a comunitario/a o cualquier otro miembro del personal de salud que haya recibido capacitación en tecnología anticonceptiva y en la consejería. No es preciso que el consejero sea psicólogo o terapeuta, pero sí requiere conocer los métodos y capacitación especial en la técnicas de consejería en planificación familiar.

Un buen consejero debe:

- Conocer y respetar los derechos de la persona
- Utilizar lenguaje sencillo y comprensible para el usuario
- Proporcionar la consejería preferiblemente en el idioma materno del usuario
- Ser amable y ganarse la confianza del usuario
- Tener un buen conocimiento de todos los métodos disponibles
- Conocer los factores psicológicos y culturales que afectan la decisión de una persona o pareja en cuanto al uso de un método
- Establecer una relación sin prejuicios de edad, grupo étnico, estatus socio-económico, religión, género u orientación sexual del usuario
- Proporcionar información en forma imparcial y de manera sensible, asegurándose que la persona tome su propia decisión
- Motivar a la persona a que haga preguntas y responderlas de manera objetiva
- Hacer preguntas abiertas que permitan contar con información detallada
- Escuchar con atención e interés los problemas del usuario
- Actuar con honestidad, reconocer sus limitaciones y referir al usuario cuando no pueda proporcionar el servicio que el usuario desee o cuando lo estime necesario
- Utilizar la comunicación no verbal (lenguaje corporal) de una manera apropiada
- Reforzar la información importante, evitando la sobrecarga de información

Pautas para que los usuarios aprovechen mejor la consejería:

- **Brevidad:** Seleccionar los puntos más importantes a tratar con el usuario y enfatizar lo que debe recordar. Averiguar qué información tiene y comprende, o si está mal informado sobre algún aspecto.
- **Prioridad:** Dar las instrucciones más importantes para que el usuario utilice el método de manera eficaz
- **Simplicidad:** Usar oraciones cortas y palabras simples que los usuarios puedan comprender. Evitar términos y explicaciones científicas o médicas. Las instrucciones deben ser específicas y concretas.
- **Repetición:** Repetir la información e instrucciones más importantes. Procurar que el usuario las repita. Proporcionarle material impreso y recordarle las instrucciones.

CONSEJERÍA A USUARIOS ESPECIALES

A algunos grupos de usuarios les llamamos especiales porque:

- Poseen características o necesidades especiales debido a la etapa o situación de la vida en que se encuentran o porque están experimentando un evento reproductivo específico
- Muchas veces estas necesidades pueden ser pasadas por alto en los sistemas y servicios de planificación familiar

1. Quiénes son

- Adolescentes solteros/as y sin hijos/as
- Mujeres embarazadas
- Mujeres posparto
- Mujeres post-aborto
- Mujeres cerca de la menopausia
- Hombres
- Parejas
- Mujeres trabajadoras del sexo (MTS)
- Hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- Personas con VIH
- Mujeres víctimas de violencia basada en género

2. Consejeros de usuarios especiales

- Requieren capacitación adicional en la consejería a usuarios especiales
- Las habilidades y actitudes necesarias para orientar a los grupos especiales son las mismas que se utilizan para orientar a otros usuarios, pero pueden requerir conocimientos adicionales
- Algunos consejeros no se sienten cómodos con usuarios especiales debido a sus propios valores y esto les dificulta ser imparciales con alguno de los grupos (por ejemplo, la consejería a personas con diferente orientación sexual a la suya)

CONSEJERÍA PARA ADOLESCENTES

La adolescencia, como etapa de vida, está cobrando creciente importancia en todo el mundo. Los adolescentes difieren de los adultos y, por consiguiente, la consejería que deben recibir sobre planificación familiar es distinta. A semejanza de los adultos, el adolescente está capacitado físicamente para practicar las relaciones sexuales y tener hijos. No obstante, a diferencia de las personas maduras, carecen de experiencia, equilibrio emocional y amplios conocimientos y, a menudo, tienen un comportamiento distinto, lo cual está definido por sus valores sexuales.

Experiencia

El adolescente tiene muy poca experiencia en la toma de decisiones. De hecho, es posible que la decisión de ser sexualmente activo o no, sea la primera decisión importante que tome por sí mismo. Es posible que algunos adolescentes no deseen practicar las relaciones sexuales, pero temen negarse ante la presión de sus compañeros. El consejero podrá informarles que muchos adolescentes comparten su manera de pensar y que no importa negarse a tener relaciones sexuales, haciendo énfasis en los riesgos que esta decisión implica en su futuro.

Considerar la abstinencia sexual como una opción es parte de la consejería para adolescentes. Para aquéllos que han decidido iniciar su vida sexual, volver a la abstinencia sexual, el uso de métodos apropiados y el uso del condón para evitar los riesgos de transmisión de algunas Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y el VIH son opciones a discutir en la consejería.

Conocimientos

El adolescente puede desconocer la relación entre sexo y embarazo, qué son los anticonceptivos o cómo se usan. En general, los conocimientos que posee los ha obtenido de los medios de información o de sus amigos, y suelen ser incompletos, equivocados o incorrectos.

Por regla general, el adolescente aprende mejor cuando se siente capaz y logra sentirse así cuando la comunidad da mayor importancia a sus logros que a sus fracasos. El apoyo del consejero es de suma importancia porque es posible que el adolescente encuentre barreras de comunicación con sus padres, familiares o amigos. El y la adolescente requiere de información y educación sexual integral, diferenciada y apropiada.

CONSEJERÍA A MUJERES EMBARAZADAS

Consideraciones

- La consejería debe iniciarse durante el período prenatal
- La mujer embarazada, por lo general, no se preocupa por saber de métodos específicos de planificación familiar
- Es necesario motivar a la mujer embarazada a protegerse para espaciar su próximo embarazo o limitarlos del todo si ya tiene el número de hijos e hijas deseado

Es importante informarle que el espaciamiento óptimo (“la distancia”) entre nacimientos es de al menos 2 años entre el nacimiento de un hijo o hija y el siguiente embarazo, o de 3 años entre un embarazo y el siguiente embarazo.

- Es mandatorio ofrecer consejería en las visitas de control prenatal y posparto
- Dar consejería sobre MELA es particularmente importante para las mujeres embarazadas y posparto
- MELA ofrece protección inmediata y natural después del parto y la lactancia materna inmediata y exclusiva es la mejor forma de alimentar al recién nacido

CONSEJERÍA A MUJERES POSPARTO

Consideraciones

- La mujer posparto puede comenzar a utilizar inmediatamente los siguientes métodos: MELA o método de sólo dar de mamar, T de Cobre (DIU) y Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria femenina (AQVF)
- Su pareja puede utilizar en cualquier momento el condón y la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Masculina (AQVM) o vasectomía
- La inyección y el implante Jadelle pueden comenzar a usarse 6 semanas después del parto.
- La pastilla puede comenzar a usarse 6 meses después del parto
- Los proveedores pueden ofrecer consejería antes de una cesárea o un parto hospitalario por si la mujer quisiera la AQVF
- Los proveedores también pueden ofrecer consejería en la sala de recuperación de maternidad
- La consejería posparto se puede ofrecer durante la visita de seguimiento de posparto, en los servicios, en la comunidad o en las visitas de control del recién nacido

Observaciones

- El trabajo de parto y parto no son las mejores oportunidades para dar consejería
- No es conveniente que la persona que da consejería posparto, forme parte del equipo que atiende el parto
- Es probable que una mujer posparto esté preocupada por su salud y la del bebé y no dé importancia a la consejería

CONSEJERÍA A MUJERES POSTABORTO

Consideraciones

- La consejería en planificación familiar es un elemento indispensable en el post-aborto
- La mujer post-aborto (primer y segundo trimestre) puede comenzar a utilizar inmediatamente cualquier método anticonceptivo
- En algunos casos su embarazo fue producto de la falla de un método de planificación familiar o de no haber usado un método
- La atención de este aborto podría ser su único contacto con el sistema de salud.
- La mujer se encuentra en una situación de crisis
- En muchos casos la mujer está sola y su capacidad de decidir puede estar afectada

CONSEJERÍA A MUJERES CERCANAS A LA MENOPAUSIA

Consideraciones

Cuando dé consejería a mujeres cercanas a la menopausia para ayudarlas a escoger un método considere:

- Los anticonceptivos hormonales afectan el sangrado así que puede ser difícil saber si la mujer ha llegado a la menopausia
- La anticoncepción de emergencia la pueden usar las mujeres de cualquier edad
- La esterilización femenina y masculina (vasectomía) puede ser una buena opción para las mujeres mayores y sus parejas cuando saben que ya no desean más hijos
- Los condones protegen adecuadamente a las mujeres mayores considerando que tienen fecundidad reducida en los años anteriores a la menopausia
- La T de Cobre debe ser removida 12 meses después de que una mujer tuvo su última regla
- La irregularidad en los ciclos de las mujeres antes de la menopausia hace más difícil utilizar los métodos naturales en forma confiable
- Es recomendable que las mujeres usen un método de planificación familiar durante 12 meses después de que han tenido la última menstruación, en caso vuelva a haber ovulación

CONSEJERÍA A HOMBRES

Consideraciones

- Los hombres deben recibir el mensaje que la planificación familiar “es cosa de hombres responsables”
- Es posible que los hombres no se sientan a gusto al asistir a una clínica de planificación familiar, principalmente si allí siempre se ha atendido a mujeres
- Los servicios de planificación familiar necesitan establecer espacios u horas especiales que se ajusten a las necesidades de trabajo y privacidad del hombre
- Con frecuencia, a los hombres les es más difícil discutir la sexualidad y la planificación familiar con consejeros del mismo sexo
- Por lo general, los hombres están menos informados que las mujeres acerca de la reproducción y la planificación familiar y tienen menos oportunidad de conversar con personal de salud
- Los hombres tienden a ser más categóricos que las mujeres en lo concerniente a los deseos y prácticas sexuales
- Los hombres necesitan más estímulo que las mujeres para usar la anticoncepción y apoyar la práctica anticonceptivas en sus cónyuges
- El método que ofrece protección contra algunas ITS y el VIH es un método que debe usar el hombre (el condón)
- La AQVM o vasectomía es un método más rápido y sencillo que la AQV femenina

Observaciones

Algunas veces, la preocupación o negativa del hombre a que su compañera use un método está relacionada a las ideas sobre la sexualidad en un contexto cultural específico (por ejemplo, existe la idea de que su cónyuge se volverá promiscua e infiel si se usa un método de planificación familiar). Estas preocupaciones, así como otros prejuicios, mitos y dudas deben abordarse en la consejería.

CONSEJERÍA A PAREJAS

Consideraciones

- Las sesiones de consejería en pareja pueden ayudar a aclarar los mitos o dudas acerca de la sexualidad
- Las sesiones de consejería en pareja favorecen la comunicación entre la pareja
- El consejero debe adoptar una actitud imparcial, sin ponerse a favor o en contra de alguno de los miembros de la pareja
- El consejero debe hacer preguntas para favorecer la negociación y llegar a acuerdos entre la pareja
- Los métodos naturales requieren de la colaboración de la pareja para abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer o, si tienen relaciones sexuales, usar un condón en esos días
- Es importante que las parejas que están siguiendo el método de la ovulación sepan que los lubricantes y/o espermicidas pueden afectar la composición y consistencia del moco cervical
- La consejería debe presentar el condón como una opción que ofrece doble protección: evita un embarazo y la transmisión de algunas ITS y el VIH
- Es muy importante describir y demostrar el uso correcto del condón, así como decir que su eficacia depende de su uso correcto y consistente en cada relación sexual

CONSEJERÍA A MUJERES TRABAJADORAS DEL SEXO

Consideraciones

- Las mujeres trabajadoras del sexo (MTS) tienen múltiples parejas sexuales, por lo que tienen mayor riesgo de adquirir ITS, incluyendo el VIH y/o tener embarazos no planificados
- Reforzar en la consejería el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual para evitar embarazos inesperados e infecciones de transmisión sexual (ITS) y el VIH, el virus que causa el sida
- Aunque utilice otro método de planificación familiar, se refuerza el uso correcto y consistente del condón en toda relación sexual
- Reforzar el uso del condón siempre, incluso con la pareja estable o habitual
- La consejería incluye mencionar que el uso de alcohol y drogas aumenta la posibilidad de no usar el condón para protección o de no usar el condón de manera constante y correctamente
- La consejería incluye la discusión de cómo negociar el uso del condón con sus clientes y con su pareja estable o habitual

- Las mujeres trabajadoras del sexo tienen mayor riesgo de adquirir ITS; esta situación debe considerarse en la evaluación del uso de la T de Cobre
- El algoritmo de consejería balanceada tiene una tarjeta (color rojo) con preguntas sobre comportamientos sexuales de riesgo, que debe usarse en la consejería a mujeres trabajadoras del sexo

CONSEJERÍA A PERSONAS CON ITS / VIH

- Es preferible que las mujeres con VIH/sida que han dado a luz no usen el método de lactancia amenorrea (MELA) por el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. Deben recibir consejería especializada sobre las formas seguras de alimentar a su bebé, incluyendo la lactancia materna cuando no hay otra opción viable.
- Las personas con infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH pueden usar la mayoría de los métodos de planificación familiar con seguridad y eficacia
- Toda persona con VIH debe recibir consejería sobre el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual; el condón puede prevenir ITS cuando se usa en forma consistente y correcta
- Las ITS pueden reducirse de otras formas: limitando el número de parejas, absteniéndose de tener relaciones sexuales y cumpliendo con la fidelidad mutua con una pareja que no esté infectada
- El uso de medicamentos antirretrovirales (ARV) puede interferir con el uso de métodos anticonceptivos hormonales (inyección y pastillas) por lo que la consejería debe ser especializada
- Las mujeres y los hombres con VIH, sida o en terapia con antirretrovirales pueden someterse a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Se necesitará hacer algunos arreglos especiales y el procedimiento puede sufrir retraso si en ese momento está padeciendo de alguna infección o enfermedad relacionada al sida.

CONSEJERÍA A HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON OTROS HOMBRES

- Las consideraciones mencionadas anteriormente en relación a los hombres pueden aplicar en el caso de hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH)
- Los HSH deben recibir consejería sobre el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual
- La consejería incluye mencionar que el uso de alcohol y drogas aumenta la posibilidad de no usar el condón para protección o de no usar el condón de manera constante y correctamente
- La consejería incluye la discusión de cómo negociar el uso del condón con la pareja
- El algoritmo de consejería balanceada tiene una tarjeta (color rojo) con preguntas sobre comportamientos sexuales de riesgo, que debe usarse en la consejería a HSH

CONSEJERÍA DE MÉTODOS NATURALES

Se resaltan algunos aspectos importantes en la consejería en métodos naturales.

MELA

Debido a que el MELA (Método de Lactancia Amenorrea) es un método anticonceptivo natural, que se basa en la fisiología de la madre, la información y el comportamiento, y que no requiere suministros, puede proporcionarse en todos los entornos, desde la comunidad hasta el hospital. Una vez que se da consejería a la madre sobre cómo practicar el método, ella controla su uso. El MELA debe ofrecerse siempre desde el embarazo y en el posparto y debe haber un sistema de referencia que asegure la selección de otro método en combinación o cuando el MELA deja de ser eficaz.

La consulta prenatal es un buen momento para hablar del MELA para que la mujer amamante inmediata y exclusivamente a su hijo/a al nacer. Aunque es preferible empezar desde el período prenatal a compartir los conocimientos sobre el MELA y las prácticas óptimas de lactancia materna, también puede ofrecerse durante la primera visita posparto. Además del beneficio de prolongar el espaciamiento intergenésico (entre embarazos), este método tiene efectos positivos para la salud de la madre ayudando a la recuperación materna y para la salud y nutrición del lactante, incrementando la supervivencia infantil. Estos conocimientos deben ser reforzados, asegurándose que la madre comprende los tres requisitos del MELA: amamantar en demanda y exclusivamente a su bebé, no haber visto su regla después del parto, y el niño o niña tiene menos de 6 meses.

Es preciso insistir en que el incumplimiento de cualquiera de los tres requisitos disminuye la eficacia del método, pero ello no significa que se deba abandonar la lactancia materna. Como práctica de alimentación óptima para el hijo, se debe continuar con la lactancia materna al menos hasta los dos años de edad. Sin embargo, para mantener la protección anticonceptiva, se debe utilizar otro método de planificación familiar que sustituya al MELA. Además, el MELA no protege contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo el VIH.

Método de Ovulación y Método de Días Fijos o El Collar

La consejería sobre estos métodos naturales comprende varios aspectos:

- **Evaluación:** Determinar si el método es apropiado para la usuaria y su pareja. Aspectos a considerar en el uso del método de días fijos (MDF) o collar incluyen la duración y regularidad de los ciclos menstruales de la mujer y la colaboración y comunicación que haya con la pareja. El método de la ovulación no requiere que la mujer tenga ciclos regulares y, cuando es utilizado correctamente, no requiere de uso de otros métodos de apoyo. Por el contrario, el uso del condón puede alterar la consistencia del moco cervical, por lo que no se recomienda su uso con este método.
- **Información:** Explicar a la usuaria y su pareja cómo funciona el ciclo menstrual y el método, cómo utilizarlo y verificar la comprensión de la explicación dada. Apoyar el uso del método en pareja, reconociendo que estos métodos no evitan las ITS y el VIH. Reforzar la consejería en el uso del condón para evitar algunas ITS, incluyendo el VIH cuando hay relaciones

sexuales. Puede recomendarse el uso del condón en los días fértiles de la mujer, haciendo la aclaración de que puede afectar la consistencia del moco cervical y por lo tanto afecta también la efectividad del método de ovulación.

- Existe el collar con cuentas y el collar “en papel” (tarjeta de la usuaria), ambos tienen instrucciones de uso específicas que se deben abordar en la consejería sobre el método.

ACLARACIÓN DE RUMORES E INFORMACIÓN EQUIVOCADA

La consejería en planificación familiar también sirve para corregir rumores e información errónea que tenga el usuario.

Los pasos para aclarar un rumor o idea equivocada acerca de un método son:

1. Identifique el rumor o idea equivocada
 - Escuche lo que dice la persona
 - Haga preguntas abiertas para comprender mejor
2. Averigüe sobre el origen del rumor o idea equivocada
 - Dónde lo escuchó
 - Alguna vez lo vio
 - La persona que lo dijo lo experimentó personalmente o se lo contaron
 - Qué lo/a hace creer que sea verdadero
3. Responda en forma directa
 - Enfóquese en la duda de la persona y no en otra información
 - Si no tiene información relevante no invente
 - Ofrezca averiguar la información correcta

Buenas maneras de corregir los rumores que haya sobre un método determinado son:

- Dar ejemplos de usuarios satisfechos; si estos autorizan a que se usen sus nombres los puede mencionar. Este tipo de ejemplo personal es muy convincente.
- Averiguar qué información adicional necesita conocer el usuario para confiar en el método

He aquí algunos ejemplos de rumores y de información incorrecta, y sugerencias para corregirlos:

Pastilla

RUMOR: El uso de la pastilla produce esterilidad (infertilidad)

REALIDAD: NO existe evidencia científica que la pastilla cause infertilidad permanente. Después de suspender el uso de la pastilla, algunas de las mujeres pueden experimentar un retraso en la fecundidad, normalmente de uno a tres meses.

Estudios realizados en muchos países — Pakistán, Estados Unidos, Tailandia e Inglaterra, entre otros— han demostrado que cualquier retraso es temporal y que después de 24 meses no existe diferencia entre la tasa de embarazos en las mujeres que usaron la pastilla y aquellas que no la usaron.

RUMOR: La pastilla produce cáncer

REALIDAD: NO. La investigación ha demostrado que los anticonceptivos orales ofrecen una protección eficaz contra dos tipos comunes de cáncer femenino (del endometrio y de ovarios). Para otras formas comunes de cáncer, por ejemplo el cáncer de mama, no se ha podido establecer ninguna relación.

RUMOR: Las pastillas se acumulan en el estómago o la matriz

REALIDAD: NO. Los anticonceptivos orales pasan a través del sistema digestivo como cualquier alimento o medicamento. Las hormonas sintéticas únicamente tienen un efecto temporal, de 24 horas, que termina cuando se dejan de usar. No pueden acumularse ni en el estómago ni en la matriz.

RUMOR: Su hijo puede nacer deforme si ha tomado la pastilla

REALIDAD: NO. La evidencia demuestra que un niño concebido durante o después que su madre haya usado la pastilla no tiene más riesgo de nacer con un defecto genético que cualquier otro recién nacido o recién nacida.

Inyección

RUMOR: las inyecciones causan cáncer

REALIDAD: NO. La Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio demostrando que el riesgo de cáncer entre las usuarias de la Depo-Provera no aumenta en comparación con no usuarias. De hecho, la Depo-Provera proporciona el mismo efecto protector contra el cáncer del ovario y del endometrio que el reportado para la pastilla.

T de Cobre

RUMOR: Si una mujer usa la T de Cobre (DIU), no podrá tener hijos después

REALIDAD: NO. Casi todas las usuarias de la T de Cobre (DIU) son capaces de tener hijos una vez retirada ésta, de hecho una de las ventajas de la T de Cobre es el regreso inmediato a la fertilidad una vez retirada. Aquellas mujeres que ya sufren de infecciones pélvicas o que están expuestas a contraer infecciones de transmisión sexual (ITS, incluyendo el VIH), se enfrentan a riesgos más altos de infertilidad y deberán ser informadas sobre otros métodos anticonceptivos.

RUMOR: La T de Cobre (DIU) causa cáncer

REALIDAD: NO. La T de Cobre (DIU) ha sido investigada minuciosamente. Los estudios han demostrado que la T de Cobre (DIU) no causa cáncer.

RUMOR: La T de Cobre (DIU) puede ser empujada durante las relaciones sexuales y migrar a otras partes del cuerpo

REALIDAD: NO. Este rumor no tiene base científica alguna. La T de Cobre (DIU) no puede ser expulsada del útero durante el acto sexual. La T de Cobre se inserta en el útero o matriz de la mujer por la vagina y sólo puede salir por la vagina.

RUMOR: Si una mujer queda embarazada mientras está usando la T de Cobre (DIU), ésta se incrusta dentro del cuerpo y hasta en el cerebro del niño

REALIDAD: NO. Este rumor no tiene base científica alguna. La T de Cobre (DIU) no puede ni incrustarse en un recién nacido ni causar una malformación en el caso que ocurra un embarazo mientras se usa la T de Cobre (DIU). El feto está recubierto de una bolsa o saco protector y la T de Cobre está fuera de esa bolsa.

Condón

RUMOR: El condón se sale o se rompe durante las relaciones sexuales y se queda para siempre en el cuerpo de la mujer

REALIDAD: NO. En algunas ocasiones, el condón puede quedarse dentro de la vagina de la mujer, pero la misma mujer lo puede sacar con facilidad. En estos casos, el condón pierde su eficacia.

RUMOR: El uso frecuente del condón debilita al hombre y puede producirle impotencia

REALIDAD: NO. No existe evidencia alguna de que el uso frecuente del condón ocasione impotencia.

RUMOR: Los condones se usan únicamente con las prostitutas

REALIDAD: NO. Los condones son usados en forma regular por millones de parejas para prevenir el embarazo. En Japón, por ejemplo, es el método anticonceptivo más popular entre los matrimonios. También se utilizan para prevenir la infección por VIH y algunas otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS).

Operación de la Mujer (Minilap)

RUMOR: La operación de la mujer es dolorosa y complicada

REALIDAD: NO. Nuevas técnicas han transformado la esterilización femenina en un procedimiento sencillo, que se realiza con anestesia local y que no requiere hospitalización. Las mujeres a veces sienten dolor después de la intervención, pero este malestar es temporal y se alivia con medicamentos como el acetaminofén que dan en los servicios de salud.

RUMOR: La operación de la mujer la debilita

REALIDAD: NO. No existe ninguna prueba médica que fundamente este rumor. Muchos investigadores han estudiado las diferencias entre mujeres que han sido esterilizadas y aquellas que no lo han sido. Estos estudios han demostrado que no existe diferencia alguna en cuanto a su fuerza física, los problemas ginecológicos o a la adaptación psicológica entre los dos grupos de mujeres.

RUMOR: Después de la operación de la mujer ya no tendrá más períodos menstruales

REALIDAD: NO. No existe evidencia alguna que la menstruación se interrumpa debido a la operación de la mujer. No debe confundirse la esterilización con la histerectomía (la extirpación del útero), ni con la extirpación de los ovarios.

Operación del Hombre (Vasectomía)

RUMOR: La operación del hombre (vasectomía) no es más que un nombre científico para la castración

REALIDAD: NO. Durante la operación del hombre no se remueven los testículos ni parte alguna de la anatomía masculina. Solamente se hace una pequeña incisión y se cortan y ligan dos conductos. La operación del hombre en nada se parece a la castración.

RUMOR: El hombre operado no puede realizar el acto sexual

REALIDAD: NO. La operación no afecta la capacidad o deseo sexual del hombre. No sólo la anatomía del hombre se mantiene intacta sino que, además, su sensación al momento de eyacular es completamente normal. La única diferencia es que la operación asegura que no habrá espermatozoide alguno en el semen que eyacula el hombre.

RUMOR: La operación del hombre (vasectomía) puede causar problemas del corazón y debilitar el sistema inmunológico

REALIDAD: NO. Los estudios demuestran que el temor a desarrollar problemas cardiovasculares y del sistema inmunológico es infundado. Ninguno de estos efectos está documentado.

Jadelle

RUMOR El implante causa esterilidad (infertilidad)

REALIDAD: NO. Una de las ventajas del implante subdérmico es el retorno rápido a la fertilidad. A los 14 días de retirarse el implante retorna el ciclo menstrual de la mujer y la fertilidad.

RUMOR: El implante causa mucha hemorragia

REALIDAD: El implante puede causar trastornos menstruales, pero no mayor hemorragia. Los trastornos pueden presentarse hasta por un año.

RUMOR: El uso del implante hace que la mujer gane peso

REALIDAD: Algunas mujeres ganan peso durante su uso, pero nunca más de 6 libras por año, si mantienen la dieta y actividad física que tenían antes de que se les pusiera el implante.

CÓMO ESTAR RAZONABLEMENTE SEGURO/A QUE LA MUJER NO ESTÁ EMBARAZADA

Hay una prueba verbal que permite descartar el embarazo. La misma se basa en seis preguntas que se le hacen a la mujer durante la consejería y son:

1. ¿Está usando correctamente un método para planificar la familia? ¿Cómo lo usa? (Asegúrese que lo usa en la forma correcta)
2. ¿Le ha venido su regla en los últimos 7 días?
3. ¿Ha tenido un aborto o pérdida en los últimos 7 días?
4. ¿Ha tenido un parto en el último mes?
5. ¿Tiene un hijo o hija menor de 6 meses, le está dando sólo pecho (nada más que el pecho) y todavía no ha visto su regla?
6. ¿Ha evitado tener relaciones sexuales desde que empezó su última regla?

Si la mujer responde SÍ a una o más de las preguntas anteriores, el proveedor puede estar razonablemente seguro/a que no está embarazada.

Si la mujer responde NO a todas las preguntas, podría estar embarazada. En este caso, el/la consejero/a de planificación familiar debe entregar condones y/o sugerirle que no tenga relaciones sexuales mientras espera su regla e invitarla a volver al servicio.

El Algoritmo de Consejería Balanceada cuenta con una tarjeta (color blanco) con estas preguntas que se deben hacer a todas las mujeres que no saben si están embarazadas o no.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EMBARAZO

Se presentan los síntomas de embarazo, los signos clínicos que se pueden encontrar con el examen físico y las pruebas de laboratorio.

1. Señales tempranas de embarazo

- Retraso en el período menstrual
- Sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Vómitos
- Cambio de peso
- Cansancio constante
- Cambios de humor
- Cambios de apetito
- Orina con más frecuencia

2. Señales tardías de embarazo

- Senos más grandes
- Pezones más oscuros
- Mayor secreción vaginal
- Aumento de volumen del abdomen
- Movimiento del feto

3. Examen físico: En pacientes con embarazo de 6 a 10 semanas, el examen físico puede mostrar los siguientes signos:

- Aumento de la red vascular mamaria (red de Haller)
- Hiperpigmentación u oscurecimiento de la areola y el pezón
- **Linea negra** o línea oscura en la parte media del abdomen
- El examen ginecológico revelará mucosa vulvovaginal hiperémica o de coloración violácea. El cérvix también muestra coloración violácea y su consistencia es más blanda (signo de Chadwick), similar a la consistencia de los labios (normalmente, el cérvix tiene consistencia dura, similar a la de la punta de la nariz).

En embarazos menores de 6 semanas, estos signos pueden no ser tan evidentes, por lo que puede ser necesario efectuar una prueba de embarazo en orina (UCG, Gravindex o cualquiera de las pruebas comerciales de venta libre en farmacias), o en sangre (HCG).

En embarazos mayores de 10 semanas, el agrandamiento uterino comienza a hacerse evidente, y la frecuencia cardiaca fetal puede escucharse con doppler fetal. Alrededor de las 18 semanas es posible escuchar el latido cardiaco con fetoscopia o con la campana del estetoscopio, y tanto las pacientes como el examinador pueden percibir los movimientos fetales.

4. Laboratorio: En algunos lugares, las pruebas de embarazo no son prácticas debido a que aquellas que tienen una sensibilidad elevada (positivas +/- 10 días después de la concepción), por lo general, son costosas. Sin embargo, en casos en que la posibilidad de embarazo sea difícil de descartar, una prueba de embarazo de alta sensibilidad podría ser útil, siempre que se tenga fácil acceso a la misma, que no sea demasiado costosa y que forme parte de la práctica clínica de rutina.

En donde exista el recurso, un ultrasonido vaginal puede detectar embarazos de 4 a 7 semanas, y el ultrasonido pélvico abdominal, aunque es menos sensible, lo detecta de las 5 semanas en adelante, dependiendo del grosor del tejido graso.

2

**Eficacia de los Métodos
de Planificación Familiar**

Eficacia de los Métodos de Planificación Familiar

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

Método	Uso correcto y consistente	Uso común	Eficacia del método
Implantes (Jadelle)	0.05	0.05	Muy eficaz
Operación del Hombre	0.1	0.15	Muy eficaz
Operación de la Mujer	0.5	0.5	Muy eficaz
T de Cobre (DIU)	0.6	0.8	Muy eficaz
La Inyección Mensual	0.5	3	Eficaz
La Inyección Trimestral	0.3	3	Eficaz
MELA	0.9	2	Eficaz
La Pastilla	0.3	8	Eficaz
Condón masculino	2	15	Moderadamente eficaz
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	5 a 9 ³	25	Moderadamente eficaz
Sin método	85	85	No eficaz

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

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

Las personas que reciben consejería deben tener esta información sobre todos los métodos no descartados. El/la consejero/a ordena las tarjetas de los métodos del más seguro (más eficaz o que ofrece más protección) al menos seguro para que la persona lo considere antes de elegir un método. Siempre debe mencionarse que el condón ofrece doble protección: para evitar el embarazo y para evitar ITS, incluido el VIH, el virus que causa el sida. Por lo tanto, puede usarse en combinación con cualquier otro método.

³ Según la fuente, Planificación Familiar un Manual Mundial para Proveedores de la Organización Mundial de la Salud –OMS- 2007, la efectividad de los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad es de 91%; es decir, la tasa de embarazos con uso consistente y correcto es de 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso. Según la Guía de Referencia para Consejería del Institute for Reproductive Health, Georgetown University –IRH, 2002- la efectividad es de 95%; es decir 5 mujeres de 100 quedan embarazadas en el primer año de uso correcto y consistente.

3

**Métodos de
Planificación Familiar**

Método de lactancia amenorrea (MELA)



Descripción

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

Cómo actúa

Cuando una mujer amamanta, el estímulo que el niño provoca al succionar el pezón envía impulsos nerviosos al cerebro de la madre, el cual responde cambiando la producción de hormonas que son necesarias para estimular la ovulación y la preparación del útero (endometrio) para el embarazo.

Por lo tanto, si una mujer posparto no ha visto su regla (está en amenorrea) y está amamantando exclusivamente a su bebé, la probabilidad de que ovule durante los primeros 6 meses es muy baja.

Protección

Cuando una madre cumple con los tres requisitos (da lactancia materna exclusiva, no ha visto el retorno de su regla después del parto y su hijo o hija tiene menos de 6 meses), se produce menos de un embarazo (0.9) por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto (OMS, 2007).

Quién puede usarlo

La madre que cumple con los tres requisitos fundamentales:

- Da lactancia exclusiva y a demanda a su hijo o hija
- No ha visto su menstruación o regla después del parto
- El lactante tiene menos de 6 meses de edad

Quién no puede usarlo

- Madre que inició sus períodos menstruales posparto
- Madre que no esté amamantando en forma exclusiva
- Madre con más de seis meses de posparto
- La madre VIH positiva debe conocer el riesgo que existe de transmisión del VIH a través de la leche materna. Sin embargo, la madre debe recibir consejería sobre la mejor forma de alimentar a su bebé para tomar su propia decisión.

- Madre que esté recibiendo determinada medicación durante la lactancia (incluyendo medicamentos que afecten el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anti coagulantes)
- Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación al pecho, incluyendo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieren cuidados neonatales intensivos, que no puedan digerir alimentos normalmente, o con mal formaciones en la boca, mandíbula o paladar

Ventajas y beneficios

Para el recién nacido y lactante

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

La lactancia exclusiva implica que el niño no recibe alimentos, ni agua, ni líquidos, sólo leche materna. Otras sustancias, líquidos y alimentos no son necesarios y podrían estar contaminados.

Para la madre

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

Limitaciones

- El MELA no es apropiado para mujeres que no estén motivadas, orientadas y/o dispuestas a dar lactancia inmediata, exclusiva y a demanda a su recién nacido
- Personal de salud que no esté motivado y no dé consejería sobre los beneficios de la lactancia materna inmediata al nacer, en demanda y exclusiva hasta los 6 meses después del parto y sobre el MELA
- Personal de salud o servicios de salud con atención de partos que no favorezcan el alojamiento conjunto y lactancia inmediata; que ofrezcan biberones al recién nacido/a
- Puede ser un método difícil de practicar por circunstancias de separación del bebé por períodos prolongados (más de 4 horas)
- Como la mayoría de anticonceptivos, no brinda protección contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH

- Es eficaz sólo en los primeros 6 meses posparto y si se cumplen los tres requisitos fundamentales

Efectos secundarios

Ninguno

Aplicación del método

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

Debe darse a la madre información sobre otros métodos de Planificación Familiar desde el primer momento. Ello le ayudará a seleccionar su próximo método e iniciar su uso al momento que deje de cumplir cualquiera de los criterios de MELA.

Prácticas óptimas de lactancia materna para usar el MELA con éxito

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

Observaciones especiales

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

Cuadro 3.1 Condiciones que requieren precauciones

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

Seguimiento

Como ocurre con todos los métodos anticonceptivos, el seguimiento ayuda a que las usuarias espacien los embarazos con éxito. Es de suma importancia recordarle en cada visita la importancia de empezar a utilizar otro método moderno de planificación familiar inmediatamente cuando ya no cumpla los tres criterios de MELA, y ayudarla a seleccionar ese otro método desde el principio.

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

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

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

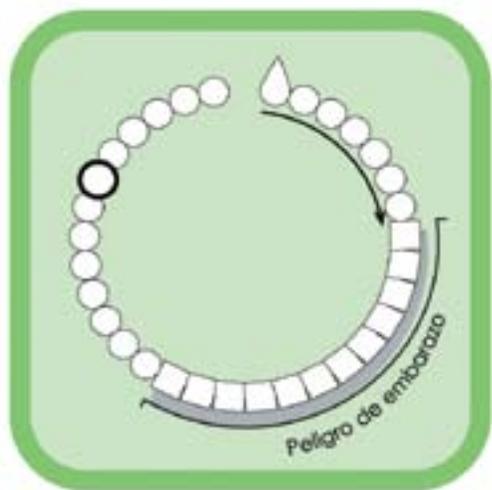
El proveedor deberá hacer lo siguiente:

- Anote la atención en el SIGSA 3 y ficha clínica de la mujer
- Registre la atención en el carnet de planificación familiar (Centros Comunitarios, Puestos de Salud, Centros de Salud y hospitales)
- Dele instrucciones apropiadas, apoyándose en el material de IEC
- Entregue el trifoliar del MELA y métodos después del parto

Anticoncepción posterior al MELA

Los métodos anticonceptivos que no interfieren con la producción de leche materna y pueden ser utilizados después del parto y al mismo tiempo que el MELA son:

- Condones
- T de Cobre (DIU) –dentro de las 48 horas, de no ser así, espere 4 semanas
- Operación de la mujer –dentro de los 7 días, de no ser así espere 6 semanas
- Operación del hombre
- Progesterona inyectable (6 semanas después del parto)
- Implante Jadelle (6 semanas después del parto)
- Anticonceptivos orales combinados (6 meses después del parto)



EL Collar o Método de Días Fijos (MDF)

Descripción

Es un método basado en el conocimiento de la fertilidad. Conocimiento de la fertilidad significa que la mujer se da cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. Permite a las parejas espaciar sus embarazos en forma natural. Utiliza un collar con perlas de diferentes colores que les sirve a las parejas para identificar los días fértiles de la mujer. También se puede utilizar un collar en papel con perlas de diferentes formas que sirve para identificar los días fértiles de la mujer.

Cómo actúa

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

Protección

Tiene una tasa de eficacia del 95% en el primer año de uso consistente y correcto del método en mujeres con la mayoría de ciclos menstruales de 26 a 32 días de duración (Guía de referencia para consejería. Institute for Reproductive Health, Georgetown University. Guatemala, 2002).

Quién puede usarlo

- Parejas que desean espaciar un embarazo
- Parejas que están de acuerdo en no tener relaciones sexuales en los días fértiles de cada ciclo de la mujer o usar condón, si las tienen
- Parejas que están dispuestas a llevar el control del ciclo menstrual de la mujer
- Mujeres con la mayoría de ciclos menstruales entre 26 a 32 días de duración
- Mujeres posparto que ya hayan visto su regla durante al menos tres ciclos de 26 a 32 días de duración

Quién no puede usarlo

- Parejas que no llenen todos los requisitos arriba mencionados
- Madres utilizando MELA o en amenorrea

Ventajas y beneficios

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

Limitaciones

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

Aplicación del método

El Collar o Método de los Días Fijos (MDF) es un collar de perlas de colores que representa el ciclo menstrual de la mujer. El Collar le ayuda a saber en qué días del ciclo hay mayor riesgo de embarazo. En esos días la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales o, si las tiene, usar condón. El Collar está 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 café que representan días infértiles de la mujer (días del 2 al 7)
- Luego hay 12 perlas blancas que representan los días fértiles de la mujer (días del 8 al 19); en estos días la pareja no debe tener relaciones sin protección (debe abstenerse o, si tienen relaciones sexuales, deben usar condón)
- Luego hay 13 perlas café que representan días infértiles (del día 20 al 32); la pareja puede tener relaciones sexuales en esos días
- Una perla café oscuro (día 27) marca el día a partir del cual la mujer debe tener su menstruación o regla
- Si la mujer tiene su regla antes de la perla café oscuro o no tiene su regla en los días 27 a 32, dos veces en un lapso de 1 año, no es apta para utilizar este método

- El marcador de hule negro se utiliza para señalar el día del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer
- El cilindro con una flecha no representa ningún día; únicamente indica hacia dónde debe empezar a marcar, con el hule negro, los días del ciclo

Cómo usar el Método de Días Fijos o Collar

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

Ciclos cortos o largos

- Si a la mujer le viene la menstruación y le faltan perlas para terminar el collar, debe saltar las perlas que faltan y pasar el anillo hasta la perla roja para empezar el siguiente ciclo.
- Si a la mujer le viene la menstruación y todavía no ha llegado a la perla café oscuro, esto indica que ha tenido un ciclo corto (menos de 26 días). Debe avisarle al proveedor quien tomará nota. Si esto ocurre dos veces en un año, la mujer no es apta para usar este método y debe ofrecérsele otro método.
- Si la usuaria termina las 32 perlas del collar y al día siguiente la menstruación aún no le ha venido, esto indica que su ciclo es largo (más de 32 días). Si esto ocurre dos veces en un año, la mujer no es apta para usar este método y debe ofrecérsele otro método.

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

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

- ¿Su regla le viene todos los meses?
- ¿Su regla le viene cuando la espera?
- ¿Cuál fue el primer día de su última regla?
- ¿Para cuándo espera su siguiente regla?

Al hacer estas preguntas, utilice un calendario para marcar el primer día de su última regla y el día en que ella espera la siguiente regla. Para saber la duración del ciclo cuente desde el primer día de la última regla hasta el día antes de que ella espere la siguiente regla.

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

Qué hacer si olvida mover el anillo

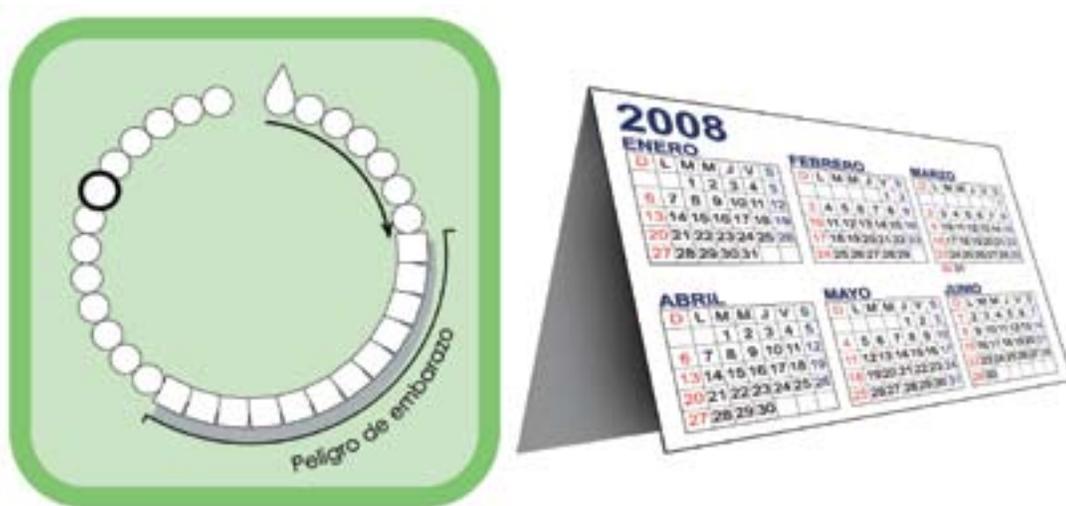
Si la pareja no está segura de haber movido el anillo un día, puede consultar en el calendario la fecha del primer día de sangrado y contar en el calendario los días que han pasado desde el primer día de la menstruación hasta la fecha actual. Luego debe contar igual número de perlas en el collar y pasar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

El Collar en papel

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

Seguimiento

- Pregunte a la pareja cómo ha utilizado el método y si está satisfecha con el método. En caso no lo esté, ofrezca otro(s) método(s)
- La duración de su ciclo menstrual podría cambiar con el tiempo. Debe revisar el calendario y verificar que los ciclos de la mujer duren de 26 a 32 días. Si en un año llegara a tener más de un ciclo menor de 26 días o mayor de 32 días de duración, ofrezca otro método
- Anote la atención en el SIGSA 3 C/S y ficha clínica de la mujer
- Registre la atención en el carnet de planificación familiar (Centros Comunitarios, Puestos de Salud, Centros de Salud y hospitales)





La Ovulación

Descripción

Los métodos naturales o de abstinencia periódica son aquellos en que las parejas evitan el embarazo absteniéndose de tener relaciones sexuales los días en que la mujer es fértil. Entre estos métodos puede mencionarse el de la Ovulación o método del moco cervical. Este método se basa en la percepción de secreción cervical o humedad vaginal de parte de la mujer.

Cómo actúa

La pareja evita las relaciones sexuales en los días fértiles del ciclo menstrual de la mujer con lo cual se evita el embarazo. La observación de signos tales como secreciones cervicales y humedad vaginal asociadas a la ovulación permite evitar las relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer. Usar condón en esos días no es lo más recomendable, ya que el lubricante y/o espermicida que contiene el condón puede alterar la consistencia del moco cervical y por lo tanto la observación del mismo puede no ser confiable.

Protección

Si se utiliza de una forma correcta y sistemática, la Ovulación tiene una tasa de eficacia del 97% (OMS 2005). Pero de acuerdo al uso típico del método pueden esperarse 20 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (Hatcher et al. 1999). Por uso típico se entiende el uso común que puede ser incorrecto y poco sistemático.

Quién puede usarlo

- Parejas que están motivadas a usar métodos naturales
- Parejas que por razones religiosas o filosóficas no desean usar otro tipo de métodos
- Parejas que no tienen inconveniente en tener un embarazo no planificado
- Mujeres que están amamantando a un niño/a menor de 6 meses, ya que este método puede combinarse con el de MELA

Quién no puede usarlo

- Mujeres con alto riesgo obstétrico para las que un embarazo sería peligroso
- Mujeres cuya pareja no está de acuerdo o no está dispuesta a colaborar
- Mujeres que presentan ciertas condiciones como: post menarquia, período peri menopáusico, con sangrado vaginal irregular (metrorragias, fibromas), con flujo vaginal de origen infeccioso, uso de medicamentos que afectan la regularidad del ciclo
- Las mujeres con VIH, sida o que están en terapia antirretroviral (ARV) deben usar condón de manera correcta y consistente

Ventajas y beneficios

- La pareja no necesita insumos ni someterse a procedimientos clínicos
- No tiene efectos secundarios
- Requiere muy poca supervisión médica
- Fomenta la participación de la pareja en la anticoncepción
- La mujer aprende a reconocer cómo funciona su fertilidad y observar cómo es su ciclo menstrual
- No tiene ningún costo económico

Limitaciones

- Requiere de capacitación y acompañamiento previo a su uso
- La existencia de condiciones que sugieren retrasar el uso de estos métodos (ver criterios de elegibilidad) requiere un asesoramiento especial y un proveedor de servicios calificado para asegurar su uso correcto
- Si la mujer ha dejado de usar anticonceptivos hormonales inyectables sólo de progestágeno (Ej: Depoprovera, Noristerat), deberá haber tenido por lo menos dos ciclos de 26 a 32 días de duración después del uso y antes de empezar a utilizar el método de la Ovulación
- No protege contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH el virus que causa el sida

Aplicación del método

Consiste en determinar los días fértiles de la mujer, a través de la observación de los cambios o modificaciones del moco cervical. Cada día, la usuaria debe tomar con sus dedos índice y pulgar una muestra del moco en la entrada de su vagina para verificar las características del mismo. Si el moco es abundante, transparente y de consistencia elástica la mujer está en sus días fértiles. La mujer debe aprender a diferenciar el moco cervical del semen de su pareja.

Después de la menstruación hay un número variable de días sin secreción vaginal, llamado “días secos”, que son infértiles.

Después de estos días, el moco cervical empieza progresivamente a hacerse más abundante, elástico y transparente hasta llegar a presentar características semejantes a la clara de huevo, lo cual se acompaña de una sensación de humedad en la vagina. Estos son los días fértiles en que la mujer puede quedar embarazada.

Después de este período, se presentan nuevamente varios días en que el moco cervical se vuelve espeso y escaso. Hay que tener en cuenta que los primeros tres días de este período todavía son días fértiles.

La pareja que desea utilizar este método, debe abstenerse de tener relaciones sexuales desde el momento en que el moco cervical empieza a hacerse abundante y elástico hasta tres días después que termina este período. Si desea tener relaciones sexuales en este período deberá utilizar condón, pero se le debe informar a la pareja del cambio que puede sufrir la consistencia del moco cervical debido al lubricante y/o espermicida que éste contiene. Para el uso correcto del condón, el proveedor debe dar consejería completa y proporcionarles el método.

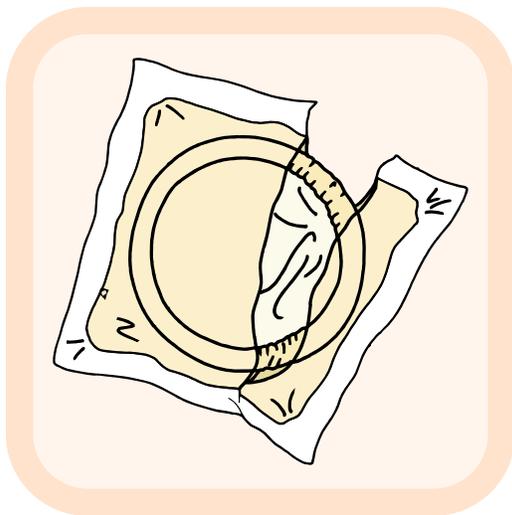
Observaciones especiales

Para lograr máxima eficacia, las parejas no deben ponerse en situación de adivinar cuándo la mujer se encuentra en su período fértil, sino aprender a conocer los signos.

La sobrevivencia del espermatozoide es de 5 días.

Seguimiento

- Pregunte a la pareja cómo está usando el método y si está satisfecha con el mismo. Si no está satisfecha, ofrezca otro(s) método(s)
- Verifique condiciones que pudieran alterar el ciclo menstrual y/o las características del moco cervical
- Registre la atención en el SIGSA 3, la ficha clínica y el carnet de planificación familiar (Centros Comunitarios, Puestos de Salud, Centros de Salud y hospitales)



El Condón Masculino

Descripción

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

Como actúa

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

Protección

Cuando el uso del condón es incorrecto o inconsistente tiene 85 por ciento de eficacia. Cuando el uso es correcto y sistemático tiene el 98 por ciento de eficacia.

Quién puede usarlo

- Hombres que desean participar activamente en la planificación familiar y en la prevención de ITS incluyendo el VIH
- Parejas que necesiten anticoncepción inmediata
- Parejas que necesiten un método temporal mientras esperan por un método de largo plazo
- Parejas que requieren de doble protección, para evitar un embarazo y una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH
- Parejas que mantienen relaciones sexuales ocasionales
- Parejas en las que uno o ambos tengan más de una pareja sexual (aunque estén usando otro método)
- Parejas que usen un método natural (MELA, Collar, Ovulación) y deseen tener relaciones sexuales en los días fértiles de la mujer
- Parejas en combinación con cualquier otro método (Inyección, Implante, T de Cobre, Pastilla, AQVF y AQVM)

Quién no puede usarlo

- Parejas para las cuales el embarazo puede representar un serio riesgo a la salud de la mujer
- Parejas que son alérgicas a los materiales con los que se fabrica el condón (látex)

Ventajas y beneficios

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

Limitaciones

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

Efectos secundarios

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

Aplicación del método

Demuestre el uso correcto del condón de la siguiente manera:

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

Verifique que el usuario comprenda lo siguiente:

- No debe haber nunca contacto de órganos sexuales sin tener puesto el condón
- El condón debe ser utilizado cada vez que la pareja tenga relaciones sexuales

- Se debe utilizar un condón nuevo en cada relación
- No utilizar lubricantes derivados del petróleo, aceite mineral o de cocina porque dañan el condón
- Desenrollar el condón en el pene erecto antes de la relación sexual, sin dejar arrugas
- Dejar un pequeño espacio sin aire en la punta del condón al insertarlo en el pene para recoger el semen
- Después de la eyaculación, con el pene aún erecto sujetar el anillo del condón a medida que se retire el pene para prevenir que el condón se salga y/o se derrame el semen
- El retiro del pene de la vagina o ano deberá ocurrir antes de que el pene pierda la erección
- Usar papel higiénico para evitar el contacto con el semen y flujo vaginal
- Desecharlo en un lugar apropiado (letrina o basurero)

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

Observaciones especiales

- Verificar la fecha de vencimiento y descartarlo si está vencido

Si el condón se rompe o se sale durante el coito

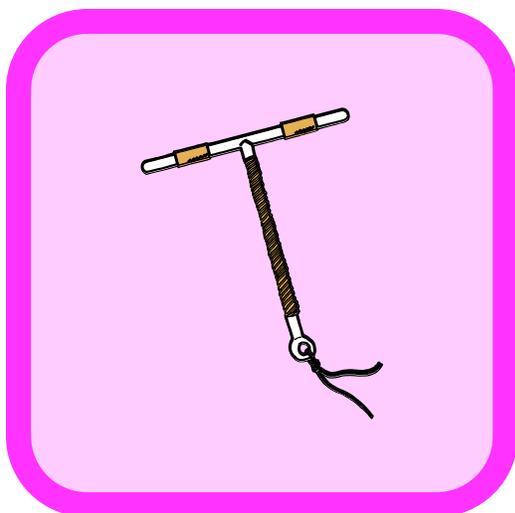
- Explicar que, si el condón se rompe durante el coito, el usuario o su pareja debe consultar con el proveedor más cercano

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

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

Seguimiento

- Este método no requiere de seguimiento. Suministre al usuario 12 condones en la primera consulta y luego 24 condones cada mes
- Para profilaxia sexual (trabajadoras de sexo) se entregan de 90 a 150 condones al mes (se calcula de 3 a 5 condones por día por 30 días)
- Registre la atención en el SIGSA 3, ficha clínica y el carnet de planificación familiar (Puestos de Salud, Centros de Salud y hospitales); y ficha clínica de la mujer (extensión de cobertura de los SBS. Circular 33/2005 SIGSA/DGSIAS)
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trifoliar del condón



T de Cobre 380 A

Descripción

La T de Cobre es un pequeño dispositivo u objeto de plástico flexible y cobre que se coloca dentro de la cavidad uterina con fines anticonceptivos; es de carácter temporal y reversible. El más usado actualmente es la T de Cobre 380A que consiste en un cuerpo flexible en forma de T que contiene un principio activo de 380 mm² de cobre. Aproximadamente 314 mg de cobre se localizan en el vástago vertical y 33

mg en cada brazo horizontal, en el extremo inferior presenta un bulbo de 3 mm del cual salen dos monofilamentos de polietileno.

Cómo actúa

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

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

Protección

La T de Cobre tiene una tasa de efectividad de 99.2 a 99.4% en el primer año de uso (Criterios de elegibilidad OMS, 2005); brinda una protección anticonceptiva de 10 años (OMS, 2007).

Quién puede usarla

- Mujeres en edad reproductiva
- Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas
- Mujeres que estén o no casadas
- Mujeres de cualquier paridad
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz
- Mujeres que deseen un método de larga duración y no deseen o no puedan operarse todavía
- Mujeres que desean cambiar de método para continuar planificando su familia
- Mujeres que olviden tomar la pastilla cada día o presenten dificultad para asistir periódicamente a un servicio de salud a recibir un método de planificación familiar
- Mujeres que presenten contraindicaciones para realizarse la operación

- Mujeres que presenten enfermedad hepática activa
- Mujeres con diabetes
- Mujeres con antecedentes de enfermedad de mama incluyendo cáncer
- Mujeres fumadoras de más de 35 años de edad
- Mujeres que estén amamantando
- Mujeres en el posparto; hay tres momentos para insertarla:
 - inmediatamente post alumbramiento normal (después de la salida de la placenta, recomendable para evitar la expulsión)
 - antes del egreso hospitalario (48 horas)
 - dentro de la cuarta a sexta semana del puerperio, cuando no hay antecedentes de infección
- Mujeres post aborto que no presenten signos de infección pélvica (insertar inmediatamente o dentro de los primeros siete días post aborto)
- Mujeres con bajo riesgo de infección del tracto genital y otras Infecciones de Transmisión Sexual (por ejemplo, VIH)
- Mujeres que no quieren o no pueden utilizar métodos hormonales
- Mujeres que hayan tenido un embarazo ectópico

La mujer puede comenzar a utilizar un dispositivo intrauterino (DIU):

- Sin realizarse exámenes de ITS
- Sin realizarse prueba de VIH
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizar una pesquisa de cáncer cervical
- Sin realizar un examen de mamas

Quién no puede usarlo

- Mujeres con sospecha de embarazo
- Mujeres con sangrado genital no diagnosticado (hasta que se haya determinado la causa del sangrado y se haya tratado el problema)
- Mujeres con infección activa del tracto genital (vaginitis y cervicitis) incluyendo ITS, enfermedad inflamatoria pélvica activa o antecedente reciente (últimos 3 meses)
- Mujeres post aborto o posparto séptico
- Mujeres con anomalías uterinas congénitas o tumores uterinos benignos (miomas) que alteren la forma de la cavidad uterina y mujeres con estenosis cervical severa (cuello de la matriz cerrado o rígido)
- Mujeres con cáncer cervical, endometrial u ovárico
- Mujeres con enfermedad del trofoblasto
- Mujeres con antecedentes de tuberculosis pélvica o enfermedad tuberculosa activa pélvica

Ventajas y beneficios

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

Limitaciones

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

Manejo de efectos secundarios y complicaciones

- **Manchado, sangrado y hemorragia**

Las usuarias de la T de Cobre pueden presentar aumento de los días de sangrado, sangrado persistente, manchado entre ciclo y ciclo, palidez o debilidad. Deben excluirse otras causas de sangrado como: procesos infecciosos, disfunción endocrina, cáncer cervical y endometrial, pólipos, perimenopausia, miomatosis, sangrado post coito o expulsión parcial de la T de Cobre.

Si el sangrado se relaciona con la T de Cobre, se recomienda la extracción en caso de:

- sangrado asociado con endometritis
- la usuaria desea que se la retiren

Cuando existe aumento del sangrado menstrual, la orientación apropiada, la amabilidad y la confianza pueden aumentar la aceptabilidad de este efecto secundario. Se ha comprobado que el tratamiento con tabletas de fumarato ferroso compensa la pérdida de sangre, 1 tableta semanal por 1 a 3 meses. También se recomienda el uso de Ibuprofén durante el episodio del sangrado para disminuirlo (400 mg cada 8 horas por 1 semana). En general, el sangrado profuso disminuye después de varios ciclos menstruales; pero si continúa, debe retirarse la T de Cobre.

- **Dolor, cólico e infección**

Debe buscarse la causa del dolor; de no encontrarse causa y los dolores no sean severos, proporciónese un anti inflamatorio (Ibuprofén, 400 mg tres veces al día). Si se diagnostica una Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), flujo vaginal o cervical, dolor abdominal o, al movilizar el cérvix, sangrado anormal, fiebre, escalofríos u otro, retirar la T de Cobre, tratar la infección y dar orientación sobre otro/s método/s anticonceptivo/s. (Ver manejo de Enfermedad Pélvica Inflamatoria –EPI- en páginas 1-25 y 2-20 del Tomo II Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades de Transmisión Sexual).

- **Ausencia de los hilos de la T de Cobre**

Casi siempre se detecta en la visita médica de control y sucede más a menudo en la usuaria de la T de Cobre posparto. Se debe tomar en cuenta que la T de Cobre:

- pudo haber sido expulsada
- puede encontrarse dentro del útero
- puede estar en la cavidad abdominal

Algunas veces, los hilos se encuentran mediante un sondeo suave del canal endocervical. Se puede usar una sonda helicoidal o una pinza de lagarto para enganchar los hilos. Debe descartarse la presencia de un embarazo. En caso negativo, debe referirse a la usuaria a un servicio que cuente con ayudas diagnósticas especiales (Rx y de ultrasonido).

- **La T de Cobre y el embarazo**

Cuando la usuaria de la T de Cobre queda embarazada, es indispensable considerar la posibilidad de un embarazo ectópico. Existe mayor riesgo de aborto espontáneo, aborto séptico y parto prematuro cuando la usuaria queda embarazada y la T de Cobre se deja en el útero. Si se detecta un embarazo, la T de Cobre debe retirarse si los hilos están visibles, en el primer trimestre (antes de las 14 semanas); en caso contrario, se debe dejar en su lugar a no ser que sea fácil su extracción sin causar daño. Es preciso informar a la usuaria acerca de los riesgos asociados y referirla a un servicio de mayor complejidad.

- **Perforación uterina**

Es una complicación muy rara y cuando ocurre, es casi siempre en el momento de la inserción. Los procedimientos básicos para manejar esta complicación son iguales que los que se siguen para la inserción de intervalo y posparto. Si la perforación se confirma o sospecha durante la inserción, se debe seguir los siguientes pasos:

- Suspender el procedimiento de inmediato. Si ya se ha colocado la T de Cobre, retirarla, si es posible, halando los hilos suavemente.

- Mantener a la usuaria en reposo y observar si presenta síntomas de sangrado intra-abdominal, como caída de la presión arterial, aumento del pulso, dolor abdominal severo, sensibilidad, defensa o rigidez de la pared abdominal.
 - Controlar los signos vitales cada 15 minutos durante los 90 minutos siguientes a la perforación. Hacer que la paciente se incorpore. Observar si presenta signos de desmayo o un cambio brusco en el pulso.
- En caso de que haya alteración de los signos vitales y la usuaria manifieste un dolor espontáneo o signos peritoneales, referir para hospitalización de acuerdo a normas y manual de manejo de urgencias obstétricas
 - Si no se observan señales o síntomas peritoneales, la paciente puede ser enviada a casa dos horas después de haber estado en observación
 - Informar a la usuaria que no se pudo colocar la T de Cobre y ofrecer otro/s método/s

Aplicación del método

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

- Intervalo

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

- Posparto y cesárea

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

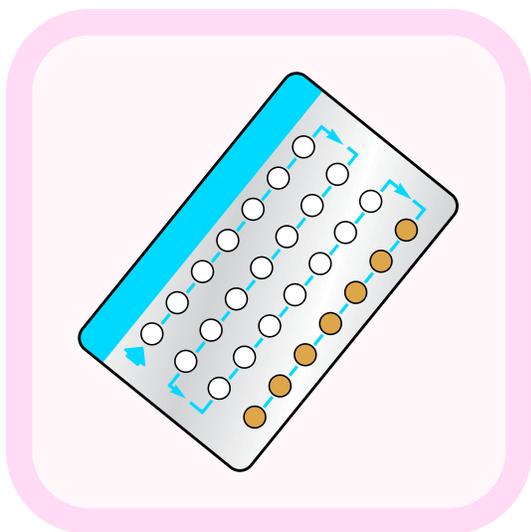
- Post aborto

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

Seguimiento

- Anote la atención en el SIGSA 3, ficha clínica y carnet de la mujer y documente la entrega del método
- Registre la atención en el carnet de planificación familiar
- Inserción de intervalo: Cite al mes (una semana después de haber terminado su menstruación) para descartar expulsión parcial o total la T de Cobre, descartar infección, asegurar la satisfacción de la usuaria y reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control, cuando ella lo desee o presente complicaciones
- Inserción posparto o trans-cesárea: Cite a las 6 semanas para control, descartar expulsión parcial o total la T de Cobre o infección, cortar los hilos y, para asegurar la satisfacción de la usuaria, reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control, cuando ella desee o presente complicaciones.

- Inserción post aborto: Cite al mes para descartar expulsión parcial o total la T de Cobre, infección, asegurar la satisfacción de la usuaria y reforzar la consejería. Seguimiento cada año para control, cuando ella desee o presente complicaciones.
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trifoliar sobre la T de Cobre



ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

La Pastilla

Descripción

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

Cómo actúan

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

Protección

El uso correcto y consistente de este método brinda una protección del 99.7% y, con el uso típico es de 92%, en el primer año de uso (Criteros de Elegibilidad OMS 2005). La efectividad depende de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio o del final de una caja de píldoras.

Quién puede usarlo

- Mujeres en cualquier edad reproductiva
- Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas
- Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva
- Mujeres que estén amantando (a partir del sexto mes o más posparto)
- Mujeres en post aborto (iniciar inmediatamente o durante los primeros siete días)
- Mujeres que presentan anemia (presentación de 28 días)
- Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes (dismenorrea e hipermenorrea)
- Mujeres con historia de embarazo ectópico
- Mujeres que fumen menos de 15 cigarrillos por día si son menores de 35 años de edad
- Mujeres con VIH, estén o no en terapia antirretroviral

Anticonceptivos Orales Combinados para mujeres con VIH

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

Quién no puede usarlo

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado)
- Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado
- Mujeres con enfermedad hepática activa (ictericia)
- Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos al día y mayores de 35 años edad
- Mujeres con historia de enfermedad cardíaca, infarto, hipertensión arterial (>140/90), alteraciones de la coagulación o diabetes (de más de 20 años y con compromiso vascular)
- Mujeres con cáncer de mama
- Mujeres que no recuerdan tomar una pastilla a diario
- Madres dando de lactar durante los primeros 6 meses después del parto

Observaciones especiales

Para considerar el uso de los anticonceptivos orales combinados ante cualquier condición clínica, se recomienda revisar el Cuadro de Referencia para los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS, 2005.

Ventajas y Beneficios

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

Los anticonceptivos orales combinados no son abortivos. Las investigaciones sobre los AOC han encontrado que no interrumpen un embarazo en curso. No deben ser utilizados para intentar provocar un aborto ya que no lo harán.

Limitaciones

- Depende de la usuaria (motivación continuada y uso diario)
- La eficacia puede ser alterada al utilizar ciertos medicamentos para la epilepsia (Fenobarbital), tuberculosis (Rifampicina y Griseofulvina) y antirretrovirales
- Requieren de la disponibilidad de suministros
- No brindan protección contra las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), incluyendo el VIH
- Son efectos secundarios comunes:
 - Náuseas (muy común en los primeros tres meses)
 - Sangrado en goteo o sangrado entre períodos menstruales, especialmente si la mujer olvida tomar sus pastillas o se demora en tomarlas
 - Dolor de cabeza leve
 - Sensibilidad en los senos
 - Leve aumento de peso (para algunas mujeres el aumento de peso es una ventaja)
 - Amenorrea (para algunas mujeres la amenorrea es una ventaja)
 - En algunas mujeres pueden ocasionar cambios de temperamento, incluyendo depresión y menor deseo sexual

Aplicación del método

Cuándo iniciar el método:

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual
- En cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que se esté razonablemente seguro/a de que la mujer no está embarazada
- En el posparto: Después de 3 semanas si no está amamantando y después de los 6 meses posparto si está amamantando
- Post-aborto: En los primeros 7 días post legrado o Aspirado Manual Endouterino (AMEU)

Con las presentaciones de 28 pastillas:

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

Qué hacer en caso de olvido

Si olvida tomar una o dos pastilla (SOLO PASTILLAS HORMONALES O BLANCAS)

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

Si olvida tomar dos pastillas (SOLO PASTILLAS BLANCAS)

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

Si olvida tomar tres pastillas (SOLO PASTILLAS BLANCAS)

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

Si olvida cualquiera de las pastillas inactivas (NO HORMONALES)

- Recuérdale que las pastillas café son de hierro, por lo cual olvidar tomarlas no causa ningún problema a la usuaria
- La mujer debe descartar las pastillas café y comenzar un nuevo cartón tomando una pastilla a diario

Para corregir mitos o malos entendidos

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

Observaciones especiales

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

- Norgestrel 0.3 mcg y Etinilestradiol 0.03 mcg (Lo-femenal)
- Levonorgestrel 0.15 mcg y Etinilestradiol 0.03 mcg (Microgynon)
- Levonorgestrel 0.25 mcg y Etinilestradiol 0.05 mcg (Eugynon)

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

Cuadro 3.4. Manejo de los efectos secundarios comunes de las pastillas anticonceptivas

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

Signos de alarma para las usuarias de la Pastilla

- Dolor en el pecho y dificultad respiratoria
- Dolores de cabeza con visión borrosa
- Dolores fuertes en las piernas
- Ausencia de cualquier sangrado mientras toma las pastillas de hierro o placebo (paquete de 28 días)
- Ictericia

Seguimiento

Usuaría nueva:

- Provea a la usuaria 1 ciclo de pastillas y verifique comprensión de uso de método
- Cite al mes para investigar efectos secundarios y reforzar consejería
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trífolio sobre las pastillas

Reconsulta:

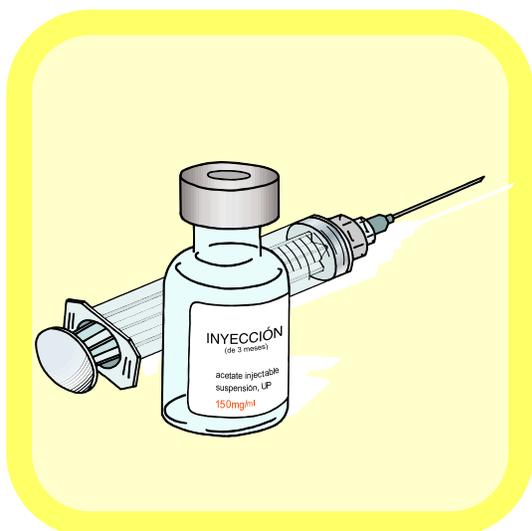
- Investigue satisfacción con el método
- Entregue 3 ciclos. En el reabastecimiento no es necesario que la usuaria pase a consulta médica
- Cite cada 3 meses para reabastecimiento, hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método

En todo caso:

- Anote la consulta en el SIGSA 3 y documente la entrega del método
- Registre la atención en la ficha clínica y en el carnet de planificación familiar

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC)

Inyección Mensual



Descripción

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

Cómo actúa

La inyección mensual inhibe la ovulación, espesa el moco cervical y produce cambios en el endometrio, al igual que los anticonceptivos orales combinados (Pastilla).

Protección

El uso correcto y consistente de los anticonceptivos inyectables combinados (AIC) brinda una protección del 99.95% y el uso típico del 97%, en el primer año de uso (Criterios de Elegibilidad OMS, 2005). La eficacia depende de la puntualidad en la aplicación de la inyección; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer se atrasa en su aplicación o la omite.

Quién puede usarlo

- Mujeres en cualquier edad reproductiva
- Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas
- Mujeres que deseen una protección altamente eficaz
- Madres que están amamantando, después de las 6 semanas posparto
- Mujeres post aborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días)
- Mujeres con dolores menstruales severos y sangrados abundantes
- Mujeres con historia de embarazo ectópico
- Mujeres que estén tomando medicinas para la epilepsia o la tuberculosis
- Mujeres con anemia
- Mujeres que no puedan acordarse de tomar las pastillas diariamente

Inyectables Mensuales para Mujeres con VIH

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

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

Quién no puede usarlo

- Mujeres embarazadas o con sospecha de embarazo
- Mujeres con hemorragia vaginal no diagnosticada
- Mujeres con enfermedad hepática activa (hepatitis viral)
- Mujeres con historia de enfermedad tromboembólica, embolia pulmonar, accidente cerebro vascular, cardiopatía isquémica y reumática
- Mujeres que serán sometidas a cirugía mayor en un período de 4 semanas
- Mujeres fumadoras que serán sometidas a cirugía mayor en un período de 4 semanas
- Mujeres fumadoras de más de 15 cigarrillos diarios y mayores de 35 años de edad
- Mujeres con cáncer de mama
- Mujeres con diabetes de más de 20 años de duración y con compromiso vascular

Ventajas y beneficios

- Es altamente eficaz
- Eficacia inmediata si se inicia antes del séptimo día del ciclo menstrual
- No interfieren con la relación sexual
- Debe administrarse una nueva dosis cada 4 semanas, más o menos tres días
- Conveniente y fácil de usar
- Pocos efectos colaterales
- Pueden ser administrados por personal capacitado no médico
- Disminuyen la cantidad, duración y dolor durante el período menstrual
- Protegen contra el cáncer ovárico y del endometrio
- Disminuyen la enfermedad benigna de la mama
- Pueden mejorar la anemia
- No requiere de ninguna acción diaria
- Su uso es discreto; nadie se entera si una mujer está usando anticoncepción
- Las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento

Aclaración de rumores e información equivocada

Los inyectables mensuales:

- Pueden interrumpir las menstruaciones, pero eso no es perjudicial para la salud; es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- Han sido aprobados por los organismos gubernamentales e internacionales
- No producen infertilidad en la mujer
- No provocan adelanto de la menopausia
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples
- No provocan prurito
- No alteran el comportamiento sexual de la mujer

Limitaciones

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

Aplicación del método

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

Cuándo iniciar el método

- Del primero al séptimo día del ciclo menstrual
- En cualquier momento del ciclo menstrual, siempre que se esté razonablemente seguro que la mujer no está embarazada
- En el posparto: Después de 3 semanas si la madre no está amamantando y después de 6 semanas si está amamantando
- Post aborto: En los primeros 7 días post legrado o AMEU

Manejo de los efectos secundarios comunes

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

Cuadro 3.5. Manejo de los efectos secundarios comunes de los inyectables combinados

EFECTOS SECUNDARIOS	MANEJO
Amenorrea (ausencia de toda mancha o sangrado vaginal después de concluir el efecto del inyectable)	<p>Descarte un embarazo.</p> <p>De confirmarse un embarazo intrauterino, oriente a la usuaria con respecto al control prenatal. Interrumpa el uso de los anticonceptivos inyectables y asegúrele que la pequeña dosis de estrógeno y progestágeno presente en los Anticonceptivos Inyectables Combinados no tendrá efecto dañino sobre el feto.</p> <p>Si no está embarazada, no se requerirá tratamiento alguno aparte de brindarle orientación y tranquilizarla. En general, la amenorrea persistirá si ella continúa usando los AIC. Asegurarle que la amenorrea no constituye síntoma de peligro. Sin embargo si ella desea cambiar de método, ayudarla a elegir otro.</p>
Náusea / mareos / vómitos	<p>Descarte un embarazo. De estar embarazada, maneje el caso como se indicó arriba. De no estar embarazada, tranquilícela diciéndole que, por lo general, los síntomas disminuyen después de las primeras tres inyecciones.</p>
Manchas / sangrado vaginal	<p>Descarte un embarazo, ITS u otras condiciones ginecológicas. Tranquilícela diciéndole que las manchas/sangrado menstrual leve son comunes durante los 6 primeros meses de uso de los AIC y después disminuyen. De persistir, y si ello inquieta a la usuaria, ayúdela a escoger otro método.</p>

Seguimiento

Usuaría nueva:

- Inyecte una dosis a la usuaria y verifique la comprensión de uso del método
- Cite al mes para investigar efectos secundarios y reforzar consejería
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trifoliar de la inyección

Reabastecimiento:

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

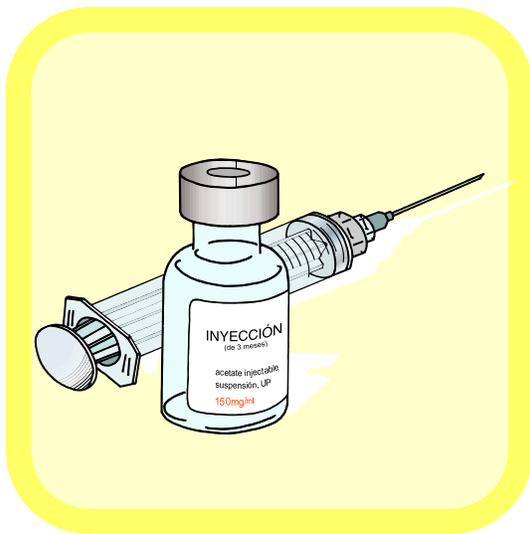
En todo caso:

- Anote la consulta en el SIGSA 3 y documente la entrega del método
- Registre la atención en la ficha clínica y el carnet de planificación familiar

Observaciones especiales

Las presentaciones más usadas son:

- 25 mg de Acetato de Medroxiprogesterona y 5 mg de Cipionato de Estradiol (Cyclofemina Cyclofem)
- 50 mg de Enantato de Noretisterona y 5 mg de Valerato de Estradiol (Mesygina o Norigynon)
- 150 mg de Acetofenosido de Dihidro- xiprogesterona y 10 mg de Enantato de Estradiol (Topasel)



Inyectables sólo de progestágenos

La inyección bimensual o trimestral

Descripción

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

Cómo actúa

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

Protección

El uso correcto y sistemático de este método brinda una protección del 99.7% y el uso típico es de 97%, en el primer año de uso (Criteros de Elegibilidad OMS, 2005). La eficacia depende de que las inyecciones se apliquen puntualmente; el mayor riesgo de embarazo ocurre cuando la mujer omite una inyección.

Quién puede usarla

- Mujeres en cualquier edad reproductiva, incluyendo (con algunas salvedades) adolescentes y mujeres mayores de 40 años
- Mujeres de cualquier paridad, incluyendo nulíparas
- Mujeres que deseen una alta protección anticonceptiva
- Madres en período de lactancia (después de la sexta semana posparto)
- Mujeres que estén en el posparto inmediato y que no estén amamantando
- Mujeres en post aborto (iniciar inmediatamente o dentro de los primeros 7 días)
- Mujeres fumadoras (independientemente de la edad y cantidad de cigarrillos que fumen al día; fumar, sin embargo, provoca serios daños a la salud)
- Mujeres que reciben medicamentos para la epilepsia o tuberculosis (rifampicina)
- Mujeres con presión arterial alta, problemas de coagulación o anemia drepanocítica
- Mujeres que no deseen o no deban usar estrógenos
- Mujeres con problemas para recordar tomar pastillas diariamente

Anticonceptivos Inyectables de Progestina sola para mujeres con VIH

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

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

Quién no puede usarla

- Mujeres embarazadas (embarazo posible o confirmado)
- Mujeres con sangrado vaginal no diagnosticado
- Mujeres que no toleren cambios en sus patrones de sangrado menstrual, especialmente la ausencia de menstruación
- Mujeres con antecedentes de o con cáncer de mama
- Adolescentes de 13 a 19 años (Referencia: compañía Pharmacia que la produce). La amenorrea, inducida por el uso de anticonceptivos inyectables en los primeros años después de la menarquia, aumenta el riesgo de osteoporosis más adelante en la vida en mujeres con factores de riesgo como:
 - enfermedad de los huesos
 - anorexia nerviosa
 - historia familiar de osteoporosis
 - drogas que pueden reducir la cantidad de calcio en los huesos; drogas para epilepsia, esteroides y otras
 - bebedoras y fumadoras
- Mujeres durante el climaterio, ya que la disminución del calcio puede aumentar el riesgo de osteoporosis y quebraduras de huesos particularmente después de la menopausia (Fuente: Compañía Pharmacia que la produce).

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

Ventajas y beneficios

- Alta eficacia
- Eficacia rápida (de iniciarse en los primeros 7 días del ciclo)
- Duración intermedia (2 meses para la Noretisterona y 3 meses para el acetato de medroxiprogesterona por inyección)
- No se requiere un examen pélvico antes del uso
- No interfiere con el coito
- No afecta la lactancia materna aplicada después de 6 semanas posparto; no altera la cantidad y calidad de la leche materna
- Pocos efectos secundarios
- Puede ser administrada por personal capacitado no médico

- No contienen estrógeno
- Puede disminuir los dolores menstruales
- Mejora la anemia
- Brinda protección contra el cáncer del endometrio, patologías benignas de la mama y fibroides uterinos
- Confiere privacidad a la usuaria
- Permite flexibilidad en las visitas de seguimiento, la usuaria puede volver 2 semanas antes o 2 semanas después de su próxima inyección (aunque esto no es lo ideal)
- Puede reducir la frecuencia de convulsiones en mujeres con epilepsia

Limitaciones

- Requiere administrar una inyección cada 2 ó 3 meses dependiendo del anticonceptivo inyectado usado
- En la mayoría de las mujeres causa cambios en el patrón del sangrado menstrual (sangrado o manchas irregulares)
- Amenorrea es normal, especialmente después del primer año de uso (algunas mujeres consideran la amenorrea como una ventaja)
- Aumento de peso (más o menos 4 libras cada año)
- En raros casos hay sangrado excesivo (menos de 1 por 1000 usuarias)
- Es necesario el reabastecimiento (volver a la clínica cada 60 +/- 7 días para inyección bimensual o cada 90 +/- 15 días para la inyección trimestral)
- No brinda protección contra las ITS, incluyendo el VIH
- Retraso en el retorno de la fertilidad, entre 6 y 10 meses después de la última inyección, independientemente del tiempo de uso (Criterios de Elegibilidad de la OMS, 2005)
- Puede ocasionar dolores de cabeza, aumento de sensibilidad en los senos, cambios de humor, náuseas, pérdida del cabello, disminución del deseo sexual y/o acné en algunas mujeres

Aplicación del método

Cuándo iniciar

En cualquier momento:

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

Posparto:

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

Post aborto:

- De inmediato o dentro de los primeros 7 días

Administraciones subsiguientes:

- Cada inyección de Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) se administra tres meses después de la anterior. Sin embargo, se puede aplicar 2 semanas antes o 2 semanas después de la fecha exacta.
- Cada inyección de Enantato de Noretindrona se administra 2 meses después de la anterior. Sin embargo, se puede aplicar una semana antes o una semana después de la fecha exacta.

Observaciones especiales

Las presentaciones más usadas son:

- Enantato de noretindrona (NET-EN) 200 mg para administrar cada 2 meses (60 días) Noristerat®
- Acetato de Medroxiprogesterona (DMPA) 150 mg para administrar cada 3 meses (90 días) Depo-Provera®
- Se sugiere no realizar masaje en el área de la inyección

Manejo de los efectos secundarios comunes

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

Cuadro 3.6. Manejo de los efectos secundarios comunes de los inyectables sólo de progestágenos

EFECTOS SECUNDARIOS	MANEJO
Amenorrea (ausencia de manchas o sangrado vaginal)	<p>Descarte un posible embarazo.</p> <p>De no estar embarazada, no se requiere tratamiento alguno aparte de tranquilizar a la usuaria. Explíquese que con la amenorrea, la sangre no se acumula dentro del útero. La acción continuada de pequeñas cantidades de progestágeno adelgaza el endometrio, lo cual conduce a un menor sangrado menstrual y en algunas mujeres, a la ausencia total de sangrado. Por último, adviértale a la usuaria que debe regresar a la clínica si continúa preocupada por la amenorrea.</p> <p>De confirmarse un embarazo, oriente a la usuaria respecto al control prenatal. Deje de administrar el anticonceptivo inyectable y asegúrele que la pequeña dosis de progestágeno no tendrá efecto dañino alguno sobre el feto.</p> <p>De sospecharse un embarazo ectópico, refiérala de inmediato para una evaluación completa.</p> <p>No administre un tratamiento hormonal (anticonceptivos orales combinados) para inducir el sangrado por retiro de los anticonceptivos. Ello no es necesario y, por lo general, no es exitoso a menos que se administren 2 ó 3 ciclos de los anticonceptivos orales combinados.</p>
Sangrado / manchas vaginales	<p>De no encontrarse problema alguno, aconseje a la usuaria diciéndole que el sangrado/manchas no representan un problema grave y que por lo general no requieren tratamiento. La mayoría de las mujeres pueden esperar que el patrón de sangrado alterado se regularice después de 6 a 12 meses de uso.</p> <p>Si la usuaria no está satisfecha después de la orientación y de tranquilizarla, pero desea continuar con los anticonceptivos inyectables, se recomiendan dos opciones de tratamiento:</p>

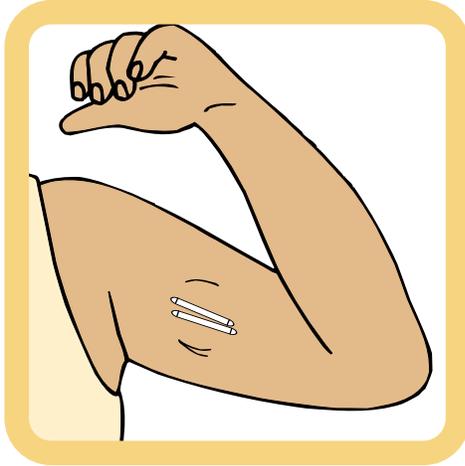
EFECTOS SECUNDARIOS	MANEJO
Sangrado / manchas vaginales (cont.)	<ul style="list-style-type: none"> • Un ciclo de anticonceptivos orales combinados (30–35 µg de EE), o • Ibuprofén (hasta 400 mg 3 veces al día por 5 días) u otro medicamento antiinflamatorio no esteroide (AINES) <p>Asegúrese de decirle a la usuaria que debe esperar que se produzca el sangrado durante la semana después de haber terminado el paquete de los anticonceptivos orales combinados (paquete de 21 pastillas) o durante las últimas 7 pastillas, si se trata de un paquete de 28 pastillas.</p> <p>En los casos de un sangrado profuso, adminístrele 2 pastillas de anticonceptivos orales combinados por día durante el resto del ciclo (mínimo de 3 a 7 días), seguido por 1 ciclo de anticonceptivos orales combinados, o cambie a 50 µg de estrógeno (EE) o a 1.25 mg de estrógeno conjugado por 14–21 días.</p>
Cefaleas / dolor de cabeza	<p>Determine si ha habido un cambio en el patrón o severidad de los dolores de cabeza desde que inició el anticonceptivo inyectable. De no ser así y si los dolores de cabeza son leves, trátelos con analgésicos y tranquilice a la usuaria. Si los dolores de cabeza son fuertes o han cambiado, deje de administrar el anticonceptivo inyectable y ayude a la usuaria a elegir otro método (no hormonal).</p>
Náusea / mareos / nerviosismo	<p>Determine si está embarazada. De estarlo, maneje la situación como se indicó anteriormente. De no estar embarazada, tranquilícela como se indicó antes.</p>
Aumento o pérdida de peso (cambios en el apetito)	<p>Aconseje a la usuaria explicándole que las fluctuaciones de 2 a 4 libras son comunes con el uso de los anticonceptivos inyectables.</p> <p>Analice la dieta si el cambio en el peso corporal excede a 4 libras. Si el aumento (o la pérdida) de peso siguen siendo inaceptables aún después de la orientación nutricional, interrumpa el uso del anticonceptivo y ayude a la usuaria a elegir otro método.</p>

Seguimiento

- Usuaría nueva de inyección (NET-EN o DMPA):
 - Inyecte una dosis
 - Dé cita a los 3 meses para DMPA para investigar efectos secundarios y reforzar consejería
 - Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
 - Entregue el trifoliar de la inyección
- Reabastecimiento:
 - Investigue satisfacción con el método
 - Inyecte una dosis. En el reabastecimiento no es necesario que la usuaria pase a consulta médica
 - Dé cita cada 3 meses para DMPA para reabastecimiento y así sucesivamente hasta que la usuaria desee cambiar o suspender el método
- Anote la consulta en el SIGSA 3 y documente la entrega del método
- Registre la atención en la ficha clínica y el carnet de planificación familiar
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC, explique el contenido del trifoliar
- Entregue el trifoliar de la inyección de tres meses

Aclaración de rumores e información equivocada

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



IMPLANTES SUB DÉRMICOS

Jadelle

Descripción

Es un método anticonceptivo hormonal de carácter temporal y reversible, de larga duración y que brinda protección hasta por tres a cinco años. Está compuesto por dos cilindros o tubitos delgados y flexibles hechos de silicón, que contienen una hormona llamada levonorgestrel. Tienen 4.3 cm de largo y 2.5 mm de diámetro. Los implantes se colocan debajo de la piel, en la cara interna del brazo que menos se use, usualmente el izquierdo.

Cómo actúa

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

Efectividad

El implante Jadelle tiene una efectividad del 99%. Es un método muy efectivo.

Consejería

En primer lugar, se debe averiguar qué sabe la usuaria sobre los implantes subdérmicos y otros métodos anticonceptivos. A partir de esto, se debe reforzar sus conocimientos y aclarar sus dudas. Si éste es el método de elección, la consejería debe incluir información detallada sobre el mismo.

Quién puede usarlo

- Mujeres en cualquier edad reproductiva
- Mujeres con cualquier paridad, incluyendo nulíparas
- Mujeres que quieran una protección altamente eficaz y de larga duración
- Mujeres amamantando (después de las seis semanas posparto)
- Mujeres en posparto inmediato que no estén amamantando
- Mujeres en post aborto (iniciar de inmediato o dentro de los 7 días siguientes al aborto)
- Mujeres con presión arterial alta, con problemas de coagulación sanguínea
- Mujeres fumadoras (independiente de la edad y cantidad de cigarrillos que fumen al día; el fumar cigarrillos produce serios daños a la salud)
- Mujeres que no puedan o no quieran usar estrógenos
- Mujeres con problemas para recordar tomar pastillas diariamente
- Mujeres obesas o delgadas

Quién no puede usarlo

- Mujeres con embarazo posible o confirmado
- Mujeres con sangrado vaginal de causa no diagnosticada (hasta que se evalúe)
- Mujeres que no toleren cambios en su patrón de sangrado menstrual
- Mujeres con cáncer de mama
- Mujeres que estén tomando medicamentos para la epilepsia o la tuberculosis (Rifampicina)

Ventajas y beneficios

- Eficacia elevada
- Eficacia rápida (en menos de 24 horas) si se inicia en los primeros 7 días del ciclo
- Duración prolongada (hasta 5 años el de dos implantes y 3 años el de uno)
- No requiere examen pélvico antes del uso
- No interfiere con las relaciones sexuales
- Retorno inmediato de la fertilidad al removerse (no contienen estrógenos)
- Pocos efectos secundarios
- La usuaria no necesita suministros
- Puede ser colocado por proveedor no médico capacitado
- No contienen estrógenos
- Puede disminuir el flujo y los dolores menstruales
- Disminución de las patologías benignas de la mama
- Disminuye la frecuencia del embarazo ectópico
- Protege contra enfermedades pélvicas inflamatorias

Limitaciones

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

Aplicación del método

Cuándo iniciar

En cualquier momento:

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

Posparto:

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

Post aborto:

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

Manejo de los efectos secundarios

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

Cuadro 3.7. Manejo de los efectos secundarios de los implantes subdérmicos anticonceptivos

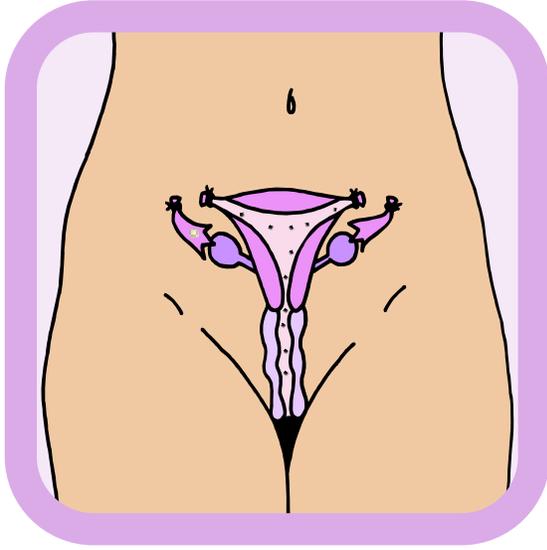
EFECTOS SECUNDARIOS	MANEJO
<p>Amenorrea (ausencia de manchas o sangrado vaginal)</p>	<p>Descarte un posible embarazo.</p> <p>De no estar embarazada, no se requiere tratamiento alguno aparte de tranquilizar a la usuaria. Explíquese que con la amenorrea, la sangre no se acumula dentro del útero. La acción continuada de pequeñas cantidades de progestágeno (levonorgestrel o etonogestrel) adelgaza el endometrio, lo cual resulta en un menor sangrado menstrual y en algunas mujeres, en la ausencia total de sangrado. Por último, adviértale a la usuaria que debe regresar a la clínica si sigue preocupada por la amenorrea.</p> <p>De confirmarse un embarazo intrauterino, oriente a la usuaria respecto al control prenatal. Remueva los implantes y asegúrele que la pequeña cantidad de progestágeno (levonorgestrel o etonogestrel) no tendrá efecto dañino alguno sobre el feto.</p> <p>De sospecharse un embarazo ectópico, refiérala de inmediato para una evaluación completa.</p> <p>No administre un tratamiento hormonal (AOC) para inducir el sangrado por retiro de los anticonceptivos. Ello no es necesario y, por lo general, no es exitoso a menos que se administren 2 ó 3 ciclos de los AOC.</p>
<p>Sangrado / manchas vaginales</p>	<p>De no encontrarse problema alguno, aconseje a la usuaria diciéndole que el sangrado/manchas no representan un problema grave y que, por lo general, no requieren tratamiento. La mayoría de las mujeres pueden esperar que el patrón de sangrado alterado se regularice después de 6 a 12 meses.</p> <p>Si la usuaria no está satisfecha después de la orientación y de tranquilizarla, pero desea continuar con los implantes, se recomiendan dos opciones de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un ciclo de anticonceptivos orales combinados (30–35 µg de EE), o • Ibuprofén (hasta 400 mg 3 veces al día por 5 días) u otro medicamento anti-inflamatorio no esteroide (FAINE).

EFECTOS SECUNDARIOS	MANEJO
Sangrado / manchas vaginales (cont.)	<p>Asegúrese de decirle a la usuaria que debe esperar que se produzca el sangrado durante la semana después de haber terminado el paquete de los anticonceptivos orales combinados (paquete de 21 píldoras) o durante las últimas 7 pastillas, si se trata de un paquete de 28 pastillas.</p> <p>Si el sangrado no se reduce entre 3 a 5 días o si es muy abundante (1–2 toallas sanitarias por hora), adminístrele 2 pastillas de anticonceptivos orales combinados por día durante el resto del ciclo (mínimo de 3 a 7 días), seguido por 1 ciclo de anticonceptivos orales combinados, o cambie a 50 µg estrógeno (EE) o a 1,25 mg de estrógeno conjugado por 14–21 días.</p> <p>En los casos de sangrado profuso, adminístrele 2 píldoras de AOC por día durante el resto del ciclo (mínimo de 3 a 7 días), seguido por 1 ciclo de AOC, o cambie a 50 µg estrógeno (EE) o a 1,25 mg de estrógeno conjugado por 14–21 días.</p>
Expulsión de las cápsulas	<p>Extraiga la/s cápsula/s expulsada/s parcialmente. Verifique si las cápsulas restantes están en su sitio.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la zona de inserción no está infectada (no hay dolor, calor, ni rubor) reemplace la/s cápsula/s. • Si la zona de inserción está infectada: <ul style="list-style-type: none"> – extraiga las cápsulas restantes e inserte un nuevo juego en el otro brazo y – trate la infección • Si la usuaria ya no quiere usar este método, ayúdela a elegir otro método a través de la consejería
Infección en el sitio de la inserción	<p>De haber infección (sin absceso), lave la zona con agua y jabón y administre el antibiótico oral apropiado por 7 días.</p> <p>No extraiga las cápsulas. Pídale a la usuaria que regrese después de 1 semana. De no haber mejoría, extraiga las cápsulas e inserte un nuevo juego en el otro brazo o ayude a la usuaria a elegir otro método.</p>

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

Seguimiento

- Cite a los 8 días para evaluación y descartar complicaciones
- Cite anualmente hasta completar los cinco años de eficacia del método, o en cualquier momento si la mujer desea que se le retire o tiene dudas
- Anote la consulta en el SIGSA 3 y documente la entrega del método
- Registre la atención en la ficha clínica y el carnet de planificación familiar
- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trifoliar del implante Jadelle



ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA

Operación de la Mujer

Descripción

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

Cómo actúa

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

Protección

La tasa de fallo es muy baja; ocurre un embarazo por cada 200 mujeres operadas en el primer año de uso (5 en 1,000 mujeres operadas en el primer año de uso).

Cómo se hace la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina

Los dos abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:

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

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

Quién puede usarlo

- Mujeres de 18 años de edad o mayores que estén conscientes que es un método irreversible (permanente), que hayan recibido consejería completa, que consientan al procedimiento voluntariamente y firmen el consentimiento informado
- Mujeres para las cuales el embarazo representa un riesgo alto
- Mujeres de cualquier paridad, incluso que no tengan hijos
- Mujeres estén o no casadas
- Mujeres sin autorización de la pareja
- Mujeres en el posparto inmediato (en los últimos 7 días) o después de 6 semanas del parto (operación de intervalo)
- Mujeres que estén amamantando
- Mujeres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente
- Mujeres post aborto (hasta 7 días)
- Durante el procedimiento de cesárea, si así lo desean
- Mujeres que estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral

En algunas de las situaciones anteriores, es importante que haya un asesoramiento especialmente cuidadoso para asegurarse que la mujer no lamente su decisión y que el procedimiento se lleve a cabo con seguridad.

La mujer se puede someter a esterilización femenina:

- Sin hacerse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina
- Sin someterse a pesquisa de cáncer cervical
- Aún cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (realizar prueba verbal de embarazo)

Quién no puede usarlo

- Mujeres con infecciones pélvicas o sistémicas agudas (hasta que se resuelvan o controlen)
- Mujeres con contraindicaciones para el procedimiento quirúrgico (incluyendo el embarazo)
- Mujeres que no estén seguras si desean tener hijos en el futuro o no
- Mujeres que manifiesten inestabilidad emocional o inestabilidad con su pareja
- Mujeres que no den ni firmen su consentimiento voluntario e informado

Ventajas y beneficios

- Eficacia inmediata y elevada
- Método permanente y difícilmente reversible
- No interfiere con la lactancia materna
- No interfiere con el coito
- El gozo sexual se ve aumentado porque no hay preocupaciones de un embarazo
- Buen método en el caso de usuarias para quienes el embarazo tenga un alto riesgo para su salud

- Cirugía sencilla, que generalmente se realiza bajo anestesia local y no necesita hospitalización
- No tiene efectos secundarios a largo plazo
- No produce cambios en la función sexual, no tiene efecto alguno sobre la producción de hormonas por parte de los ovarios, ni sobre la menstruación
- No necesita suministros ni visitas repetidas

Esterilización femenina para mujeres con VIH

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

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

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

Limitaciones

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

Manejo de efectos colaterales y complicaciones

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

Cuadro 3.8. Manejo de efectos o complicaciones de la operación de la mujer

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

Condiciones que requieren tomar precauciones

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

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

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

Consentimiento informado

Ver Anexo 1.

Aplicación del método

La operación de la mujer se puede realizar en las oportunidades que muestra el cuadro 3.9.

Cuadro 3.9 Oportunidades para la realización de la operación de la mujer

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

Instrucciones para la usuaria

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

- Firmar el consentimiento informado (ver Anexo 1)
- No comer o beber ningún alimento 6 horas antes de la cirugía
- No tomar ningún medicamento 24 horas antes, a menos que sea por prescripción médica
- Bañarse con agua y jabón antes de la cirugía, especialmente lavar bien el abdomen, lugar donde se hará la incisión
- Vaciar totalmente la vejiga antes del procedimiento
- No rasurarse
- Acudir al hospital con ropa limpia y floja
- No aplicarse maquillaje ni llevar joyas
- Ir acompañada de un familiar o amigo/a

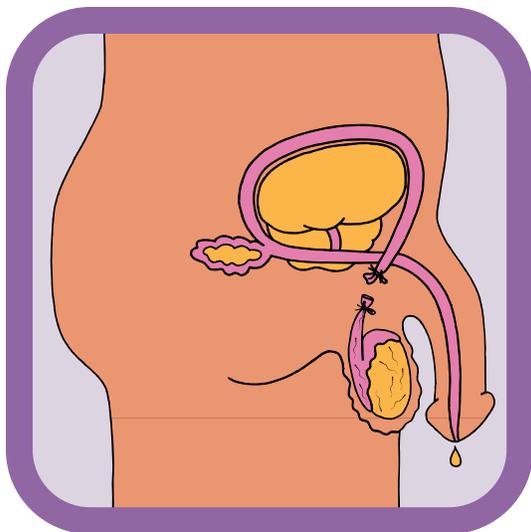
Además:

- Dé instrucciones apoyándose en material de IEC
- Entregue el trifoliar sobre operación de la mujer
- Entregue la “Hoja de indicaciones antes y después de la operación”

Seguimiento

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

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



ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA MASCULINA

Operación del hombre (Vasectomía)

Descripción

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

Cómo actúa

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

Protección

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

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

Explicación del procedimiento

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

El hombre que ha elegido la vasectomía tiene que saber qué va a ocurrir durante el procedimiento, lo cual puede explicar de la siguiente manera:

El hombre recibe una inyección de anestésico local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante todo el procedimiento. El proveedor palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente— los dos conductos que transportan los espermatozoides. El proveedor hace la punción o incisión cutánea:

- Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con pinzas especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel en la línea media del escroto con el bisturí (un instrumento quirúrgico especial afilado). Para instrucciones detalladas sobre esta técnica consulte el manual de la Vasectomía sin Bisturí del Programa Nacional de Salud Reproductiva, 2007.
- Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 o 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí. El proveedor eleva una pequeña asa de cada conducto desde el sitio de punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o los dos cabos con hilo. Algunos obturan los conductos con calor o electricidad. También pueden rodear un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto.
- La punción se cubre con un vendaje adhesivo y, si es una incisión, se puede cerrar con puntos. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la clínica o el hospital. Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse a casa en la primera hora después de la operación.

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

Consejería

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

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

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

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

Quién lo puede usar

- Hombres de cualquier edad reproductiva
- Hombres que ya tienen el número de hijos deseados
- Hombres que deseen un método anticonceptivo altamente eficaz y permanente
- Hombres cuyas esposas aún están en edad de tener hijos y corren un alto riesgo de salud en caso de quedar embarazadas
- Hombres que comprenden y voluntariamente conscienten a que se realice el procedimiento; deben leer y firmar la hoja de consentimiento informado

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

- No tienen hijos o tienen pocos hijos
- No están casados
- No cuentan con la autorización de su esposa o pareja
- Son jóvenes
- Tienen anemia falciforme
- Están infectados con VIH, estén o no en tratamiento antirretroviral

Quién no lo puede usar

- Hombres que no estén seguros acerca de sus intenciones reproductivas
- Parejas que no estén seguras del número de hijos que desean tener
- Hombres que no den su consentimiento voluntario e informado; que no firmen la hoja de consentimiento antes del procedimiento

Condiciones que requieren tomar precauciones

- Es mejor postergar la operación (vasectomía) en hombres con problemas médicos como:
 - Enfermedad cardíaca sintomática
 - Trastornos de la coagulación sanguínea
 - Varicocele
 - Hernia inguinal
 - Filariasis
 - Infección local en piel o escrotal
 - Orquitis
 - Historia de traumatismo o cirugía previa

- Los usuarios con problemas médicos significativos requieren manejo especial para el procedimiento y seguimiento. El procedimiento podría tener que hacerse en una instalación del tercer nivel de atención y no en una instalación ambulatoria. Siempre que sea posible, los problemas médicos significativos deben controlarse antes de proceder con la cirugía.

Ventajas y beneficios

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

Limitaciones

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

Consentimiento informado

Ver Anexo 1

Aplicación del método

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

Aclaración de rumores e información equivocada

La vasectomía:

- No implica extirpar los testículos; se bloquean los conductos deferentes que transportan los espermatozoides desde los testículos al pene. Los testículos quedan en su lugar.
- No disminuye el impulso sexual
- No afecta la función sexual. La erección del hombre tiene la misma firmeza, dura lo mismo y eyacula igual que antes.

- No hace que el hombre engorde o se debilite, ni lo hace menos masculino, o menos productivo
- No provoca ninguna enfermedad más adelante en la vida
- No impide la transmisión de infecciones de transmisión sexual incluyendo el VIH

Instrucciones para el usuario

- Indique al usuario que antes del procedimiento debe de cumplir con las siguientes indicaciones:
 - Bañarse concienzudamente antes de presentarse para la cirugía. Lavar muy bien los testículos, vestir ropa limpia y cómoda
 - Se recomienda que lleve un suspensorio escrotal (no indispensable) o calzoncillo ajustado para después de la operación
 - Rasurarse el vello de la bolsa escrotal
 - No tomar ninguna medicina 24 horas antes de la operación

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

Manejo de efectos colaterales y complicaciones

Informe al usuario que los efectos secundarios y complicaciones son poco frecuentes. Los más comunes pueden tratarse según se muestra en el Cuadro 3.10.

Cuadro 3.10. Manejo de efectos y complicaciones de la operación del hombre (vasectomía)

EFECTO COLATERAL O COMPLICACIONES	MANEJO
Fiebre e infección de la herida operatoria	<p>Limpie la zona con agua y jabón o un antiséptico.</p> <p>Si se presenta fiebre e infección de la herida, emplee antibióticos. De haber absceso, drénelo y trátelo según corresponda.</p>
Dolor en el área operatoria	<p>Aplique hielo en el área afectada varias veces al día. Si persiste el dolor, determine si hay una infección o absceso, y administre el tratamiento indicado según hallazgos. Indicar analgésicos (no aspirina ni Ibuprofén).</p>
Hematomas	<p>Aplique compresas húmedas calientes en el área afectada y observe evolución, ya que por lo general se resuelve espontáneamente. Si es muy extenso, tal vez requiera drenaje.</p>

Consideraciones especiales

- El usuario tiene derecho a cambiar de idea en cualquier momento antes del procedimiento
- No debe darse incentivo alguno a los usuarios para que acepten la esterilización voluntaria
- Es necesaria la firma de un consentimiento informado para el procedimiento (Ver Anexo 1)

Seguimiento

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

4

**Infecciones de
Transmisión Sexual,
incluyendo el VIH**

Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo el VIH

PUNTOS CLAVE PARA PROVEEDORES Y USUARIOS/AS

Las personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), VIH (Virus de Inmunodeficiencia Humana) inclusive, pueden utilizar la mayoría de los métodos de planificación familiar segura y eficazmente.

Los condones masculino y femenino pueden prevenir muchas de las ITS si son utilizados de manera consistente y correcta. Las ITS también pueden reducirse por otras vías: Limitando el número de parejas, absteniéndose de las relaciones sexuales y teniendo una relación de fidelidad mutua con una pareja no infectada.

Algunas ITS no presentan signos ni síntomas en la mujer. Si la mujer cree que su pareja tiene una ITS, debe consultar a un proveedor de salud. Algunas ITS son tratables. Cuanto antes sean tratadas, hay menos probabilidad de que causen problemas a largo plazo, tales como infertilidad o dolor crónico.

En la mayoría de los casos, el flujo vaginal se debe a infecciones que no son de transmisión sexual. Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a sus pacientes de varias maneras para prevenir ITS, incluyendo la infección con el VIH. Los directores de programas y los proveedores pueden elegir los abordajes que se ajusten a las necesidades de sus pacientes, a su entrenamiento y a sus recursos, así como a la disponibilidad de servicios a los cuales derivar.

Qué son las Infecciones de Transmisión Sexual

Las ITS son causadas por bacterias y virus propagados a través del contacto sexual. Las infecciones pueden ser halladas en fluidos corporales como el semen, en la piel de los genitales y áreas cercanas, y algunas, también, en la boca, garganta y recto. Algunas ITS no causan síntomas. Otras pueden causar molestia o dolor. Si no son tratadas, algunas pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, dolor pélvico crónico y cáncer cervical.

Con el tiempo, el VIH suprime el sistema inmunológico de la persona infectada. Algunas ITS pueden incrementar también la probabilidad de infectarse con el VIH. Las ITS se propagan en la comunidad porque las personas infectadas tienen relaciones sexuales con personas no infectadas. Cuantas más parejas sexuales tenga una persona, mayor será su riesgo, tanto de contagiarse de ITS como de transmitir ITS.

Quiénes están en riesgo

Muchas mujeres que consultan a los servicios de planificación familiar— mujeres en relaciones de pareja estables, mutuamente fieles, de larga duración — presentan un riesgo bajo de contraer ITS. Sin embargo, algunas mujeres pueden estar en alto riesgo de contraer una ITS, o pueden tener una ITS en la actualidad. Entre las mujeres que más podrán beneficiarse de conversar sobre los riesgos de ITS se encuentran aquellas que no tienen pareja estable, mujeres solteras y cualquiera que, casada o no, exprese preocupación por las ITS o el VIH, o cuya pareja pueda tener otras parejas.

El riesgo de adquirir una ITS, VIH inclusive, depende del comportamiento de la persona, el comportamiento de la pareja o parejas sexuales de esa persona y de qué tan comunes sean esas enfermedades en la comunidad. Sabiendo qué ITS y qué comportamiento sexual son comunes en la comunidad local, un proveedor de salud podrá ayudar mejor a la usuaria a evaluar su propio riesgo.

La comprensión de su propio riesgo frente al VIH y otras ITS ayuda a las personas a decidir la forma de protegerse a sí mismos y a otros. Las mujeres son frecuentemente las más aptas para juzgar su propio riesgo, en especial cuando se les dice qué comportamientos y situaciones pueden aumentar el riesgo.

Los comportamientos sexuales que pueden incrementar la exposición a ITS incluyen:

- Relaciones sexuales con una pareja que tiene síntomas de ITS
- Una pareja sexual a la que se la ha diagnosticado o tratado una ITS recientemente
- Relaciones sexuales con más de una pareja—cuantas más parejas, mayor el riesgo
- Relaciones sexuales con una pareja que tiene sexo con otros y no siempre utiliza condones

En aquellos lugares donde muchas personas de la comunidad estén infectadas con ITS, el sexo sin condón puede ser riesgoso casi con cualquier nueva pareja. En ciertas situaciones las personas tienden a cambiar frecuentemente de pareja sexual, tener varias parejas, o tener parejas que tienen otras parejas—todos los comportamientos que incrementan el riesgo de transmisión de ITS. Esto incluye personas que:

- Tienen sexo por dinero, alimentos, regalos, habitación, o favores
- Se trasladan de lugar por razones de trabajo, viajan a menudo por trabajo, tales como camioneros, migrantes estacionales, vendedores ambulantes
- No tienen relaciones sexuales permanentes establecidas, tal como sucede frecuentemente entre adolescentes sexualmente activos o adultos jóvenes
- Son pareja de estas personas

Causa de las ITS

Hay varios tipos de agentes que provocan ITS. En general, aquellas causadas por organismos tales como bacterias pueden curarse. En general, las ITS causadas por virus no pueden ser curadas, pero de todos modos se las puede tratar para aliviar los síntomas. En el Cuadro 4.1 se presentan las ITS, su causa, su forma de transmisión y si son curables o no.

Cuadro 4.1 Infecciones de Transmisión Sexual

ITS	Tipo	Transmisión sexual	Transmisión no sexual	Curable
Chancroide	Bacteriano	Sexo vaginal, anal y oral	Ninguna	Sí
Clamidia	Bacteriano	Sexo vaginal y anal. Rara vez, de los genitales a la boca	De madre a hijo durante el embarazo	Sí
Gonorrea	Bacteriano	Sexo vaginal y anal, o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	Sí
Hepatitis B	Viral	Sexo vaginal y anal o de pene a boca	En sangre, de madre a hijo durante el parto o en la leche materna	No
Herpes	Viral	Contacto genital u oral con una úlcera, incluyendo sexo vaginal y anal, también contacto genital en área sin úlcera	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	No
VIH	Viral	Sexo vaginal y anal. Muy rara vez, sexo oral	En sangre, de madre a hijo durante el embarazo o parto o en la leche materna	No
Papiloma virus humano	Viral	Contacto de piel a piel o genital o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	No
Sífilis	Bacteriano	Contacto genital u oral con una úlcera, incluyendo sexo vaginal y anal	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	Sí
Tricomoniasis	Parásito	Sexo vaginal, anal y oral	De madre a hijo durante el parto	Sí

Acerca del VIH y el sida

El VIH es el virus de inmunodeficiencia humana que causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida). El VIH daña lentamente el sistema inmunológico del cuerpo, reduciendo su capacidad de combatir otras enfermedades. Las personas pueden vivir con VIH por muchos años sin signos ni síntomas de infección. Eventualmente, desarrollan sida - una patología en la que el sistema inmunológico del cuerpo colapsa y es incapaz de combatir ciertas infecciones, conocidas como infecciones oportunistas -. No existe cura para la infección de VIH o el sida, pero la terapia antirretroviral (ARV) puede retardar el progreso de la enfermedad, mejorar la salud de aquellos con sida y prolongarles la vida. Los ARV pueden, también, reducir la transmisión de madre a hijo en el momento del parto.

Las infecciones oportunistas pueden tratarse. Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar en los esfuerzos de prevención y tratamiento de VIH/sida, en particular en los países en los que hay mucha gente infectada con VIH:

- Aconsejando sobre los modos de reducir el riesgo de infección (ver Elección de una estrategia de protección doble, p. 280).
- Refiriendo pacientes para prueba de VIH voluntaria y con consejería y para atención y tratamiento del VIH donde estén disponibles estos servicios.

Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual

No siempre resulta posible identificar las ITS tempranamente. Por ejemplo, la clamidia y la gonorrea con frecuencia no presentan signos ni síntomas perceptibles en la mujer. Sin embargo, la identificación temprana es importante tanto para evitar el contagio de la infección como para evitar consecuencias duraderas más graves. Para ayudar a detectar las ITS de manera temprana, el proveedor puede:

- Preguntar si la usuaria o su pareja presentan llagas en los genitales o si presenta flujo inusual
- Buscar signos de ITS cuando se realice un examen pélvico o genital por otra razón
- Aconsejar a una usuaria que puede tener una ITS
- Si la usuaria presenta signos o síntomas, diagnosticarla y tratarla con celeridad, o referirla para una atención apropiada en otro servicio
- Aconsejar a las usuarias que estén atentas ante la aparición de llagas o verrugas genitales y flujo inusual, en sí mismas o en sus parejas sexuales.
-

Los signos y síntomas comunes que pueden sugerir una ITS incluyen los que se presentan en el Cuadro 4.2.

Cuadro 4.2 Síntomas y causas de posible ITS

Síntomas	Causa posible
Secreción por el pene – pus, goteo claro o amarillo verdoso	Comúnmente: Clamidia, gonorrea, a veces tricomoniasis
Sangrado vaginal anormal o sangrado después del sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Ardor o dolor al orinar	Clamidia, gonorrea, herpes
Dolor en el abdomen inferior o dolor durante el sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Dolor testicular y/o hinchazón	Clamidia, gonorrea
Picazón u hormigueo en el área genital	Comúnmente: Tricomoniasis, a veces, herpes
Ampollas o llagas en genitales, ano, áreas circundantes o boca	Herpes, sífilis, chancroide
Verrugas en genitales, ano, o áreas circundantes	Papilomavirus humano
Flujo vaginal inusual – modificaciones de las secreciones vaginales, en color, consistencia, cantidad u olor	Más comúnmente: Vaginosis bacteriana, candidiasis (no ITS, ver: ver debajo Infección Vaginal Común a menudo confundida con Infecciones de Transmisión Sexual). Comúnmente: Tricomoniasis, a veces, clamidia, gonorrea

Infecciones vaginales comunes frecuentemente confundidas con Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones vaginales más comunes no son de transmisión sexual. En cambio, generalmente son debidas a un crecimiento desmedido de organismos normalmente presentes en la vagina. Las infecciones comunes del tracto reproductivo que no son transmitidas sexualmente incluyen la vaginosis bacteriana y la candidiasis (también llamada infección por levadura o muguet).

En la mayoría de los lugares estas infecciones son mucho más comunes que las ITS. Los investigadores estiman que entre 5% y 25% de las mujeres presentan vaginosis bacteriana y entre 5% y 15% tienen candidiasis en un momento dado. El flujo vaginal debido a estas infecciones puede ser similar al flujo causado por algunas ITS como la tricomoniasis. Es importante tranquilizar a las usuarias con tales síntomas que pudieran no tener una ITS - en particular si no presentan otros síntomas o se encuentran en riesgo bajo de ITS -.

La vaginosis bacteriana y la tricomoniasis pueden curarse con antibióticos como el metronidazol; la candidiasis puede ser curada con una medicación fungicida como el fluconazol. Sin tratamiento, la vaginosis bacteriana puede conducir a complicaciones en el embarazo y la candidiasis puede transmitirse en el parto al recién nacido.

El lavado del área genital externa con jabón no perfumado y agua limpia, el evitar usar duchas, detergentes, desinfectantes o agentes de limpieza o de secado vaginales, son buenas prácticas de higiene. Además, pueden ayudar a algunas mujeres a evitar las infecciones vaginales.

Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

Las estrategias básicas para prevenir ITS implican evitar o reducir las probabilidades de exposición. Los proveedores de planificación familiar pueden hablar a sus pacientes acerca de cómo protegerse tanto de las ITS, VIH inclusive, como del embarazo (protección doble).

Elección de una estrategia de doble protección

Cada usuaria de planificación familiar tiene que pensar en la prevención de ITS y VIH -incluso aquellas personas que creen no presentar ningún riesgo-. El proveedor puede analizar con los usuarios el tipo de situaciones que aumentan el riesgo de ITS, VIH inclusive y los usuarios pueden entonces preguntarse si esas situaciones riesgosas aparecen en sus propias vidas. Si es así, pueden tener en cuenta 5 estrategias de protección doble. La misma persona o la misma pareja podrá utilizar diversas estrategias en diferentes situaciones o momentos. La mejor estrategia es aquella que la persona puede aplicar eficazmente en la situación en la que esté. (La protección doble no significa necesariamente sólo el uso de condones junto con otro método de planificación familiar.)

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

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

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

Otras estrategias, que no implican el uso de anticonceptivos, incluyen:

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

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

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

Anticonceptivos para usuarios con ITS, VIH y sida

Las personas con ITS, VIH, sida o en terapia antirretroviral (ARV) pueden comenzar y continuar el uso de la mayoría de los métodos anticonceptivos con seguridad. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones. El capítulo anterior sobre los métodos anticonceptivos brinda más información y consideraciones para pacientes con VIH y sida, incluyendo aquellos que se encuentran tomando medicación (ARV.)

En general, los anticonceptivos y la medicación ARV no interfieren entre sí. No se sabe con certeza si algunos medicamentos ARV reducen la eficacia de los anticonceptivos de bajas dosis. Incluso si lo hicieran, el uso del condón puede resolverlo.

Consideraciones especiales para usuarios con ITS, VIH, sida, o en terapia antirretroviral

El Cuadro 4.3 a continuación, presenta los métodos anticonceptivos y qué debe hacer el proveedor si la persona tiene una ITS, VIH, sida o está en terapia ARV.

Cuadro 4.3 Consideraciones de uso de métodos anticonceptivos en usuarios con ITS, VIH o sida y en terapia antirretroviral

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o sida	En Terapia Antirretroviral (ARV)
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonas)	No coloque el DIU a una mujer que esté en muy alto riesgo individual de gonorrea y clamidia, o que esté cursando gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta o enfermedad pélvica inflamatoria (EPI). (Una usuaria de DIU actual que se infecte de gonorrea o clamidia o desarrolle el EPI puede seguir usando el DIU con seguridad durante y después del tratamiento.)	Una mujer con VIH puede colocarse un DIU. Una mujer con sida no debería colocarse un DIU a menos que se encuentre clínicamente bien en terapia ARV. (Una mujer que desarrolle sida mientras utiliza un DIU puede seguir usando el DIU con seguridad)	No coloque un DIU si la paciente no se encuentra clínicamente bien.
Esterilización femenina	Si la paciente tiene gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta, o EPI, demore la esterilización hasta que se haya tratado y curado la afección.	Las mujeres infectadas con VIH que tienen sida o estén en terapia antirretroviral pueden someterse a una esterilización femenina con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una esterilización femenina a una mujer con sida. Postergue el procedimiento si la mujer actualmente padece una enfermedad vinculada al sida.	
Vasectomía	Si el paciente tiene infección de la piel escrotal, ITS activa, hinchazón, dolor intenso en la punta del pene, de los conductos espermáticos o testículos, demore la esterilización hasta que la afección sea tratada y curada.	Los hombres infectados con VIH, que tienen sida, o están en terapia antirretroviral pueden someterse a vasectomía con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una vasectomía a un hombre con sida. Postergue el procedimiento si el hombre actualmente padece una enfermedad vinculada con el sida.	
Espemicidas (Incluyendo cuando se les utiliza con un diafragma o un capuchón cervical)	Puede utilizarse espemicidas con seguridad.	No debe utilizar espemicidas si está en alto riesgo de VIH, infectado de VIH, o tiene sida	No debe utilizar espemicidas

Cáncer cervical y papilomavirus humano

El cáncer cervical resulta del crecimiento incontrolado y no tratado de células anormales en el cérvix o cuello uterino. Una infección de transmisión sexual, el papilomavirus humano (PVH), lleva a estas células a desarrollarse y crecer. El PVH se encuentra en la piel del área genital, en el semen y también en los tejidos de la vagina, cérvix y boca. Se contagia principalmente por contacto piel a piel. El sexo vaginal, anal y oral también pueden propagar el PVH.

Hay más de 50 tipos de PVH que pueden infectar el cérvix; seis de ellos son responsables de casi todos los cánceres cervicales. Otros tipos de PVH causan verrugas genitales. Un estimado de 50% a 80% de mujeres sexualmente activas se encuentran infectadas con PVH al menos una vez en su vida. En la mayor parte de los casos, la infección de PVH remite por sí sola. Sin embargo, en algunas mujeres, el PVH persiste y causa crecimientos precancerosos, que pueden evolucionar hacia el cáncer. En términos generales, menos del 5% de todas las mujeres con infección persistente de PVH adquieren un cáncer cervical.

El cáncer del cérvix en general tarda 10 a 20 años en desarrollarse y, por tanto, hay un período largo de oportunidad para detectar y tratar alteraciones y proliferaciones precancerosas antes que se transformen en cáncer. Esta es la meta de la pesquisa o tamizaje del cáncer cervical.

Quiénes se encuentran en mayor riesgo

Algunos factores hacen a las mujeres más propensas a infectarse de PVH. Otros hacen que la infección de PVH evolucione a cáncer cervical más rápidamente. Una mujer que presente alguna de estas características se beneficiaría especialmente de un tamizaje:

- Comenzó a tener sexo antes de los 18 años de edad
- Tiene o ha tenido muchas parejas sexuales en el transcurso de los años
- Tiene una pareja sexual que tiene o ha tenido muchas otras parejas
- Ha tenido muchos partos (cuantos más partos, mayor el riesgo)
- Tiene un sistema inmunológico débil (incluye mujeres con VIH/sida)
- Fuma cigarrillos
- Quema madera en el interior de la casa (como para cocinar)
- Ha tenido otras infecciones de transmisión sexual
- Ha usado anticonceptivos orales combinados durante más de 5 años

Pesquisa y tratamiento

La pesquisa del cáncer cervical es simple, rápida y en general, indolora. El extendido de Papanicolaou (Pap) implica raspaje de unas pocas células del cérvix para examinarlas al microscopio. La mujer debe acudir a un centro para recibir los resultados y eventualmente para su tratamiento si se halla alguna anomalía.

Antes que la lesión precancerosa se vuelva cáncer, se la puede eliminar congelándola con una sonda que contiene hielo seco (crioterapia) o cortándola con un asa de alambre caliente (procedimiento de exéresis electroquirúrgica de asa [LEEP]). El congelado es menos eficaz para proliferaciones mayores, pero el LEEP requiere electricidad y más entrenamiento específico. Ninguno de los dos tratamientos requiere hospitalización.

El tratamiento del cáncer cervical incluye la cirugía o la radioterapia, algunas veces junto con quimioterapia.

Nuevos abordajes promisorios para la pesquisa y la prevención

En 2006, la Unión Europea y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA por sus siglas en inglés) aprobaron la primera vacuna contra el cáncer cervical, lesiones precancerosas y verrugas genitales. La vacuna protege contra la infección de cuatro tipos de PVH que representan cerca del 70% de la totalidad de los cánceres cervicales y un estimado del 90% de todas las verrugas genitales. Se encuentra aprobada para mujeres entre 9 y 26 años.

5

**Crterios médicos
de elegibilidad
para el uso de los
Métodos
Anticonceptivos**

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de los métodos anticonceptivos

Los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) se basaron en métodos de trabajo rigurosos descritos en documentos aparte. Los criterios se proponen asegurar un margen adecuado de seguridad en el uso de anticonceptivos.

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

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

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

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

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

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

Cuadro 5.2. Criterios médicos de elegibilidad de los métodos anticonceptivos

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC*	AIC	AOE	APS	DMPA NET-EN	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA								
EMBARAZO	NA**	NA	NA	NA	NA	NA	4	D***
EDAD	De menarquía a <40=1 ≥40=2	De menarquía a <40=1 ≥40=2		De menarquía a <18=1 18-45=1 ≥45=1	De menarquía a <18=2 18-45=1 ≥45=2	De menarquía a <20=2 18-45=1 ≥45=1	De menarquía a <20=2 ≥20=1	C
PARIDAD								
a) Nulípara	1	1	NA	1	1	1	2	A
b) Mujeres que han tenido 1 o más partos	1	1	NA	1	1	1	1	A
POSPARTO (con lactancia materna)								
a) < 6 semanas posparto	4	4	1	3 ^a	3 ^a	3 ^a		▲
b) 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna)	3	3	1	1	1	1		A
c) ≥ 6 meses posparto	2	2	1	1	1	1		A
POSPARTO (no amamantando)								
a) < 21 días	3	3	NA	1	1	1		▲
b) ≤ 21 días	1	1	NA	1	1	1		
POSPARTO (amamantando o no) incluso post-cesárea								
a) < 48 horas							2	
b) ≥ de 48 horas a < 4 semanas							3	▲
c) ≥ 4 semanas							1	
d) Sepsis puerperal							4	

*Consulte OMS (2007) Planificación Familiar un Manual para proveedores, Apéndice D, pp. 324-334 que resume los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos (AOC: Anticonceptivos Orales Combinados; AIC: Inyectables mensuales; AOE: Anticonceptivos Orales de Emergencia; APS: Píldora de progestina sola; AMPO EN-NET= DMPA NET-EN Inyección de progestina sola; DIU-CU= Dispositivo intrauterino de cobre; AQVF: Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina)

**NA= No aplica

*** A= Acepta; C= Precaución; D= Demore; S= Especial

▲ Ver patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos de emergencia y la esterilización femenina

^a En condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este método es uno de los pocos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible a mujeres en lactancia inmediatamente posparto.

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN-NET	Implantes	DIU-Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
POST-ABORTO								
a) Primer trimestre	1	1	NA	1	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	NA	1	1	1	2	
c) Inmediatamente post-aborto séptico	1	1	NA	1	1	1	4	▲
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	1	1	2	1	1	1	A
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (incluyendo cesárea) (consulte también sección posparto)	1	1	NA	1	1	1	1	C▲
TABAQUISMO	2	2	NA	1	1	1	1	A
a) Edad < 35 años								
b) Edad ≥ 35 años								
(i) < 15 cigarrillos/día	3	2	NA	1	1	1	1	A
(ii) ≥ 15 cigarrillos/día	4	3	NA	1	1	1	1	A
OBESIDAD Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 Kg/m ²	2	2	NA	1	1	1	1	C
MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO DISPONIBLE	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES								
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)	3/4 ^b	3/4 ^b	NA	2	3	2	1	S

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

TABLAS RESUMEN

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
HIPERTENSIÓN								
a) Historia de hipertensión, incluida la hipertensión durante el embarazo, cuando NO se puede evaluar la presión arterial	3	3	NA	2 ^c	2 ^c	2 ^c	1	NA
b) Hipertensión controlada correctamente, cuando la presión arterial puede evaluarse	3	3	NA	1	2	1	1	C [▲]
c) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)								
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3	3	NA	1	2	1	1	C
(ii) sistólica > 160 o diastólica ≥ 100	4	4	NA	2	3	2	1	S
d) Enfermedad vascular	4	4	NA	2	3	2	1	S
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)								
	2	2	NA	1	1	1	1	A

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

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLISMO PULMONAR (EP)								
a) Historia de TVP/EP	4	4	▲	2	2	2	1	A
b) TVP/EP actual	4	4	▲	3	3	3	1	D
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	2	2	▲	1	1	1	1	A
d) Cirugía mayor (i) con inmovilización prolongada	4	4	NA	2	2	2	1	D
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	NA	1	1	1	1	A
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	NA	1	1	1	1	A
MUTACIONES TROMBOGÉNICAS CONOCIDAS (por ejemplo: factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombinas)	4 ^d	4 ^d	▲	2 ^d	2 ^d	2 ^d	1	A
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL								
a) Venas varicosas	1	1	NA	1	1	1	1	A
b) Tromboflebitis superficial	2	2	NA	1	1	1	1	A
HISTORIA DE CARDIOPATÍA ISQUÉMICA O ENFERMEDAD ACTUAL	4	4	4	I 2	C 3	3	I 2	C 3
							1	I 2
								C 3

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

TABLAS RESUMEN

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
ACCIDENTE CEREBRO - VASCULAR (Historia de accidente cerebrovascular)	4	4	▲	I C 2 3	3	I C 2 3	1	C
HIPERLIPEMIAS CONOCIDAS (NO son necesarios los estudios de lípidos de rutina para el uso seguro de los métodos anticonceptivos)	2/3 ^e	2/3 ^e	NA	2	2	2	1	A
VALVULOPATÍA CARDIACA								
a) Sin complicaciones	2	2	NA	1	1	1	1	C
b) Complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)	4	4	NA	1	1	1	2 ^f	S▲
TRASTORNOS NEUROLOGICOS								
CEFALEAS	I C	I C		I C	I C	I C	I C	1
a) No migrañosas (leves o intensas)	1 ^g 2 ^g	1 ^g 2 ^g	NA	1 ^g 1 ^g	1			
(i) sin aura								
Edad < 35 años	2 ^g 3 ^g	2 ^g 3 ^g	2	1 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	1
Edad ≥ 35 años	3 ^g 4 ^g	3 ^g 4 ^g		1 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	2 ^g 2 ^g	1
(ii) con aura (a cualquier edad)	4 ^g 4 ^g	4 ^g 4 ^g	2	2 ^g 3 ^g	1			
EPILEPSIA	1 ^h	1 ^h	NA	1 ^h	1 ^h	1 ^h	1	
TRASTORNOS DEPRESIVOS								
TRASTORNOS DEPRESIVOS	1 ⁱ	1 ⁱ	NA	1 ⁱ	1 ⁱ	1 ⁱ	1	C

^e Evaluar de acuerdo al tipo y severidad de la hipelidemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

^f Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.

^g Categoría para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebro vascular.

^h Si está tomando anticonvulsivantes, referirse a la sección sobre interacciones farmacológicas, página 130.

ⁱ Ciertos medicamentos pueden interactuar con el método reduciendo su eficacia.

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN-NET	Implantes	DIU-Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO								
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL								
a) Patrón irregular sin sangrado abundante	1	1	NA	2	2	2	1	A
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)	1	1	NA	2	2	2	2	A
SANGRADO VAGINAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave) antes de evaluación	2	2	NA	2	3	3	I 4 C 2	D
ENDOMETRIOSIS	1	1	NA	1	1	1	2	S
TUMORES OVÁRICOS BENIGNOS (incluyendo quistes)	1	1	NA	1	1	1	1	A
DISMENORREA SEVERA	1	1	NA	1	1	1	2	A
ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO								
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna	1	1	NA	1	1	1	3	A
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna	1	1	NA	1	1	1	4	D
ECTROPIÓN CERVICAL	1	1	NA	1	1	1	1	A
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL	2	2	NA	1	2	2	1	A

TABLAS RESUMEN

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
CÁNCER CERVICAL (a la espera de tratamiento)	2	2	NA	1	2	2	I 4 C 2	D
ENFERMEDAD DE LA MAMA								
a) Nódulo sin diagnóstico	2	2	NA	2	2	2	1	A
b) Enfermedad benigna de la mama	1	1	NA	1	1	1	1	A
c) Historia familiar de cáncer	1	1	NA	1	1	1	1	A
d) Cáncer de mama								
(i) actual	4	4	NA	4	4	4	1	C
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años	3	3	NA	3	3	3	1	A
CÁNCER DE ENDOMETRIO	1	1	NA	1	1	1	I 4 C 2	D
CÁNCER DE OVARIO	1	1	NA	1	1	1	I 3 C 2	D
FIBROMAS UTERINOS								
a) Sin distorsión de la actividad uterina	1	1	NA	1	1	1	1	C
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	NA	1	1	1	4	C
ANOMALÍAS ANATÓMICAS								
a) Que distorsionan la cavidad uterina							4	
b) Que no distorsionan la cavidad uterina							2	

TABLAS RESUMEN									
CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF	
I = Inicio, C = Continuación									
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)									
a) Antecedentes de EPI (se presupone la ausencia de factores de riesgo de ITS)	1	1		1	1	1	I C 1 1	A	
(i) con embarazo posterior									
(ii) sin embarazo posterior	1	1	NA	1	1	1	2 2	C	
b) EPI actual	1	1	NA	1	1	1	4 2 ^l	D	
ITS									
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	1	1	NA	1	1	1	I C 4 2	D	
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	1	1	NA	1	1	1	2 2	A	
c) Vaginitis (incluidos tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	NA	1	1	1	2 2	A	
d) Mayor riesgo de ITS	1	1	NA	1	1	1	2/3 ^k 2	A	
VIH/SIDA									
ALTO RIESGO DE VIH	1	1	NA	1	1	1	I C 2 2	A	
INFECCIÓN POR VIH	1	1	NA	1	1	1	2 2	A	
SIDA	1	1	NA	1	1	1	3 2	S [▲]	
Clínicamente bien, bajo tratamiento con ARV	VER TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL								

^l Trate la EPI usando antibióticos apropiados. En general, no hay necesidad de retirar el DIU si la paciente desea seguir usándolo.

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

TABLAS RESUMEN

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
OTRAS INFECCIONES								
ESQUISTOSOMIASIS								
a) Sin complicaciones	1	1	NA	1	1	1	1	A
b) Fibrosis del hígado	1	1	NA	1	1	1	1	C
TUBERCULOSIS								
a) No pélvica	1	1	NA	1	1	1	I C 1 1	A
b) Pélvica conocida	1	1	NA	1	1	1	4 3	S
PALUDISMO								
	1	1	NA	1	1	1	1	A
TRASTORNOS ENDOCRINOS								
DIABETES								
a) Historia de enfermedad gestacional	1	1	NA	1	1	1	1	A [▲]
b) Enfermedad no vascular (i) no insulino-dependiente	2	2	NA	2	2	2	1	C [▲]
(ii) insulino-dependiente	2	2	NA	2	2	2	1	C [▲]
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4 ¹	3/4 ¹	NA	2	3	2	1	S
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	3/4 ¹	3/4 ¹	NA	2	3	2	1	S
TRASTORNOS TIROIDEOS								
a) Bocio simple	1	1	NA	1	1	1	1	A
b) Hipertiroidismo	1	1	NA	1	1	1	1	S
c) Hipotiroidismo	1	1	NA	1	1	1	1	C

¹ Evaluar de acuerdo a la severidad de la patología.

TABLAS RESUMEN								
CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES								
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR								
a) Sintomática								
(i) tratada con colecistectomía	2	2	NA	2	2	2	1	A
(ii) tratada médicamente	3	2	NA	2	2	2	1	A
(iii) actual	3	2	NA	2	2	2	1	D
b) Asintomática	2	2	NA	2	2	2	1	A
HISTORIA DE COLESTASIS								
a) Relacionada con el embarazo	2	2	NA	1	1	1	1	A
b) Relacionada con uso previo de AOC anterior	3	2	NA	2	2	2	1	A
HEPATITIS VIRAL								
a) Activa	4	3/4 ^m	2	3	3	3	1	D
b) Portadora	1	1	NA	1	1	1	1	A
CIRROSIS								
a) Leve (compensada)	3	2	NA	2	2	2	1	C [▲]
b) Grave (descompensada)	4	3	NA	3	3	3	1	S
TUMORES DEL HÍGADO								
a) Benigno (adenoma)	4	3	NA	3	3	3	1	C [▲]
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	NA	3	3	3	1	C [▲]
ANEMIAS								
TALASEMIA								
	1	1	NA	1	1	1	2	C
ANEMIA DREPANOCÍTICA								
	2	2	NA	1	1	1	2	C
ANEMIA FERROPÉNICA								
	1	1	NA	1	1	1	2	D/C [▲]

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

TABLAS RESUMEN

CONDICIÓN	AOC	AIC	AOE	APS	AMPD EN- NET	Implantes	DIU- Cu	AQVF
I = Inicio, C = Continuación								
INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS								
MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS								
a) Rifampicina	3 ⁱ	2 ⁱ	NA	3 ⁱ	2	3*	1	
b) Ciertos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbamazepina)	3 ⁱ	2 ⁱ	NA	3 ⁱ	2	3*	1	
ANTIBIÓTICOS (menos rifampicina)								
a) Griseofulvina	2	1	NA	2	1	2	1	
b) Otros antibióticos	1	1	NA	1	1	1	1	
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	2	2	NA	2	2	2	I : C 2/3 ⁿ : 2	S [▲]

ⁿ El sida es categoría 2 para la colocación para aquellas mujeres que estén bien en su terapia antirretroviral; de no ser así, es categoría 3 para la colocación.

Cuadro de referencia rápida para los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso de anticonceptivos

para iniciar o continuar el uso de anticonceptivos orales combinados (AOC), acaliato de depósito de medroprogesterona (DMIPA), enantato de noretisterona (NET-EN), dispositivo intrauterino de cobre (DIU de cobre)

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

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

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

** La evaluación debe proseguirse cuatro años.

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



6

**Logística de
Métodos
Anticonceptivos**

Logística de métodos anticonceptivos

La logística de los métodos anticonceptivos representa una de las actividades más importantes del componente de planificación familiar del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS, ya que “sin producto, no hay programa”.

La logística de los métodos anticonceptivos sigue el ciclo logístico que inicia con la selección de métodos anticonceptivos y termina con la atención al usuario como se describe en la siguiente gráfica:



Gráfica 6.1 Ciclo logístico

Para una descripción detallada de cada componente del ciclo logístico vea el Manual para la Gestión Logística de Anticonceptivos y el Manual de Normas y Procedimientos de Logística de Productos Farmacéuticos y Afines del MSPAS de Guatemala.

Sistema de información logística

En el Sistema de Información los datos logísticos deben ser registrados en todos los niveles de atención, tomando en cuenta la estandarización de formularios.

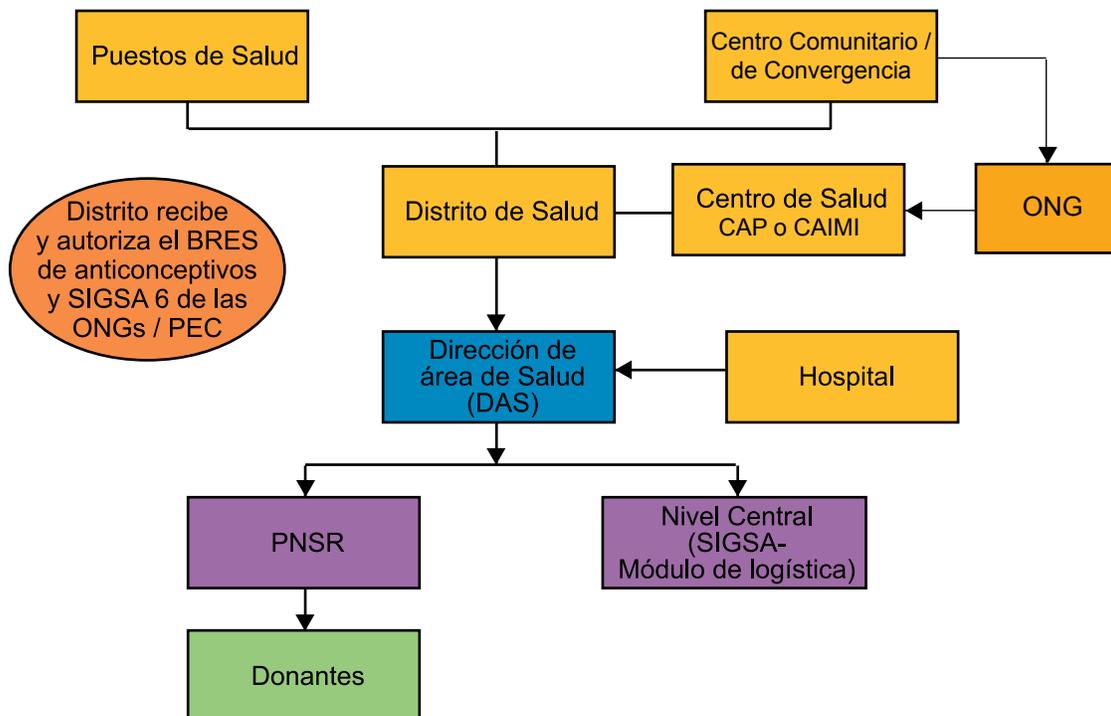
La información esencial para el manejo del sistema de logística de anticonceptivos proviene de los siguientes formularios oficiales del MSPAS:

- SIGSA P/S3, C/S4
- Tarjeta de Control de Suministros
- Registro Diario de Demanda Real
- Balance Requisición y Envío de Suministros (BRES)
- Ficha clínica y Carnet de Planificación Familiar

- Ficha clínica de la mujer para ONG prestadoras de servicios de Extensión de Cobertura

Esta información fluye desde los niveles más bajos de la red de entrega de servicios hasta el nivel central del Programa Nacional de Salud Reproductiva del MSPAS. Este proceso se describe a continuación:

Gráfica 6.2 Flujo de Información general del Sistema de Información para anticonceptivos



Para verificar los procesos, consulte el Manual de Normas y Procedimientos de Logística. Para generar información exacta y oportuna es importante que se realice conforme al calendario logístico. Todos los registros del sistema de información deben cumplir con esta norma.

En el cuadro a continuación se muestra el calendario logístico.

Cuadro 6.1. Calendario logístico

MES	Los datos a incluir para el mes deber ser los correspondientes a las siguientes fechas:
ENERO	Del 26 de diciembre al 25 de enero
FEBRERO	Del 26 de enero al 25 de febrero
MARZO	Del 26 de febrero al 25 de marzo
ABRIL	Del 26 de marzo al 25 de abril
MAYO	Del 26 de abril al 25 de mayo
JUNIO	Del 26 de mayo al 25 de junio
JULIO	Del 26 de junio al 25 de julio
AGOSTO	Del 26 de julio al 25 de agosto
SEPTIEMBRE	Del 26 de agosto al 25 de septiembre
OCTUBRE	Del 26 de septiembre al 25 de octubre
NOVIEMBRE	Del 26 de octubre al 25 de noviembre
DICIEMBRE	Del 26 de noviembre al 25 de diciembre

Condiciones de almacenamiento

Un buen abastecimiento es esencial para garantizar la disponibilidad oportuna para el consumo del usuario. Asegura que el usuario reciba el método cuando visite los servicios evitando oportunidades perdidas (visitas infructuosas a los establecimientos por falta de insumos anticonceptivos).

El tipo, la localización y el tamaño de los almacenes son factores importantes en la administración logística.

Todos los servicios de salud del MSPAS deben abastecerse de anticonceptivos con base a sus niveles máximos y mínimos (máximo 4 y mínimo 2 para la Dirección de Área de Salud –DAS-; y máximo 3 y mínimo 1 para Hospital, CAIMI, CAP, Centros de Salud, Puestos de Salud, ONG y Centros de Convergencia), para evitar el sobre abastecimiento, desabastecimiento y vencimiento. La requisición a nivel de DAS y ONG se realiza cada dos meses y para los demás servicios en forma mensual.

Cuadro 6.2. Niveles de abastecimiento mínimos y máximos

Lugar	MÍNIMO	MÁXIMO
Dirección de Área de Salud	2	4
Resto de servicios	1	3

Vida útil del producto

La vida útil de un producto es el tiempo total que puede estar almacenado sin que se afecte su efectividad, seguridad, pureza o potencia. La vida útil puede terminar antes de la fecha de expiración si el producto no se almacena adecuadamente o si se expone el anticonceptivo a condiciones adversas.

Para que la vida útil de los anticonceptivos no se vea afectada por las condiciones de almacenamiento es necesario que el almacén cumpla con las normas mínimas que se describen a continuación:

Cuadro 6.3. Normas mínimas de almacenamiento de métodos anticonceptivos

CONDICIÓN	EXPLICACIÓN
Ventilación	Previene los daños y perjuicios debido al calor excesivo
Iluminación	La exposición directa de la luz solar reduce la vida útil de los anticonceptivos. Sin embargo los almacenes/bodegas deben tener un adecuado sistema de iluminación para facilitar la localización de anticonceptivos.
Área seca	Asegurar que el lugar y el techo estén libres de filtraciones de agua para evitar la humedad y garantizar las buenas condiciones de los anticonceptivos.
Estantes y tarimas	Favorecen la circulación de aire y facilitan el almacenamiento y limpieza; además, en caso de inundación los anticonceptivos quedan resguardados.
Limpieza	Los almacenes/bodegas deben mantenerse limpios, sin polvo y deben ser desinfectados utilizando una mezcla de, por lo menos, agua y cloro para evitar insectos y roedores. Separar los insecticidas y otros productos químicos de los anticonceptivos.
Fecha de expiración/vencimiento	Todas las cajas deben tener en su empaque la fecha de expiración/vencimiento para facilitar el uso de la técnica de distribución adecuada “primero en expirar primero en entregar” (PEPE).
Sistema PEPE (Primero en Expirar, Primero en Entregar)	Garantiza que todos los anticonceptivos sean distribuidos en la fecha apropiada según el criterio PEPE.
Organización	Las cajas deben estar apiladas de tal manera que las marcas de identificación fechas de expiración/vencimiento y manufactura, No. de Lote sean visibles. Las tarimas deben estar a una distancia mínima de 10 cm del piso, 30 cm de las paredes y a una altura no mayor de 2.5 m de acuerdo a la recomendación del fabricante.
Seguridad	Asegúrese que en las puertas y ventanas existan barrotes, candados y pasadores para garantizar el resguardo de los anticonceptivos.
Sistema de registros	Los archivos de control de inventario deben ser exactos y actualizados.
Niveles adecuados de existencias	La cantidad de anticonceptivos guardada debe estar de acuerdo con los niveles de inventario máximo y mínimo establecidos.

Inspección visual	Al realizar los inventarios físicos se debe realizar inspección visual para verificar el estado del empaque y la calidad del insumo.
Espacio adecuado	Los almacenes/bodegas deben mantener el espacio adecuado para el manejo de todos los anticonceptivos, considerando envíos en tránsito y programados.

La vida útil y otra información logística de cuatro métodos anticonceptivos, se describe a continuación:

Cuadro 6.4. Vida útil y logística de métodos anticonceptivos

<p>Inyectable</p> <p>Características generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida útil 4 años • Ambiente fresco protegido de la humedad <p>Inspección visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de expiración • La separación dentro de la ampolla es común y no representa problema • La suspensión retorna al agitar la ampolla 	<p>Condón masculino</p> <p>Características generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida útil 4 años • Temperatura ideal hasta 40° C • Ambiente templado protegido de humedad • No exponer a la luz fluorescente directa que libera ozono que afecta el latex <p>Inspección visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de expiración • El empaque no debe estar roto ni amarillento
<p>Orales</p> <p>Características generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida útil 5 años • Temperatura ideal (18° - 25° C) • Baja humedad <p>Inspección visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • El empaque debe estar completo • No debe haber cambio de color en las pastillas • No debe haber reducción en la dureza de las pastillas • No debe haber rajaduras en las pastillas 	<p>T de Cobre – 380 A</p> <p>Características generales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida útil 7 años • Tiempo de inserción 10 años <p>Inspección visual</p> <ul style="list-style-type: none"> • El obscurecimiento en la T de Cobre es justificado por la interacción de productos que son utilizados durante el proceso de esterilización del anticonceptivo para empaque • No debe haber rotura o perforación en el empaque

A continuación se detalla el abastecimiento de otros métodos anticonceptivos.

Cuadro 6.5. Abastecimiento de otros métodos anticonceptivos

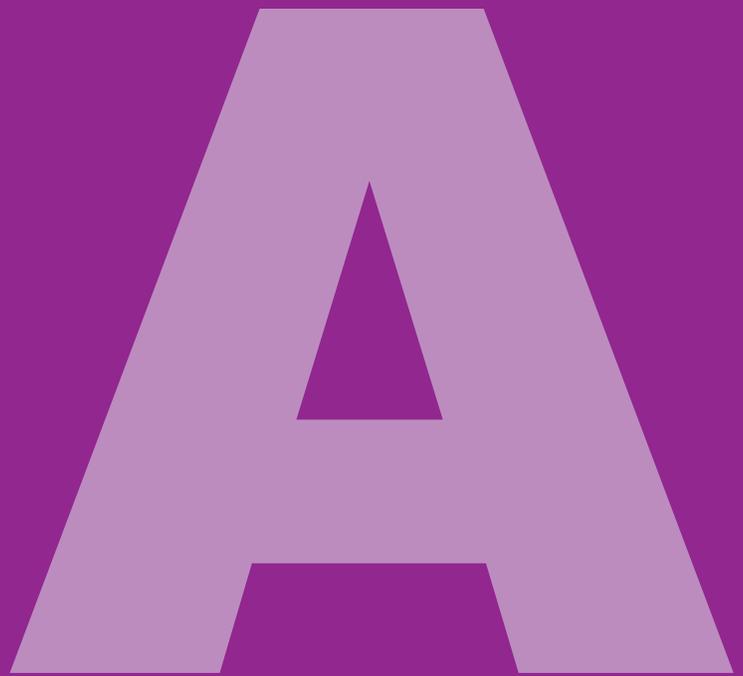
<p>Método de Días Fijos o Collar</p> <p>Abastecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La usuaria necesita que se le provea un Collar plástico o un carné del Collar (Anexo de Hoja del Collar) • Se le indicará a la usuaria que debe asistir a control al servicio más cercano si desea utilizar condón en los días fértiles de su ciclo para que se le provean 	
<p>AQV FEMENINO</p> <p>Abastecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este método no necesita de abastecimiento, pero indique a la usuaria que debe asistir a control al servicio más cercano luego de 7 a 10 días post operación o antes, en caso se presente alguno de los signos de alarma antes mencionados 	<p>AQV MASCULINO (VASECTOMIA)</p> <p>Abastecimiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Este método necesita de abastecimiento de condones para 12 semanas post operación • Entregue 24 condones para 12 semanas (3 meses) o la cantidad que solicite el usuario

LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

Las disposiciones de la ley deben ser aplicadas en el ámbito nacional en todos los establecimientos de educación primaria y secundaria, y en todos los establecimientos de la red pública de salud.

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS) y otras entidades públicas y privadas del sector salud, deberán garantizar mantener en forma sostenible todos los métodos modernos de espaciamiento de embarazos en los establecimientos de la red pública de salud, que permita responder adecuadamente a la demanda de la población y asegure el acceso universal a dichos métodos.



Anexos

ANEXO 1

Consentimiento informado en Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) Masculina y Femenina

Definición

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

Objetivos

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

Consideraciones importantes

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

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

Normas

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

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

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

En la página siguiente encontrará un formulario con 14 espacios en blanco los cuales deberán ser completados a mano con letra legible o a máquina, con la mayor veracidad posible. Es indispensable que sea completado en su totalidad sin ningún tipo de presión o coacción hacia el/ la usuario/a de AQV.

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

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

Para completar los datos es necesario tener a la vista la cédula del usuario/a y la del o la testigo.

A continuación se le presentan la explicación de los espacios que encontrará en el formulario, numerados de 1 al 14:

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

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



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
PROGRAMA NACIONAL DE SALUD REPRODUCTIVA
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA AQV



Registro médico No: 1

Yo 2 _____
(Nombre completo del/a usuario/a)

De 3 años, con 4 hijos vivos (si es mujer, actualmente con 5) o sin 6 embarazo de 7 meses). Manifiesto en forma expresa que voluntariamente me presenté al Hospital o Centro de Salud de: 8 _____

para solicitar y autorizar se me practique la Esterilización Quirúrgica (la operación)
Dejo constancia que se me ha explicado ampliamente que:

- Existen otros métodos temporales que puedo usar para planificar mi familia como métodos de abstinencia (naturales), orales (la pastilla), inyectables, dispositivos intrauterinos, condones y otros métodos.
- La operación es un método quirúrgico y como tal tiene posibles riesgos.
- La operación como todo procedimiento quirúrgico, puede producir dolor o molestias durante y después de efectuada.
- Es un método permanente y por tanto no podré tener más hijos(as).
- Puedo cambiar de opinión en cualquier momento, incluyendo en la sala de operaciones y decidir que no se efectúe el procedimiento de esterilización que solicito, y la institución me dará atención médica cuando lo necesite.
- Existe la posibilidad que la operación falle, de 200 mujeres operadas, una puede quedar embarazada y de 1000 hombres operados, uno puede embarazarse a su pareja.
- Solo el condón protege contra Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/sida durante las relaciones sexuales.

Hago constar que libero a la institución, ejecutivos y personal de la clínica, de cualquier reclamo, demanda, acción o remuneración por daños o perjuicios que puedan resultar de esta operación.

Doy fe que estoy de acuerdo con los puntos anteriores, los entiendo claramente y me responsabilizo por ellos ante la institución, y que la presente ha sido leída por mí o por el testigo en mi presencia.

Lugar y fecha 9 _____

10 _____
(Firma y/o huella digital del paciente y No. de Cédula)

11 _____
(Firma de la persona que atendió)

NOTA:

- Si la persona no sabe leer, el proveedor de servicio será encargado de leer, despacio y verificando la comprensión, las observaciones anteriores.
- Si la persona no sabe el idioma español, se buscará un intérprete de su mismo sexo preferentemente y en su idioma materno para la orientación y lectura del acuerdo anterior

Actúa como testigo (cualquier persona mayor de edad):

Yo 12 _____ que me identifico con No. de Cédula 13 _____
soy testigo que el/la paciente, ha impreso su firma y/o huella digital en mi presencia.

(F) 14 _____
(Firma o huella digital del testigo)

ANEXO 2

¿Quién puede recetar o proveer métodos de planificación familiar?

Cuadro A2-1. ¿Quién puede recetar/proveer métodos de planificación familiar?

Métodos de Planificación Familiar

Proveedor de Salud	AQV (Femenina y Masculina)	T de Cobre (DIU)	Inyectables de Progesterona (Inyección)	Anticonceptivos Orales Combinados (Pastilla)	Condón	Métodos Naturales
Médico Hospitalario/CAIMI/ Maternidad Cantonal	X	X	X	X	X	X
Médico Centro de Salud		X	X	X	X	X
Médico Ambulatorio		X*	X	X	X	X
Enfermera Profesional		X*	X	X	X	X
Auxiliar de Enfermería capacitada en Atención Materno Neonatal		X*	X	X	X	X
Enfermera Ambulatoria		X*	X	X	X	X
Facilitador Institucional			X*	X	X	X
Técnico en Salud Rural			X*	X	X	X
Facilitador comunitario				X*	X*	X*
Promotor, guardián y vigilante de salud				X*	X*	X*
Comadrona tradicional capacitada				X*	X*	X*

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

* Personal previamente capacitado y debidamente supervisado.

ANEXO 3

Ficha Clínica de Planificación Familiar

Definición

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

Descripción

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

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

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

La importancia de la Ficha Clínica de Planificación Familiar radica en que:

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

Consideraciones importantes

Debido a que en el MSPAS existe una cantidad significativa de fichas se utilizarán las que están en existencia con las consideraciones siguientes:

- La ficha presenta al frente el nombre de del Programa Nacional de Salud Reproductiva
- El nombre del instrumento es Ficha Clínica de Planificación Familiar

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

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

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

Instructivo para llenar la ficha clínica de planificación familiar

La Ficha Clínica de Planificación Familiar se utiliza para el seguimiento de todos los usuarios de métodos anticonceptivos dentro del MSPAS. Deberá ser llenada en centros de convergencia, puestos de salud, centros de salud, CAP (Centros de Atención Permanente), CAIMI (Centros de Atención Integrada Materno Infantil), maternidades cantorales, hospitales distritales y regionales, y todas las instituciones que brinden servicios de Planificación Familiar, incluyendo la consejería en métodos naturales.

De acuerdo a la organización del establecimiento de salud, se designará a la persona o personas responsables de anotar los datos en la Ficha Clínica de Planificación Familiar y mantener actualizadas las fichas, anotando los datos necesarios durante cada visita del usuario al servicio de salud.

Información específica

El anverso de la Ficha Clínica de Planificación Familiar está dividido en cuatro apartados y el reverso se encuentra dividido en dos apartados de los cuales sólo el primero se utilizará.

A continuación se describen los 4 apartados del anverso y uno en el reverso:

1. Identificación

Nombres y apellidos

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

Ejemplo:

Si tiene dos apellidos y es casada:

- Toledo Solórzano de Peláez, Juana María

Si tiene dos o un apellidos y no es casada:

- Reyes Morales, Alejandra Cecilia
- López, Carmen Florida

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

Domicilio

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

Ejemplos:

Si hay dirección completa:

- 7ª. Calle 4-24 Zona 2, Quetzaltenango

Si no hay dirección completa:

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

Edad

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

Ejemplo:

- Edad: 21

Sexo

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

Ejemplo:

- Sexo: F _____ X _____ M _____

Gestas

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

Ejemplo:

- Gestas: _____ 5 _____

Partos

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

Ejemplo:

- Partos: 3

Abortos

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

Ejemplo:

- Abortos: 1

No. de hijos vivos

Apuntar en números los hijos vivos de la usuaria actualmente

Ejemplo:

- No. de hijos vivos : 4

No. Cesáreas

Anote el número de cesáreas que haya tenido la usuaria

Ejemplo:

- No. Cesáreas: 1

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

Fecha de admisión al programa

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

Ejemplo:

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

A continuación aparecen dos recuadros, uno a la izquierda y otro a la derecha, dividido cada uno verticalmente en dos columnas con el título de método en una y el código en la otra. En la primera se enumeran todos los métodos; en la segunda se le asigna un código o número a cada método que identifica. (Nota: AQV se refiere a la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina o Masculina – Vasectomía-)

Cuadro A3-1. Códigos de método seleccionado

METODO	CODIGO	METODO	CODIGO
NATURAL	1	DIU	5
ORAL	2	TABLETA	6
CONDON	3	AQV	7
DEPO PROVERA	4	OTRO	8

Método seleccionado

Aparece una hilera de seis casillas. En la primera de ellas anotar el código del método elegido por la persona la primera vez. La persona puede elegir el condón en combinación con cualquier otro método y en ese caso se usarán dos casillas. Si la persona decide cambiar de método, entonces se usará la siguiente casilla. El último código anotado debe corresponder al método que la persona está usando en la fecha que llega a consulta o a su cita

Ejemplo:

Cuadro A3-2. Ejemplo de método seleccionado

MÉTODO SELECCIONADO

3. Cantidad de anticonceptivos entregados

Cantidad de anticonceptivos entregados

El recuadro consta de 13 columnas. La primera de ellas corresponde a los años 2008 a 2012; las siguientes columnas corresponden a los meses del año; en cada casilla anotar la cantidad de ciclos, condones, DIU o ampollas administradas o que se entregan a la persona según el método elegido, en la primera consulta y en las subsiguientes

Ejemplo:

Cuadro A3-3. Ejemplo de cantidad de anticonceptivos entregados

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2007												1
2008			1			1			1			1
2009			1									
2010												
2011												

El método ejemplificado es la Depo Provera

4. Control de citas

Control de citas

El recuadro consta de 13 columnas, la primera de ellas corresponde al año. En cada una de las casillas anotar 2008 a 2012. Las siguientes columnas corresponden a los meses del año. En cada casilla anotar la fecha del día que la persona va a asistir a su cita. (Nota: Para asignar fecha de cita considerar días festivos, actividades especiales del establecimiento de salud o compromisos y migración o viaje de las personas)

Ejemplo:

Cuadro A3-4. Ejemplo de control de citas

AÑO	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
2007												10
2008			7			6			11			8
2009			7			7						
2010												
2011												

La parte posterior de la ficha consta de dos apartados que son:

5. Continuidad en el uso del método y observaciones

Abandono del método

En la línea escriba el método que la persona va a dejar de usar, la fecha (día, mes y año) en que lo dejará o dejó de usar y la causa del abandono (por ejemplo, si es por intolerancia, deseo de un embarazo o deseo de cambiar de método)

Ejemplo:

- Abandono de método: X Fecha: 14-04-08 Causa: Desea embarazo

Cambio de método

Cuando la persona cambia de método se marca y se anota también la fecha y la causa del cambio

Ejemplo:

- Cambio de método: X Fecha: 27-07-08 2008 Causa: Quiere pastillas

Observaciones

En estas líneas se puede anotar datos de importancia del abandono y cambio de métodos

Ejemplo:

La paciente abandonó la Depo Provera porque quiere ver su regla. No sabe qué método va a usar, piensa que “va a dejar descansar su cuerpo”

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

**MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL
SISTEMA DE INFORMACION GERENCIAL DE SALUD
Programa Materno Infantil
FICHA INDIVIDUAL DE SALUD FAMILIAR**

Nombres y Apellidos: _____

Domicilio: _____

Edad: _____ Sexo: F _____ M _____

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

No. Cesáreas _____ No. de Cesáreas _____

Fecha Admisión al Programa de Planificación Familiar: _____

MÉTODO	CÓDIGO	MÉTODO	CÓDIGO
NATURAL	1	DIU	5
ORAL	2	TABLETA VAGIN	6
CÓNDO	3	AGV	7
DEPOPROVERA	4	OTROS	8

MÉTODO SELECCIONADO

CANTIDAD DE ANTICONCEPTIVOS ENTREGADOS

AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
2007												
2008												
2009												
2010												
2011												

CONTROL DE CITAS

MES AÑO	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

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

Abandono de método: _____ Fecha _____ Causa _____

Cambios de método: _____ Fecha _____ Causa _____

Observaciones: _____

CONTROL DE PESO Y PRESION ARTERIAL

AÑO		ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.
1999	PESO												
	PIA												
2000	PESO												
	PIA												
2001	PESO												
	PIA												
2002	PESO												
	PIA												
2003	PESO												
	PIA												

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

Además de la ficha clínica de planificación familiar, cada usuario/a debe tener su carnet de planificación familiar.

ANEXO 4

Barreras médicas

En Guatemala el estudio de barreras médicas para la prestación de servicios en 2003, identificó restricciones para la entrega de métodos anticonceptivos por parte de los prestadores de servicios de salud quienes establecen criterios de elegibilidad no justificados ya sea por edad (no entregan métodos anticonceptivos a adolescentes), paridad (exigen que tenga un hijo previo a entregar un método), solicitud de autorización por parte del cónyuge para optar a algún método anticonceptivo y contraindicaciones médicas no justificadas.

Los servicios de salud reproductiva que incluyen la orientación o consejería como uno de sus componentes fundamentales, mejoran los niveles de aceptación, continuidad en sus métodos, satisfacción de sus solicitantes, eficacia y buena calidad en sus servicios.

El espaciamiento de los nacimientos ofrece a las familias muchos beneficios, entre ellos mejor salud materna, mejor salud infantil y libertad reproductiva individual. A pesar de estos beneficios, el acceso a los servicios de salud reproductiva se ve limitado muchas veces por barreras causadas debido a las actitudes particulares y prácticas innecesarias o inapropiadas de los prestadores de salud.

Las barreras médicas son “las políticas, las prácticas y los procedimientos innecesarios basados en parte por la racionalidad médica y que resultan en un impedimento o negación científicamente injustificadas a los métodos anticonceptivos.”

Tipos de barreras médicas o institucionales

- **Criterios inapropiados de elegibilidad:** Son aquéllos que limitan el acceso por el requerimiento de un nivel de paridad (número de hijos) o de edad mínima o del consentimiento del cónyuge. Por ejemplo, los proveedores pueden negar los métodos anticonceptivos a las mujeres si no tienen el consentimiento del esposo, si no han tenido un hijo o no dar la píldora a una mujer mayor de 35 años por considerar esta edad como máxima para su uso.
- **Condiciones o precauciones no justificadas:** Son el resultado de una interpretación conservadora de las contraindicaciones, la información no actualizada o las percepciones erróneas sobre un método en particular. Por ejemplo, la diabetes, el uso de la píldora durante más de un año, la presencia de várices, son condiciones injustificadas desde el punto de vista médico y restringen innecesariamente la provisión de anticonceptivos orales.
- **Obstáculos innecesarios en el procedimiento:** Se da cuando los proveedores establecen procedimientos útiles sólo para el establecimiento de salud y el aprovechamiento de la oportunidad durante la consulta, pero no necesarios para el uso del método. Por ejemplo requerir exámenes de sangre para proveer la pastilla, examen ginecológico o papanicolau para el uso de la pastilla o condones, horarios o días específicos para estos servicios, pueden aumentar los costos para los usuarios e imponer restricciones al acceso de métodos anticonceptivos.

- **Prejuicios del proveedor:** Cuando el proveedor presenta actitudes o preferencias hacia ciertos métodos anticonceptivos, derivadas de información insuficiente o inadecuada sobre la seguridad y la eficacia de métodos específicos, puede afectar la selección libre del usuario. Por ejemplo, esta barrera es manifiesta cuando el proveedor rehúsa proporcionar anticonceptivos orales con base en sus creencias de que puede causar cáncer o piensa que el método de lactancia amenorrea no es confiable y por ello no da consejería sobre el mismo.
- **Restricciones al proveedor:** Con frecuencia existe la percepción que ciertos métodos anticonceptivos sólo pueden ser suministrados por médicos; sin embargo, hay pruebas amplias de que hasta los procedimientos especializados pueden ser llevados a cabo por personal bien capacitado y con educación formal. Por ejemplo, el suministro de métodos hormonales puede ser realizado por personal comunitario bien capacitado y supervisado.
- **Barreras reglamentarias:** Cuando las leyes, las políticas y los reglamentos restringen la importación o la disponibilidad de métodos anticonceptivos, existen estas barreras.
- Las razones que contribuyen a estas barreras son diversas. Sin embargo, una de las más importantes es la falta de información actualizada o desconocimiento de los riesgos y los beneficios de la tecnología anticonceptiva por parte del personal de salud; son también razones la capacitación inadecuada al personal sobre de los avances científicos recientes y la seguridad de los métodos anticonceptivos.

Repercusiones de las barreras para los usuarios

Algunas de las repercusiones que la existencia de las barreras tiene para los usuarios son las siguientes:

- **Limitan su acceso:** Los criterios inapropiados en la selección de un método anticonceptivo, tales como la edad, la paridad y/o el consentimiento conyugal, limitan a muchas personas en su deseo de espaciar o limitar su fecundidad.
- **Aumentan el costo del servicio o del método para el usuario:** Las pruebas de laboratorio innecesarias elevan el costo del servicio creando una barrera económica a los usuarios.
- **Limitan las opciones en la selección de un método:** Las actitudes, preferencias y prácticas del proveedor, basadas en información incorrecta o incompleta, pueden resultar en insuficientes opciones de métodos para el usuario quien no podrá actuar acorde a sus deseos e intenciones reproductivas.

- Restringen la información que se da al usuario negándole el derecho a una elección informada: La información no actualizada, las malas interpretaciones y las preocupaciones personales acerca de algunos métodos por parte del proveedor, desalientan al usuario a usar ciertos métodos, e impiden que las personas tomen sus propias decisiones.

En conclusión, las barreras médicas o institucionales no sólo limitan el acceso a los métodos anticonceptivos, sino que afectan la calidad de los servicios que se prestan a los usuarios, al no permitirles ejercer sus derechos a recibir información clara y completa y a tomar sus propias decisiones para concretar sus intenciones y deseos reproductivos.

ANEXO 5

Espaciamiento óptimo entre embarazos

Los nuevos estudios muestran que la espera de tres años entre un nacimiento y el siguiente, o dos años entre un nacimiento y el siguiente embarazo, es mejor para los niños/as. Los niños/as nacidos 3 años después de un nacimiento anterior tienen la probabilidad 1.5 veces mayor de sobrevivir hasta los cinco años de edad que los niños/as nacidos en intervalos de 2 a 3 años, y una probabilidad aproximada 2.5 mayor de sobrevivir que los niños/as nacidos con intervalos menores de 2 años. Las mujeres que dejan intervalos de 3 años entre los nacimientos no solo tienen bebés más sanos sino que ellas gozan de mejor salud.

Por largo tiempo se ha sabido que si se evitan los nacimientos muy seguidos la salud del niño/a se beneficia. En numerosos estudios se encontró que los niños nacidos por lo menos con 2 años de diferencia con el niño anterior tenían más probabilidades de sobrevivir que los niños/as nacidos en intervalos menores de 2 años. Además, es menos probable que los bebés que nacen con intervalos menores de dos años sean prematuros, tengan un bajo peso al nacer y estén mal nutridos, lo cual se refleja en retardo del crecimiento en los primeros años de vida. Las probabilidades de supervivencia del niño/a siguiente al más pequeño también mejora cuando media por lo menos un intervalo de 2 años entre los dos.

Si comparamos mujeres con intervalos intergenésicos de 27 meses a 32 meses con las mujeres que vuelven a dar a luz 9 a 14 meses más tarde, las primeras tienen menos probabilidades de experimentar hemorragias del tercer trimestre, e inclusive placenta previa y desprendimiento placentario, ruptura prematura de membranas, anemia y endometritis puerperal.

Con frecuencia se citan varios mecanismos biológicos para explicar de qué manera los intervalos intergenésicos cortos afectan la mortalidad materna e infantil. Entre éstos podemos mencionar el síndrome de agotamiento materno. Por largo tiempo se ha sabido que los intervalos genésicos cortos no dejan a la madre tiempo suficiente para reponer sus reservas nutricionales después del parto y el amamantamiento, y esto afecta su peso y su índice de masa corporal.

Para las parejas las decisiones sobre el espaciamiento de los nacimientos pueden ser más complejas aún que decidir cuándo comenzar a tener hijos y cuándo dejar de tenerlos; las parejas consideran los beneficios del espaciamiento más prolongado de los hijos frente a las desventajas sociales y económicas que les reporta.

Los intervalos intergenésicos más largos son mejores para la salud de las mujeres y sus hijos también por otra serie de razones. Permiten que los padres dediquen más tiempo a cada hijo durante la infancia y se disponga de más tiempo para otras actividades además de las del cuidado del bebé.

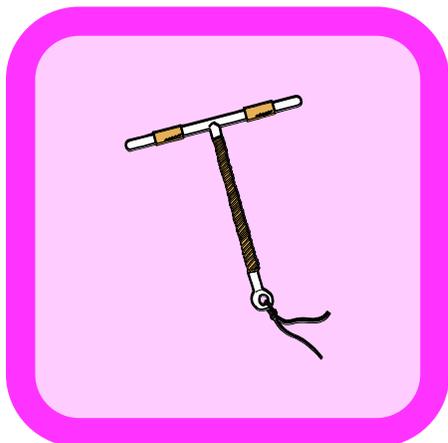
Esto ejerce menos presión en las finanzas de la familia. Sin embargo, estos no son los únicos factores considerados por la pareja al decidir acerca del espaciamiento de los hijos.

Muchas parejas toman en cuenta la manera en que los intervalos genésicos afectan el empleo de la madre y otras actividades. Las mujeres que trabajan fuera del hogar tienden a dejar intervalos más cortos entre cada nacimiento a fin de completar rápidamente la familia.

Las parejas y los individuos deben tomar sus propias decisiones acerca del espaciamiento óptimo entre el nacimiento de un niño y el siguiente embarazo, basándose para ello en la información correcta y oportuna recibida junto con la variedad de métodos anticonceptivos que ellos pueden escoger. Los proveedores y programas de Planificación Familiar tienen la responsabilidad de ayudarlos con información, motivación y consejería a tomar las mejores decisiones y a respetar las decisiones que las personas y las parejas tomen.

El algoritmo de consejería balanceada de planificación familiar cuenta con una tarjeta sobre el espaciamiento ideal entre embarazos que debe servir al/ a la consejero/a para motivar y dar información al individuo o pareja acerca de esta importante consideración.

Técnicas y procedimientos



T de Cobre (DIU)

Material y equipo necesario

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

- Agua y jabón
- Una fuente de luz (lámpara cuello de ganso o linterna)
- Un espéculo vaginal
- Un tenáculo de un sólo diente (pinza de possí)
- Un histerómetro
- Una pinza de anillos (Foerster)
- Una tijera
- Una copa o vaso para el antiséptico
- Torundas o gasas estériles
- Guantes desechables
- T de Cobre en paquete estéril

NOTA: De no contar con el equipo mínimo necesario, postergar la inserción y ofrecer otro método temporalmente.

Inserción de la T de Cobre de intervalo

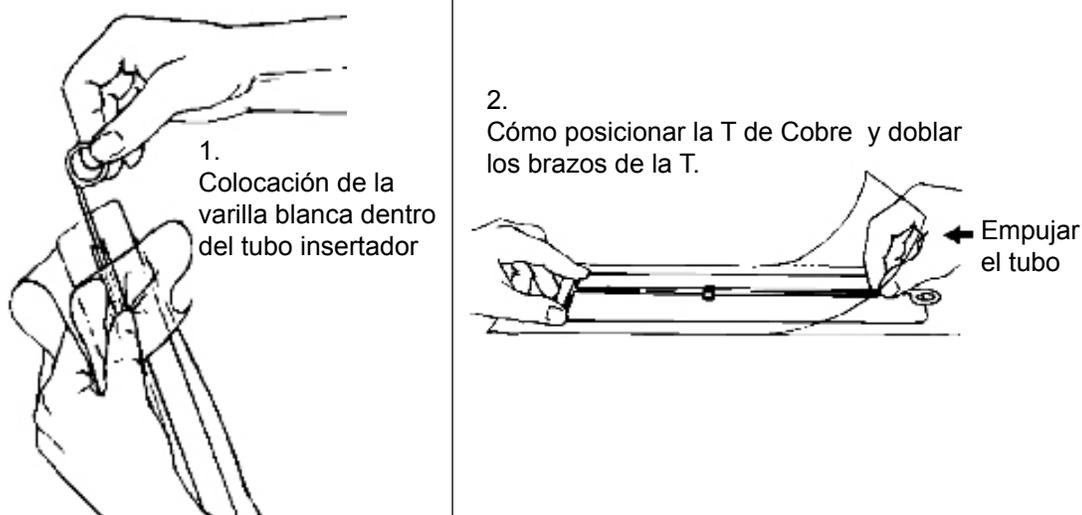
Regla de oro para la inserción de la T de Cobre:

Todo lo que se hace en el momento de insertar o retirar la T de Cobre puede y debe hacerse lenta y suavemente.

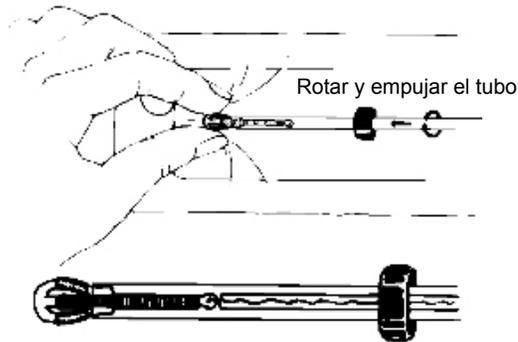
1. Solicite a la usuaria que vacíe la vejiga.
2. Lávese las manos, antes y después del procedimiento.
3. Hable con la usuaria durante el procedimiento, tranquilizándola y explicándole paso a paso el procedimiento.

4. Colóquese los guantes desinfectados. (No es necesario usar guantes estériles, a menos que se toque la T de Cobre directamente).
5. Realice el examen bimanual, determinando la posición del útero, presencia de embarazo, anomalías o señales de infección (dolor a la movilización uterina).
6. Introduzca el espéculo vaginal con delicadeza, inspeccionando el cérvix para detectar señales de infección (salida de secreción purulenta).
7. Aplique una solución antiséptica eficaz en el cérvix (hexaclorofeno, povidona yodada).
8. Coloque el tenáculo en el labio anterior del cuello, lentamente, hasta la primera muesca y halar suavemente a través del canal cervical en el eje.
9. Mida la longitud útero (histerometría) para que la parte superior del insertador toque el fondo, previniendo expulsiones o perforaciones. Pasar el histerómetro estéril, lenta y suavemente, a través del canal cervical, manteniendo la tracción del tenáculo. Cuando sienta una resistencia leve significa que ha llegado al fondo del útero. Retire el histerómetro y determine el largo de la cavidad por el nivel del moco o sangre dejado en el histerómetro y traslade esta medida al insertador de la T de Cobre utilizando el medidor de profundidad azul.
10. Confirme la posición, si hay obstrucciones del canal cervical, dirección del mismo y de la cavidad uterina.
11. Cargue la T de Cobre dentro del paquete estéril, sin tocarla directamente. (Vea las figuras de la técnica de cargar la T de Cobre en el paquete estéril). No se debe cargar si no se va a insertar.

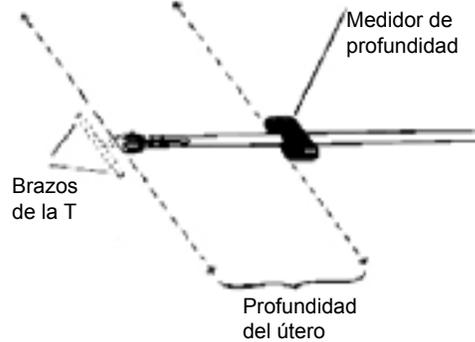
Figura A6-1, A6-2, A6-3, A6-4 y A6-5 Cómo cargar la T de Cobre en el paquete estéril



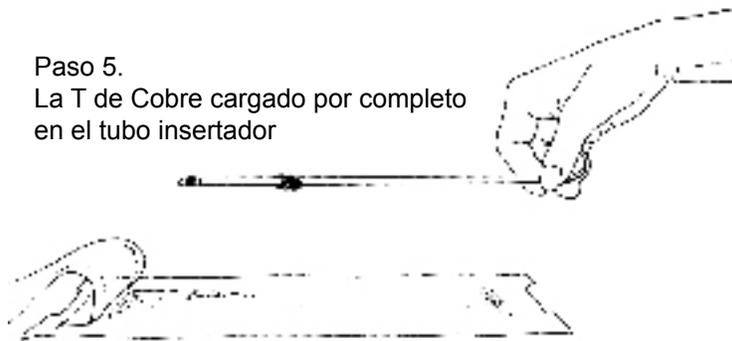
3. Cómo insertar los brazos plegados de la T de Cobre al tubo insertador



4. Cómo usar el medidor de profundidad azul para marcar la profundidad del útero en el tubo insertador



Paso 5.
La T de Cobre cargado por completo en el tubo insertador



12. Tome el tenáculo y hale suavemente hacia adelante y abajo y luego introduzca el aplicador a través del canal endocervical y hacia arriba hasta que la T de Cobre haga contacto con el fondo uterino. El medidor de profundidad azul debe quedar en el cuello uterino.
13. Para liberar la T de Cobre, saque el aplicador no más de media pulgada mientras se mantiene inmóvil la varilla blanca. Retire la varilla blanca mientras se mantiene el aplicador inmóvil. Empuje nuevamente el aplicador hasta el fondo uterino para mantener la T en el mismo.
14. Extraiga el aplicador del cuello. Extraiga el tenáculo delicadamente. Presione las lesiones hechas por las puntas del tenáculo con gasa o torunda.
15. Corte los hilos con las tijeras. Deje cerca de 3 cm fuera del cuello. Observe por 30 segundos para asegurarse que no haya expulsión la T de Cobre y que el cuello uterino ya no sangra.
16. Retire el espéculo. Mantenga acostada a la usuaria por unos minutos. Mientras tanto, proporcione las recomendaciones necesarias de seguimiento y consulta por efectos secundarios. Haga cita para revisión y dé prescripción de analgésicos por dolor.
17. Coloque todos los instrumentos utilizados y guantes reutilizables en una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos para descontaminación antes de la limpieza.
18. Elimine adecuadamente los desechos contaminados (artículos contaminados con sangre u otros fluidos corporales). Transpórtelos en recipientes con tapa/cubierta hasta el sitio donde se eliminarán.

Inserción de la T de Cobre posparto

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

1. Si la inserción es post placenta, confirme la expulsión completa de la placenta. Practique un masaje en el útero hasta cuando adquiriera una consistencia firme y haya cedido el sangrado.
2. Si se trata de un parto vaginal y la mujer tiene antecedentes de cesárea, colóquese guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel y palpe manualmente la cicatriz para identificar cualquier posible ruptura; hay que tener precaución para evitar colocar la T de Cobre (DIU) a través de esta ruptura.
3. Examine el cérvix para averiguar si hay lesión, utilizando una valva o un espéculo, si es necesario.
4. Examine visualmente la T de Cobre (DIU) antes de la inserción.
5. Use guantes o instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel únicamente cuando tome la T de cobre (DIU).
6. Tome la T de Cobre (DIU) con cualquiera de las pinzas de anillos de 10 ó 12 pulgadas.
7. Coloque una valva o un espéculo y observe el labio anterior del cérvix.
8. Tome el labio anterior del cérvix con una pinza de anillos.
9. Sostenga el cérvix y manténgalo visible mientras se introduce la T de Cobre (DIU) por el mismo hacia la porción inferior del útero; debe recordar que la T de Cobre no debe tocar las paredes de la vagina.
10. Retire la mano que está sosteniendo el cérvix con la pinza de anillos y colóquela sobre el abdomen.
11. Estabilice el útero externamente haciendo una presión firme en la pared abdominal.
12. Dirija la T de Cobre (DIU) hacia el fondo de la cavidad uterina. Para ello, dirija la pinza paralela al plano de la usuaria hasta atravesar el segmento inferior que ofrece cierta resistencia y luego diríjala en sentido ventral “hacia el ombligo” hasta el fondo uterino.
13. Con la mano que se encuentra en el abdomen y la pinza que inserta la T de Cobre (DIU), confirme que el dispositivo se ha colocado en el fondo uterino.
14. Después de soltar la T de cobre (DIU), retire suavemente la pinza, con sus ramas abiertas, para evitar halar el hilo entre ellas.

15. Examine la vagina. Si los hilos están visibles, la T de Cobre (DIU) se ha colocado demasiado bajo y se debe reinsertar (no ha quedado en el fondo uterino).

Inserción durante la cesárea

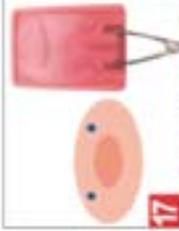
Este método es fácil de colocar durante la cesárea.

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

Retiro de la T de Cobre

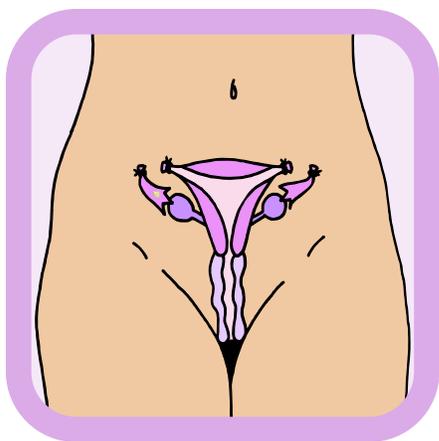
1. Las extracciones normales se pueden realizar en cualquier momento del ciclo menstrual.
2. Para evitar que se rompan los hilos, haga una tracción suave y sostenida y extraiga la T de Cobre lentamente.
3. Si no se puede extraer la T de Cobre con una tracción suave, dilate el cuello con dilatadores.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

Pasos para la inserción del DIU

					
1 Conseja sobre métodos del DIU	2 Preparar a la paciente	3 Preparar equipo y asistir a paciente	4 Quítase las joyas y lávese las manos con agua y jabón	5 Realice palpación del abdomen	6 Colóquese guantes
					
12 Realice examen bimanual	11 Retire espéculo y colóque en cloro 0.5%	10 Inserte el espéculo	9 Inserte el espéculo	8 Revise que el equipo está listo	7 Limpiar genitales externos
					
13 Quítase los guantes y colóquelos en cloro 0.5%	14 Cargue el DIU "Técnica de no tocar"	15 Póngase guantes otra vez	16 Coloque espéculo, limpie el cérvix	17 Coloque el tenáculo en cérvix	18 Mida profundidad del útero con histérometro
					
19 Inserte DIU "Técnica de retro", corta hilos	20 Retire tenáculo, presión en puntos sangrantes	21 Retire espéculo y guantes, colóquelos en cloro 0.5%	22 Lávese las manos con agua y jabón	23 Informe qué hacer en caso de dolor o sangrado	24 De consejería a la paciente para control

Pasos para el retiro del DIU

 <p>1</p>	<p>Consejería sobre cómo se siente con el método, porque lo desea retirar</p>	 <p>2</p>	<p>Prepare a la paciente, indique que orine, se quite la ropa interior y se acuesta</p>	 <p>3</p>	<p>Revise el equipo</p>	 <p>4</p>	<p>Lávese y séquese las manos</p>	 <p>5</p>	<p>Colóquese guantes</p>	 <p>10</p>	<p>Limpie el cérvix 2 veces con antiséptico</p>	 <p>9</p>	<p>Observe cérvix, busque los hilos de la T de Cobre</p>	 <p>8</p>	<p>Introduzca espéculo, observe la vagina</p>	 <p>7</p>	<p>Prepare equipo</p>	 <p>6</p>	<p>Limpie genitales externos</p>	 <p>11</p>	<p>Identifique los hilos y traccione con pinza la T de Cobre</p>	 <p>12</p>	<p>Extraiga la T de Cobre y muéstre a la paciente</p>	 <p>13</p>	<p>Coloque el equipo y guantes en yodo 0.5%</p>	 <p>14</p>	<p>Lávese y séquese las manos</p>	 <p>15</p>	<p>Proporcione consejería a la paciente, informe de otros métodos disponibles</p>
---	---	---	---	--	-------------------------	---	-----------------------------------	---	--------------------------	--	---	---	--	--	---	---	-----------------------	---	----------------------------------	---	--	---	---	--	---	---	-----------------------------------	---	---



Esterilización Quirúrgica Voluntaria Femenina

(OPERACIÓN DE LA MUJER)

Equipo mínimo necesario para realizar la operación de la mujer

Clínica de evaluación preoperatoria

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

Sala de operaciones

- Mesa quirúrgica con facilidad de trendelemburg
- Equipo laparoscópico (para procedimiento con anillos o clips)
- Máquina de anestesia
- Equipo de resucitación

Equipo de minilaparotomía

- Espéculo bivalvo
- Pinza de possi o tenáculo uterino
- Elevador uterino (Rhamatibodi u Osathanondh)
- Gasas estériles
- Solución estéril
- Sonda vesical
- Vasija arriñonada
- Separadores de Farabeuf y Army and Navy
- 1 tijera de Mayo curva
- 1 pinza de disección con dientes
- 1 pinza de disección sin garra

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

Descripción del procedimiento

Cuándo realizarla

- En cualquier momento del ciclo menstrual estando razonablemente seguro que la usuaria no está embarazada
- Días 6–13 del ciclo menstrual (Fase proliferativa de ciclo preferentemente)

Posparto

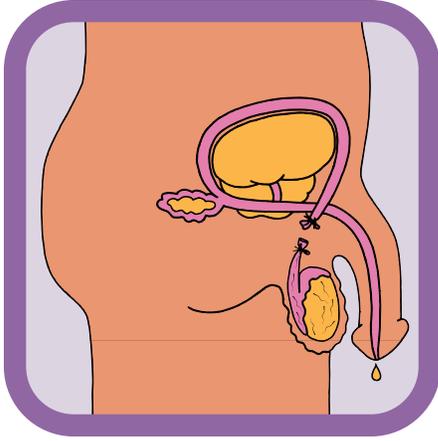
- Minilaparotomía: En los primeros 2 días del posparto, o hasta después de los 56 días
- Laparoscopia: No es apropiada para pacientes en el posparto; esperar hasta la sexta semana después del parto

Post aborto

- Primer trimestre: Inmediatamente o en los primeros 7 días, si no hay evidencia de infección pélvica (minilaparotomía o laparoscopia)
- Segundo trimestre: Inmediatamente o en los primeros 7 días si no hay evidencia de infección pélvica (minilaparotomía solamente)

Minilaparotomía

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



Esterilización Quirúrgica Voluntaria Masculina (VASECTOMIA)

Equipo necesario para realizar la vasectomía

Clínica de evaluación pre operatoria

- Camilla
- Lámpara de cuello de ganso
- Esfigmomanómetro
- Estetoscopio
- Banco giratorio
- Carro de curaciones
- Balanza
- Termómetro oral
- Sala de operaciones
- Mesa quirúrgica con facilidad de Trendelenburg
- Gasas estériles
- Solución estéril
- Vasija arriñonada
- 1 pinza de disección con dientes
- Un porta agujas pequeño y un hilo de catgut No. 00 con aguja chica o sutura de ácido poliglicólico No. 000 con aguja chica
- Una tijera de Metzenbaum curva
- 3 pinzas hemostáticas (mosquitos)
- Bisturí con hoja No. 11
- Jeringa de 10 ml, conteniendo 5 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina y 5 ml de bupivacaína al 0.5%
- Equipo de resucitación

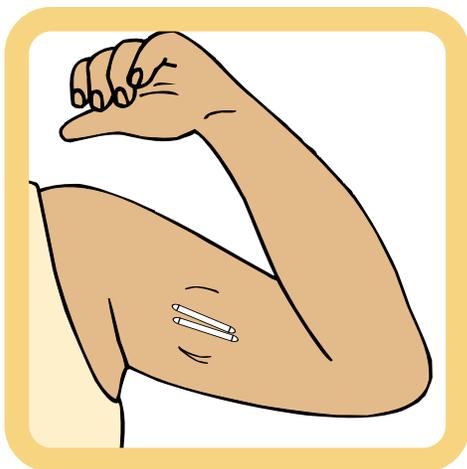
NOTA: Si se usa la técnica sin bisturí, disponer de equipo para ello.

Descripción del procedimiento

1. Para el procedimiento es importante que ubique y sujete firmemente el conducto deferente entre los dedos índice, medio y pulgar antes de inyectar la anestesia y efectuar la incisión.
2. Infiltre anestésico sobre el área seleccionada para realizar la incisión.
3. Haga incisión de 0.5 a 1 cm longitudinal, en la porción superior del escroto. Si se realiza una incisión única, se debe tener el cuidado de localizar cada conducto para evitar hacer la operación dos veces en el mismo conducto.
4. Se ha descrito la técnica sin bisturí, que puede reducir la incidencia de hematomas. Se utilizan dos instrumentos diferentes, una pinza anular extracutánea para sujetar el conducto, y una pinza hemostática afilada y puntiaguda que sirve como pinza de disección.
5. Utilice la pinza anular extracutánea para rodear y sujetar el conducto sin perforar la piel, y la pinza hemostática puntiaguda para puncionar la piel de escroto hasta llegar al conducto. Al separar las ramas de la pinza hemostática, se separan todas las capas, desde la piel hasta el conducto, de modo que se identifique fácilmente.
6. Identificado el conducto, libérela de la vaina que lo recubre y seccione una porción del mismo, y retire un pequeño segmento de 0.5 cm.
7. Ligue ambos cabos con suturas absorbibles, o use la electrocauterización de los segmentos distal y proximal.
8. Vigile que no queden áreas sangrantes.
9. Repita este procedimiento en el conducto deferente contralateral.
10. El cierre de la piel puede realizarse con colodión.

NOTA: En el caso de la técnica sin bisturí no se sutura la piel.

(Para una descripción más detallada de este procedimiento consulte el manual de Vasectomía sin Bisturí del MSPAS.)



Implantes Subdérmicos

(JADELLE)

Equipo necesario para colocar los implantes subdérmicos (Jadelle)

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

- Mesa de examen (camilla)
- Soporte o tabla para el brazo
- Jabón antiséptico para el lavado del brazo
- Juego de 2 cápsulas en su paquete estéril
- Campo quirúrgico
- 3 recipientes pequeños para:
 - gasas o algodón estéril
 - jabón antiséptico
 - cápsulas del implante
- Guantes estériles (1 ó 2 pares)
- Solución antiséptica
- Anestésico local (1% sin epinefrina)
- Jeringa (5 ó 10 ml) y aguja 22 x 1
- Trocar #10 con su conductor
- Gasa estéril, curitas o vendajes
- Compresas
- Epinefrina para riesgo de shock anafiláctico
- Agregue: 2 ó 3 pinzas mosquito para el caso de retiro de implantes
- Pinza anular de vasectomía sin bisturí (VSB) (es muy eficaz para el retiro de los implantes)

Descripción del procedimiento

Antes de hacer el procedimiento:

1. Brinde la consejería balanceada y luego las explicaciones necesarias sobre el método de implantes subdérmicos elegido.
2. Verifique las precauciones para el uso del método.
3. Cerciórese que la usuaria entiende perfectamente en qué consiste el procedimiento de inserción, explíquelo paso a paso y resuelva dudas o temores.

Procedimiento de inserción

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

1. Lávese las manos con agua y jabón antes de empezar el procedimiento.
2. Lave con agua y jabón la piel del área seleccionada para la inserción.
3. Colóquese guantes de látex previamente esterilizados en ambas manos. A partir de este momento, no toque nada que no esté estéril. Limpie el talco de los guantes con una gasa húmeda.
4. Aplique el antiséptico local disponible en el lugar de la inserción. Si cuenta con él, coloque un campo hendido estéril sobre el área.
5. Después de determinar la ausencia de alergia al antiséptico, proceda a la infiltración del anestésico local, 3 c.c. de Xilocaína al 2% son suficientes. Espere el tiempo recomendable para que la anestesia local surta efecto, hable con la paciente mientras tanto.
6. Haga una incisión de 2 mm de longitud a una distancia de 6 cm por encima del pliegue del codo; esta incisión debe tomar únicamente la piel, no debe ser profunda.
7. Con el bisel del trocar hacia arriba, proceda a insertarlo a través de la incisión, por debajo de la piel, hasta la segunda marca de la camisa del trocar (\pm 4.5 cm por debajo de la piel).
8. Inserte uno por uno los dos cilindros por debajo de la dermis.
9. Después de la inserción, palpe los cilindros para verificar que hayan sido insertados. Si la punta del cilindro protruye o está demasiado cerca de la incisión, retírelo y reinsértelo en la posición apropiada.
10. Cubra la herida con un vendaje sencillo.
11. Antes de quitarse los guantes, coloque el instrumental en una solución de cloro al 0.5% para descontaminarlo.
12. Lávese las manos con agua y jabón después de quitarse los guantes.
13. Dibuje la ubicación de las cápsulas en el expediente de la usuaria y anote cualquier cosa inusitada que haya sucedido.
14. Dé a la usuaria las instrucciones necesarias sobre el cuidado de la herida en el hogar, indíqueme las causas que ameritarían su retorno a la clínica de inmediato.

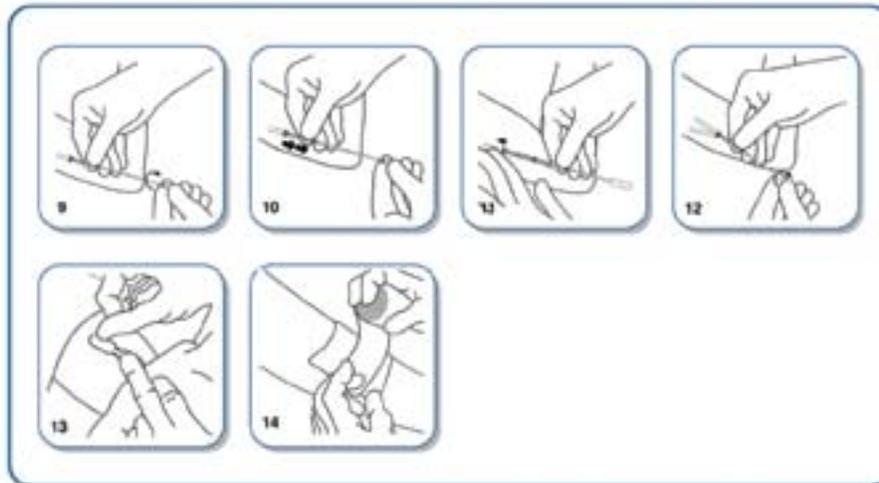
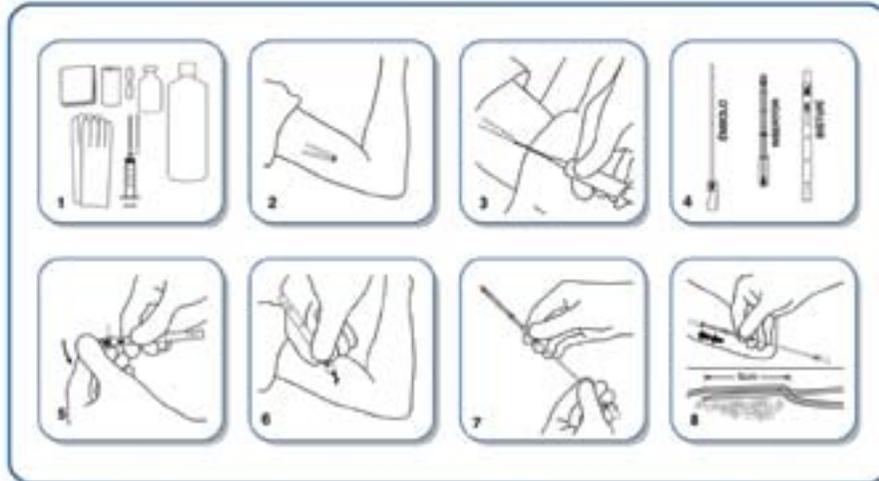
Procedimiento de remoción o retiro

Cerciórese que la usuaria entiende perfectamente en qué consiste el procedimiento de retiro, explique paso por paso el procedimiento y resuelva dudas o temores. Asegúrese de contar con el local adecuado y el equipo necesario (ver lista).

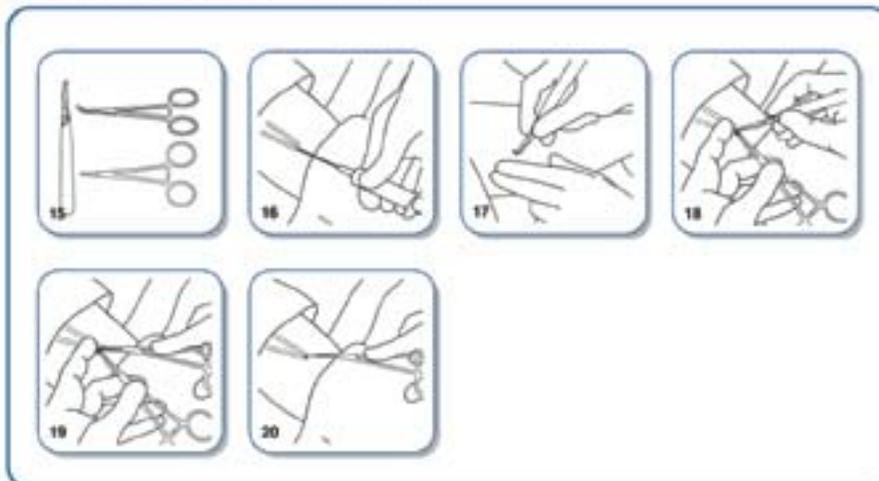
Debido a que la remoción de los implantes es un procedimiento quirúrgico menor, la paciente puede utilizar su propia ropa y el personal no tiene que usar batas, máscaras ni gorros.

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

Inserción implante



Retiro implante



ANEXO 7

Indicaciones para pacientes de AQV

AQV FEMENINA

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

Propósito de la Hoja de Indicaciones

Dé información sobre las acciones que la mujer debe hacer antes y después de la operación, cuándo regresar para chequeo y a dónde ir en caso que se presente alguna de las señas de peligro o complicación.

Para quiénes es esta Hoja de Indicaciones

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

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

También le sirve al personal de salud como material de apoyo para dar las indicaciones de qué debe hacer la mujer antes y después de la Operación, y orientar sobre la necesidad de consultar un servicio cuando se presenta una señal de peligro y para anotar la fecha de la próxima cita para chequeo (esta fecha la dan en el hospital).

Dónde se entrega esta Hoja de Indicaciones

Estas hojas están disponibles en Centros de Salud, CAP, CAIMI y hospitales del MSPAS.

En qué momento se entrega la Hoja de Indicaciones

Después de la consejería en planificación familiar, cuando la mujer se ha decidido por la Operación, cumple con todos los requisitos y ha firmado su hoja de Consentimiento Informado, dé la Hoja de Indicaciones.

Si está en un Centro de Salud o CAP refiera o mande a la mujer al CAIMI u hospital con la Hoja de Indicaciones y la hoja de Consentimiento Informado firmada.

Figura 7-1

LA OPERACIÓN DE LA MUJER
Hoja de indicaciones

Nombre: _____
(Para uso hospitalario)

Fecha de la Operación: ____/____/____
Hora: _____

Lugar de la Operación: _____

Antes de la Operación:
Tome su Hoja de Consentimiento Informado

- NO** tome ninguna medicina 24 horas antes de la Operación.
- NO** coma ni tome nada 6 horas antes de la Operación.
- NO** se bañe ni se afeite 2 días antes de la Operación. **NO** se afeite en el día, tampoco los axilas. **NO** lleve aretes, cadenas ni collares.
- Lávese o lave bien la parte baja de su estómago un día antes de la Operación.
- Si usted quisiera ir acompañada, registre a su cargo el mismo día 2 ó 4 horas después de la Operación.

Logotipos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

ADELANTE

Anote aquí el nombre de la persona

Este recuadro es para **uso exclusivo del hospital**, ya que es ahí donde programan la cita para la Operación y donde la hacen.

Asegúrese que la mujer haya firmado su hoja de Consentimiento Informado.

Antes de la Operación: En esta parte se detallan las acciones que la mujer debe o NO debe hacer antes de la Operación. Explíquele una a una las acciones.

Logotipos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Después de la Operación:

- NO** haga fuertes ni cargue cosas pesadas por una semana. Descanse 2 ó 3 días.
- Para el dolor, tome acetaminofén, 1 ó 2 tabletas cada 6 horas o la medicina que le dieron en el hospital, en la forma que le enseñaron.
- Mantenga seco y limpio la Operación por 2 días.
- Puede comer todo lo que acostumbra.
- Puede tener relaciones sexuales en cuanto se sienta bien.
- Regrese al servicio de salud más cercano: _____

Vaya rápido al Servicio de Salud si tiene:

Síntomas -> Ir al servicio de salud -> Atención médica

Señales de Peligro: Explíquele cuáles son las señales de peligro y dígame que si se presenta cualquiera de éstas, vaya rápido al servicio de salud más cercano.

Fecha de la próxima cita: _____

ATRÁS

Después de la Operación: En esta parte se detallan las acciones que la mujer debe o NO debe hacer Después de la Operación. Explíquele una a una las acciones. Asegúrese de indicarle qué puede hacer para el dolor.

Para uso hospitalario: Aquí anotará el personal de salud del hospital cuándo es la fecha de la próxima cita, para darle seguimiento a la Operación.

Señales de Peligro: Explíquele cuáles son las señales de peligro y dígame que si se presenta cualquiera de éstas, vaya rápido al servicio de salud más cercano.

AQV MASCULINA

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

Propósito de la Hoja de Indicaciones

Dé información sobre las acciones que el hombre debe hacer antes y después de la Operación, cuándo regresar para chequeo y a dónde ir en caso que se presente alguna de las señas de peligro o complicación.

Para quiénes es esta Hoja de Indicaciones

Es para los hombres que ya se han decidido por hacerse la vasectomía y cumplen con los siguientes requisitos:

- Son de 18 años o mayores
- Están seguros que NO desean tener más hijos o hijas y han decidido hacerse la Operación
- Son emocionalmente estables
- Ya han firmado la Hoja de Consentimiento Informado

También le sirve al personal de salud como material de apoyo para dar las indicaciones de qué debe hacer el hombre antes y después de la Operación. También sirve para orientar sobre la necesidad de consultar un servicio cuando se presenta una señal de peligro y para anotar la fecha de la próxima cita para chequeo (esta fecha la dan en el hospital).

Dónde se entrega esta Hoja de Indicaciones

Estas hojas están disponibles en Centros de Salud, CAP, CAIMI y hospitales del MSPAS.

En qué momento se entrega la Hoja de Indicaciones

Después de la consejería en planificación familiar, cuando el hombre se ha decidido por la vasectomía, cumple con todos los requisitos y ha firmado su hoja de Consentimiento Informado, dé la Hoja de Indicaciones.

Si está en un Centro de Salud o CAP, refiera o mande al hombre al CAIMI u hospital con la Hoja de Indicaciones y la hoja de Consentimiento Informado firmada.

LA OPERACIÓN DEL HOMBRE
Hoja de Indicaciones

Nombre: _____
(Para uso hospitalario)

Fecha de la Operación: _____
Hora: _____ de mañana
de tarde

Lugar de la Operación: _____

Antes de la Operación:
Firme su Hoja de Consentimiento Informado

 NO tome ninguna medicina 24 horas antes de la Operación.

 Lávese a lave bien sus genitales.

 Lleve ropa limpia y calcancillo apretado.



ADELANTE

Anote aquí el nombre de la persona.

Este recuadro es para **uso exclusivo del hospital**, ya que es ahí donde programan la cita para la Operación y dónde la hacen.

Asegúrese que el hombre haya firmado su hoja de Consentimiento Informado.

Antes de la Operación: en esta parte se detallan las acciones que el hombre debe o NO debe hacer antes de la Operación. Explíquelo una a una las acciones.

Logotipos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Después de la Operación:

 NO haga fuerza ni cargue cosas pesadas por una semana. Descanse 2 ó 3 días.

 Para el dolor tome acetaminolén, 1 ó 2 tabletas cada 6 horas o la medicina que le dieron en el hospital, en la forma que le enseñen.

 Mantenga limpios y secos la Operación por 8 días. Siga usando calcancillos apretados por 2 semanas.

 Puede comer todo lo que acostumbra.

 Use Condón o que su pareja use otro método de planificación familiar en las primeras 30 relaciones sexuales.

 Regrese al Servicio de Salud más cercano:

Vaya rápido al Servicio de Salud si tiene:

 Fiebre

 Signos de vida en la Operación

 Fuego rojo o frías en la Operación

ATRÁS

Después de la Operación: En esta parte se detallan las acciones que el hombre debe y NO debe hacer después de la Operación. Explíquelo una a una las acciones. Asegúrese de indicarle qué puede hacer para el dolor.

Para uso hospitalario: Aquí anotará el personal de salud del hospital cuándo es la fecha de la próxima cita, para darle seguimiento a la Operación.

Señas de Peligro: Explíquelo cuáles son las señas de peligro y dígame que si se presenta cualquiera de éstas, vaya rápido al servicio de salud más cercano.

ANEXO 8

Marco Legal de la Planificación Familiar

LEY DE DESARROLLO SOCIAL. DECRETO 42-2001 DEL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CAPÍTULO III

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

CAPÍTULO V SECCIÓN II

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

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

1. Objeto. El Programa de Salud Reproductiva tiene como objetivo esencial reducir los índices de mortalidad materna e infantil, haciendo accesibles los servicios de salud reproductiva a mujeres y hombres y educando sobre los mismos.

2. Servicios. Los servicios de Salud Reproductiva son parte integral de los servicios de salud pública y el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, por medio de sus dependencias, hospitales, centros de salud, puestos de salud y demás unidades administrativas y de atención al público, está obligado a garantizar el acceso efectivo de las personas y la familia a la información, orientación, educación, provisión y promoción de servicios de salud reproductiva, incluyendo servicios de planificación familiar, atención prenatal, atención del parto y puerperio, prevención del cáncer cérvico-uterino y

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

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

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

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

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

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

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

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA DE GUATEMALA

CONSIDERANDO

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

CONSIDERANDO

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

CONSIDERANDO

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

CONSIDERANDO

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

POR TANTO:

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

DECRETA

La siguiente:

“LEY DE ACCESO UNIVERSAL Y EQUITATIVO DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR Y SU INTEGRACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD Y REPRODUCTIVA”

CAPÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

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

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

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

CAPÍTULO II

ACCESO DE LA POBLACIÓN A SERVICIOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO III

COMUNICACIÓN PARA EL CAMBIO DE COMPORTAMIENTO

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

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

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO IV

ASEGURAMIENTO PARA LA PROVISIÓN DE MÉTODOS MODERNOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO V

DISPOSICIONES FINALES Y TRANSITORIAS

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

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

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

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

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

CAPÍTULO I

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

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

CAPÍTULO II

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

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

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

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



Glosario

GLOSARIO

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

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

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

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

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

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

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

Bibliografía

Arévalo N, G Fuentes y J Rodríguez. 1993. Paquete didáctico del taller sobre orientación—Consejería en planificación familiar. Dirección General de Planificación Familiar: México.

Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM). Laparoscopia y minilaparotomía. Manual de procedimientos. APROFAM: Guatemala.

Asociación Pro Salud Preventiva Para la Mujer Vivamos Mejor (APROVIME). 1999. El collar: Un método natural para la familia. Rotafolio de capacitación para parejas usuarias del método del collar. APROVIME: Guatemala.

Blumenthal PD y McIntosh N. 1995. Guía de bolsillo para los proveedores de servicios de planificación familiar. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland. Págs. 267–277, 281–295.

Caja Costarricense de Seguro Social. 1995. Guía didáctica en salud reproductiva. Costa Rica. Págs. 26–28.

Curtis KM y PL Bright (editores). 1994. Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Tomo I. Technical Guidance/Competence Working Group (TG/CWG).

Domenzain ME. 1985. Oclusión tubaria a través de minilaparotomía. Manual de procedimientos. Family Health International: Research Triangle Park, Carolina del Norte.

Family Health International (FHI). 1998. Píldoras anticonceptivas de emergencia, serie de actualización de tecnología anticonceptiva. FHI: Research Triangle Park, Carolina del Norte.

Federación Mundial de Agencias de Salud para la Promoción de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria. 1989. Anticoncepción quirúrgica segura y voluntaria. Directores para los programas de prestación de servicios. Págs. 39–44.

Gaines M (ed). 1997. Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos. Tomo II. Technical Guidance/Competence Working Group (TG/CWG).

Gallen ME, C Lettenmaier y CP Green. 1987. La consejería hace la diferencia. Population Reports Series J (35). Págs. 1–31.

Hatcher R, J Trussell, F Stewart, G Stewart, D Kowal, F Guest, W Cates y M Policar. 1994. Tecnología anticonceptiva. 16ª edición.

Organización Mundial de la Salud y Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins /Centro de Programas de Comunicación / Info. Herramienta de Toma de Decisiones (HTD), para clientes y proveedores de planificación Familiar –OMS-2007.

Huezo CM y CS Brigas. 1998. Guías médicas y para la prestación de servicios. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF): Londres.

Huezo CM y CS Brigas. 1992. Pautas médicas y de prestación de servicios para planificación familiar. Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF): Londres.

JHPIEGO Corporation. Prototipos de estándar de prestación de servicios para programas de planificación familiar. Borrador. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Lettenmaier C y ME Gallen. 1987. El por qué de la importancia de la consejería. Population Reports Series J (36). Págs. 1–28.

McIntosh N, B Kinzie y A Blouse. 1992. DIU: Pautas para su uso en los programas de planificación familiar. JHPIEGO Corporation: Baltimore, Maryland.

Ministerio de Salud de Costa Rica, Caja Costarricense de Seguro Social. 1994. Normas técnicas de atención materna y perinatal. Ministerio de Salud: Costa Rica. Págs. 117–120.

Ministerio de Salud de Perú. 1997. Guías nacionales de atención en la salud reproductiva.

Neamatalla GS y PB Harper. 1991. Consejería en planificación familiar y esterilización voluntaria. Guía para directores de programas. AVSC International: Nueva York.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. Esterilización femenina, lo que los proveedores de salud deben conocer. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS). 1994. Vasectomía, lo que los proveedores de salud deben conocer. OMS: Ginebra.

Organización Mundial de la Salud –OMS- 2007. Planificación Familiar un Manual Mundial para Proveedores.

Population Reference Bureau (PRB). 1988. Seguridad de los anticonceptivos. Rumores y realidades. Págs. 1–27.

Secretaría Nacional de Salud [Bolivia] y JHPIEGO Corporation. 1996. Salud sexual y reproductiva: Servicios de orientación, planificación familiar, introducción al manejo de enfermedades de transmisión sexual, investigación de la pareja infértil. Texto de referencia, 2da edición. Secretaría Nacional de Salud y JHPIEGO Corporation: Bolivia.

