



Secretaría
SALUD

ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ

Guía técnica de regulación de la fecundidad

Contenido

1. Presentación	5
2. Primera parte	6
2.1. Marco conceptual	6
2.1.1. Calidad de atención en regulación de la fecundidad	8
2.1.1.1. Ética	8
2.1.1.2. Perspectiva de género	9
2.1.1.3. Los derechos sexuales y reproductivos de usuarios/as como derechos humanos	11
2.1.2. Consejería en anticoncepción	13
3. Segunda parte	24
3.1. Métodos para la regulación de la fecundidad	24
3.1.1. Métodos hormonales	24
3.1.1.1. Anticonceptivos orales	24
3.1.1.2. Anticonceptivos inyectables	28
3.1.1.3. Norplant	33
3.1.2. Métodos de barrera y espermicidas	36
3.1.3. Dispositivo intrauterino (DIU)	39
3.1.4. Anticoncepción de emergencia	44
3.2. Métodos definitivos	46
3.2.1. Esterilización femenina	46
3.2.2. Esterilización masculina	51
4. Anexo 1 Metodos de planificación familiar	54
Anexo 2 Criterios de uso de métodos de regulación de la fecundidad	58
5. Bibliografía	69

1. Presentación

La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y Profamilia han preparado la siguiente guía de normas técnico administrativas para los programas de regulación de la fecundidad en el sistema general de seguridad social en salud.

Esta guía contiene información para ofrecer servicios que vigilen el cumplimiento de los derechos sexuales y reproductivos, como parte de los derechos humanos. Su finalidad es que todas las personas tengan una vida sexual satisfactoria libre de riesgo, de manera que pueda garantizarse a los ciudadanos decidir libremente cuántos hijos va a tener, al igual que el tiempo entre los mismos.

La primera parte se dedica a definir los objetivos, el marco conceptual y los requerimientos básicos para la calidad de atención de servicios de regulación de la fecundidad (RF), para lo que se abordan asuntos como la ética, los derechos sexuales y reproductivos y la perspectiva de género.

El marco normativo parte de una visión breve de los desarrollos internacionales de los derechos sexuales y reproductivos como derechos humanos, que aparece ampliada en los anexos, junto con tres cuadros, en los que se condensa la normativa nacional vigente. Posteriormente se presentarán los elementos más sobresalientes para el manejo administrativo de un programa de regulación de la fecundidad.

La segunda parte está integrada por los protocolos de manejo de los métodos de regulación de la fecundidad disponibles, que contemplan un enfoque práctico de los mecanismos de acción, efectos secundarios más comunes y su manejo. Y junto a los métodos estarán los lineamientos generales para los servicios de orientación dentro del programa, en los que se hará referencia no sólo a los métodos en general sino también a otras preguntas frecuentes dentro de la orientación en regulación de la fecundidad.

Por último la guía presentará los principios fundamentales en cuanto al registro de actividades dentro del programa para su evaluación y seguimiento posteriores.

Esta Guía técnica se propone como instrumento que sirva para el desarrollo de acciones integrales relacionadas con la salud sexual y reproductiva (SSR) y con la regulación de la fecundidad, dentro del marco constitucional y de seguridad social vigente, bajo principios de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y con la participación de la comunidad.

Para lograr estos objetivos, dentro del documento se establecen unos lineamientos generales que propician el uso y aplicación de normas y procedimientos que unifican criterios, en las instituciones públicas y privadas de Bogotá, D. C. para cualificar la calidad de la atención y de los servicios para la regulación de la fecundidad.

La guía está preparada para brindar al lector principios que involucren los elementos conceptuales para aproximarse a una definición de la salud sexual y reproductiva y de regulación de la fecundidad.

2. Primera parte

2.1. Marco conceptual de la regulación de la fecundidad

Salud, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y reproductivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo como la mera ausencia de afecciones o enfermedades”, haciendo énfasis en la salud preventiva. Salud implica, entonces, dos componentes: el que se refiere a la satisfacción de necesidades “como el conjunto de requerimientos físicos, síquicos, emocionales y sociales de hombres y mujeres”; en este sentido, la dignidad de la sobrevivencia humana debe medirse por los niveles de equidad, excelencia y calidad. El otro componente es la relación salud-vida, que integra elementos de calidad y dignidad que garanticen la satisfacción de necesidades básicas de las personas.

El plan de acción aprobado por consenso universal en la Conferencia internacional sobre población y desarrollo celebrada en El Cairo en septiembre de 1994, reconoce que “la salud y los derechos sexuales y reproductivos son fundamentales para los derechos humanos y el desarrollo” y define estos conceptos, así:

“La salud sexual está encaminada al mejoramiento de la vida y de las relaciones personales, y los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual”.

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos”.

En cuanto a la regulación de la fecundidad, se menciona:

“Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad...”.

“La atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivos al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva”.

Los derechos reproductivos se definieron en la misma Conferencia dentro de un contexto de integralidad y control del propio cuerpo, así:

“Los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos nacionales e internacionales de derechos humanos, entre ellos: el derecho humano básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de los hijos y a disponer de la información, la educación y los medios para ello; el derecho a alcanzar el más elevado nivel de salud sexual y reproductiva; el derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia”.

Dentro de la plataforma de acción de la cuarta Conferencia mundial de la mujer en Beijing, se definió el alcance de los derechos sexuales:

“Los derechos sexuales incluyen el derecho humano de la mujer a tener control respecto de su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir libre y responsablemente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia”.

La regulación de la fecundidad, un derecho humano

La regulación de la fecundidad debe entenderse como un derecho humano, para cuyo ejercicio pleno es necesario tener acceso a la información y a los servicios, lo cual permite que las personas puedan tomar decisiones con pleno conocimiento frente a una gama de posibilidades a su alcance, para decidir tener o no hijos, la oportunidad, el número y el espaciamiento de los mismos.

Corresponde al Estado, por medio de las entidades de salud, en este caso a la Secretaría Distrital de Salud (SDS), garantizar a individuos y parejas la disponibilidad de la información, de educación y de los medios necesarios para ello, incluida una amplia gama de métodos. Adicionalmente, es preciso tener en cuenta las necesidades de los hijos, vivos y futuros, y sus obligaciones y responsabilidades hacia la comunidad.

Esto implica la necesidad de promover la paternidad y la maternidad responsables, compartida entre la pareja para la crianza de los hijos y la realización de las labores domésticas, superando esa odiosa asignación de lo público para los hombres y lo doméstico para las mujeres, democratizando la familia y a partir de ella a la sociedad entera.

Principios, enfoques y estrategias para la atención en salud sexual y reproductiva y en regulación de la fecundidad

Principios: las acciones de promoción de la salud y de prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad deben estar guiadas por los principios de igualdad, equidad, universalidad, autonomía, el respeto por los derechos sexuales y reproductivos,

Enfoques: los enfoques que deben tenerse en cuenta para la promoción de la salud y la prevención, tratamiento y recuperación de la salud sexual y reproductiva y de la regulación de la fecundidad, teniendo en cuenta el ciclo vital, la categoría género y la integralidad.

Estrategias: para trabajar en SSR y RF se requiere la adopción de estrategias que faciliten el logro de las metas y determinen las acciones que se han de desarrollar en cada uno de los componentes que integran el concepto. Así la planificación, organización, ejecución,

seguimiento y evaluación de los servicios de SSR y de RF se efectuará mediante la aplicación de estrategias, probadas como eficientes para la satisfacción de las necesidades del sector social, especialmente en salud.

Las estrategias aplicadas para el logro de los objetivos en los planes de acción incluyen la participación social, la concertación, la intersectorialidad, la información, educación y comunicación (IEC), la interdisciplinariedad, el mejoramiento de la calidad de atención teniendo en cuenta el impacto, la cobertura de servicios y la satisfacción de las necesidades en SSR y RF así como la competencia técnica, propiciando cambios en conocimientos, actitudes y prácticas. Estas estrategias contemplan también cambios en el perfil epidemiológico y la implementación de la vigilancia en salud.

Estos principios, enfoques y estrategias aparecen definidos ampliamente en los “Lineamientos generales para la política en salud sexual y reproductiva en Santa Fe de Bogotá D.C.”.

2.1.1. Calidad en la atención de regulación de la fecundidad

La calidad en la atención en salud se entiende como “el grado en el cual los servicios de salud para individuos o poblaciones mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales”. Además de los requerimientos humanos y técnicos de que trata el Manual administrativo que hace parte de este documento, así como la Asesoría que se trata en forma exhaustiva en un documento independiente, existen otros requerimientos que apuntan a la atención humanizada e integral a que tienen derecho usuarios y usuarias del sistema de salud y son:

- ❖ La ética.
- ❖ La perspectiva de género.
- ❖ Los derechos sexuales y reproductivos de los usuarios como derechos humanos.

2.1.1.1. La ética

Los principios de la ética médica deben responder al concepto de salud como una dimensión de la vida social que ha permitido el encuentro interdisciplinario, conjunción que se explica porque la salud es un valor que concentra el sentido de los individuos contemporáneos, es decir, se convierte en un espacio a través del cual se expresan aspiraciones, reivindicaciones y derechos.

En el ámbito del ejercicio de la sexualidad y la procreación, la norma ha sido la definición unilateral del deber ser, lo cual ha dificultado que se ejerzan libertades y se asuman responsabilidades. El concepto actual de derechos sexuales y reproductivos requiere que se consideren el contexto social, económico e histórico de las personas, así como los medios y las condiciones para ejercer la autodeterminación en el espacio de la sexualidad, en la concepción y desarrollo del embarazo y en los procesos de negociación y práctica de la crianza. Las personas son la esencia de la salud sexual y reproductiva, son los sujetos y no los objetos de la misma. Este cambio de enfoque provee una justificación ética para el rediseño de los programas y políticas y propone incluir en ellos preocupaciones personales y sociales.

La ética no intenta promulgar un dogma que separe el bien del mal, sino una perspectiva desde la cual puede debatirse qué es lo preferible en determinadas circunstancias en el campo siempre abierto y único de cada individuo, respetando las diferencias.

Por su importancia para el bienestar y la dignidad humanos, la salud sexual y reproductiva debe considerarse un bien social universal, que los gobiernos, las personas y la comunidad internacional tienen la responsabilidad de alcanzar.

El respeto por las personas, mirado desde la ética, provee una base sobre la que se enraizan los derechos reproductivos. Su razón y fin son los seres humanos como individuos, cuyo bienestar debe promoverse, considerándolos agentes racionales capaces de deliberar y tomar decisiones. De la misma manera, las tradiciones culturales y religiosas no deben servir de excusa para transgredir el respeto por los derechos de las personas. En las culturas en las que existe la tradición de tomar decisiones en la familia, debe preservarse la armonía mediante la obligación de respetar la decisión reproductiva y la dignidad de cada uno de sus integrantes. Ni el estado, ni el proveedor de servicios, ni el cónyuge pueden tomar decisiones respecto a la vida sexual o reproductiva de una persona.

La libre elección requiere que a usuarias y usuarios se proporcione un abanico de opciones y el derecho a rechazar métodos de regulación de la fecundidad o procedimientos médicos no deseados. La decisión reproductiva informada implica que usuarios y prestadores asuman su responsabilidad. La capacidad de decisión de los individuos requiere tanto de información como de servicios y se corporiza por medio del consentimiento informado. La responsabilidad de los prestadores de servicios incluye ofrecer recomendaciones apropiadas, sin sesgos sobre salud sexual y reproductiva, proporcionando toda la información relacionada con los métodos de anticoncepción disponible. La ética explicita el dilema entre libertad individual y responsabilidad social dentro de una relación equilibrada.

Para ser éticamente consistentes, los programas y políticas de salud sexual y reproductiva requieren que se respete la autonomía personal y otros derechos humanos y que se promueva una distribución equitativa de cargas y beneficios entre hombres y mujeres.

Ante la imposibilidad de establecer un criterio universal ético, en la actualidad se formulan principios éticos como derechos humanos: la vida, la igualdad y la libertad. Los derechos humanos son las condiciones básicas que requieren las personas para desarrollarse como tales. Un programa que viole los derechos humanos fundamentales no puede considerarse ético. Por eso es necesario darle contenido a términos como libertad y responsabilidad asociados a las decisiones reproductivas, que permitan identificar mecanismos para modificar situaciones sociales, familiares y de pareja, así como relaciones con las políticas públicas, que limitan la capacidad de autodeterminación y dificultan el ejercicio responsable de estos derechos.

2.1.1.2 La perspectiva de género

El género es, esencialmente, una construcción social, no natural, que varía de un grupo social a otro y de una época a otra. Se construye mediante procesos sociales de comunicación

y por medio de manejos de poder, y se transmite mediante formas sutiles durante los procesos de crianza y educación. Abarca el conjunto de características, oportunidades y expectativas que un grupo social asigna a las personas y que estas asumen como propias, basándose en sus características biológicas, en su sexo.

Este proceso, en el que se asocia a las personas con una serie de características, de expectativas y de oportunidades particulares, dependiendo de su sexo biológico, así como la apropiación que cada persona hace de éstas (identificación) es lo que se denomina sistema sexo/género. Siendo el concepto de género una construcción social, implica que es creado y por lo tanto cambia y, sobre todo, que se genera, se mantiene y se reproduce, fundamentalmente, en los ámbitos simbólicos del lenguaje y la cultura. Como tal, las relaciones de género son dinámicas y susceptibles de transformarse por medio de la interacción humana.

Como categoría analítica no debe considerarse por sí misma exhaustiva ni excluyente de otras categorías que son imprescindibles para una mirada global de los fenómenos sociales y dentro de ellos el de la salud en su definición más amplia que considera el bienestar no sólo físico sino también mental y social. Sin embargo, sí es una categoría específica y por ello contribuye a visualizar situaciones particulares a partir de un análisis crítico de la forma en que las mujeres y los hombres se socializan en las sociedades y culturas particulares, aportando con esta lectura de las realidades a una mejor calidad en la atención.

La perspectiva de género puede ayudar a dilucidar los mecanismos mediante los cuales los factores biológicos del sexo se transforman en funciones y responsabilidades sociales que a su vez se traducen en ventajas y desventajas para el hombre y para la mujer, que en el campo de la salud sexual y reproductiva se miden, por ejemplo, en las probabilidades de contraer enfermedades prevenibles, en las condiciones que generan mayor vulnerabilidad para las mujeres y en cuanto a la posibilidad de acceder a servicios de salud de buena calidad.

Por otro lado con respecto a la salud de los varones, es claro que el mismo sistema sexo/género los expone a conductas de mayor riesgo, como consecuencia de las formas de vida asociadas al ser hombres.

Desde un enfoque de género, la calidad en la atención podría focalizarse en dos perspectivas: la primera tiene por objeto identificar aquellos aspectos del proceso de atención que refuerzan o mantienen los estereotipos e iniquidades de género tales como el lenguaje sexista; la segunda pretende identificar las iniquidades entre mujeres y hombres que van ocurriendo a lo largo del proceso de atención, en situaciones que son comparables. Su finalidad es identificar las situaciones que crean o mantienen iniquidades sociales entre mujeres y hombres por la única razón de ser mujeres u hombres. Permite detectar las formas concretas que toman estas iniquidades y apoyar la construcción de alternativas más justas y equitativas conforme con la realidad socioeconómica y cultural de Bogotá.

La categoría género tiene una relación directa con la SSR en tanto las construcciones simbólicas de femenino y masculino se fundamentan en interpretaciones, valoraciones y asigna-

ciones sociales de las diferencias y características orgánicas entre los sexos, a partir de las cuales se han generado relaciones inequitativas que lesionan el ejercicio de los derechos humanos, la calidad de vida y las posibilidades de desarrollo de hombres y mujeres.

Para cualificar la calidad de atención en los servicios de SSR y RF desde un enfoque de género, se propone tener en cuenta como marco de referencia la situación política, económica y social que viven hombres y mujeres en relación con el acceso a los servicios públicos; insuficiente promoción de acciones que contribuyan al desarrollo integral de mujeres y hombres en relación con el autocuidado y el cuidado de la salud; las nuevas propuestas relacionadas con el enfoque de atención en salud a partir de la existencia de las iniquidades entre los géneros y la necesidad de incorporar el enfoque de género en el diseño de políticas, estrategias y programas de salud integral para hombres y mujeres.

Las diferencias en los perfiles de salud-enfermedad de hombres y mujeres se deben a la interacción de lo biológico con factores sicosociales y esta interacción produce situaciones, condiciones o problemas particulares para cada uno/una. Es necesario conocer esas diferencias para elaborar programas, políticas y proyectos que sean sensibles a las necesidades diferenciales de hombres y mujeres. La evaluación de las necesidades particulares de hombres y mujeres en salud es básica para una planeación equitativa y eficaz. El análisis de los roles de género, del acceso y control sobre los recursos, servicios y necesidades de mujeres y hombres, proporciona los elementos que componen el diagnóstico de género para el que es indispensable la separación de los datos por sexo.

Implementar programas y servicios con perspectiva de género, implicaría entonces:

- ❖ Tomar en consideración las necesidades de hombres y mujeres.
- ❖ Considerar alternativas o soluciones para los conflictos de interés, de opinión o de comunicación que obstaculizan el logro de la equidad entre hombres y mujeres.
- ❖ Analizar las situaciones desde el punto de vista de usuarias y usuarios y las soluciones posibles, desde una perspectiva de género.
- ❖ Cambiar los mecanismos de acceso y las maneras mecánicas de hacer las cosas, por actitudes sensibles y respetuosas que reflejen comprensión hacia los diferentes puntos de vista y preferencias de mujeres y hombres.
- ❖ Documentar los resultados y lecciones aprendidas.

Los funcionarios que atienden los servicios de salud sexual y reproductiva requieren el acceso a educación e información continua, que ayude a usuarios y usuarias a superar obstáculos y diferencias para mejorar sus condiciones y calidad de vida. Su rol contribuye a “superar mitos, estigmas y bloqueos en la comunicación, lo que a la larga desemboca, entre otras cosas, en una mejora considerable en la salud de ambos miembros de la pareja”.

2.1.1.3. Los derechos sexuales y reproductivos de usuarios/as como derechos humanos

Los deberes de usuarios y usuarias de servicios de salud están resumidos en el último inciso del artículo 49 de la constitución política: “Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.

No puede hablarse sobre salud sexual y reproductiva sin hacer referencia a los derechos humanos en general y a los derechos sexuales y reproductivos en particular, a los que tenemos todas las personas, por el solo hecho de existir, ya que su respeto es el requisito indispensable para disfrutar de una buena salud sexual y reproductiva.

Los derechos humanos son el conjunto de derechos que tiene toda persona por el hecho de ser, sin importar su sexo, orientación sexual, estado civil, color de piel, edad, religión, partido político o creencias. Su finalidad es que el ser humano pueda disfrutar de una vida digna y desarrollarse plenamente.

El derecho a la no discriminación y a la autonomía reviste importancia especial en la prestación de servicios de salud. Al relacionar los derechos humanos con la salud sexual y reproductiva encontramos un significado especial para cada uno de ellos.

En la Carta de derechos sexuales y reproductivos de la Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) (Londres, 1996), se proponen los siguientes derechos sexuales y reproductivos en el marco de los derechos humanos:

- ❖ El derecho a la no discriminación, se basa en el derecho a la igualdad, que no se entiende como identidad absoluta o como uniformidad, pues la materia de la igualdad es, precisamente, la diversidad, ya que se iguala lo diverso. Si todo fuera idéntico no habría relaciones de igualdad.
- ❖ El derecho a la autonomía. El concepto de autonomía está íntimamente ligado al de la autodeterminación y consiste en que cada persona racional puede escoger un curso de acción determinado, sin que medien interferencias extrañas a su voluntad: implica la obligación de los demás de no restringir las elecciones libres de un individuo, hechas de acuerdo con sus propios valores, prioridades, conciencia y creencias religiosas. Este derecho es pleno cuando se trata de tomar decisiones sobre su propio cuerpo y salud; por tanto, para todo aquello que pueda afectar en cualquier sentido la integridad física de una persona debe contarse con su consentimiento, basado en la libre elección. El consentimiento previo no solo manifiesta el respeto por la persona y sus derechos, sino que además garantiza una ocasión propicia para transmitir información que puede ser de suma importancia para usuarias y usuarios.
- ❖ El derecho a la información adecuada y oportuna forma parte del derecho a la autonomía, pues no se puede ser autónomo en una decisión sin tener la información suficiente para tomarla. La información que se brinde debe ser veraz, científica y estar ajustada a la realidad. Esta información debe ser acorde con la persona a quien se dirige, teniendo en cuenta la edad de quien la recibe y la circunstancia o la especificidad del problema que requiere de asesoría. Es importante que la información y el mensaje que se pretende transmitir sean claros y el uso de los términos sea cuidadoso.
- ❖ El derecho a la confidencialidad está muy relacionado con el derecho a la autonomía. La confidencialidad protege la privacidad del individuo y es la base de la confianza entre pacientes y personal de salud; el paciente revela detalles de su vida íntima al médico, que no deben divulgarse a terceros sin su consentimiento, con las excepciones que prevé la

- ley: Su respeto está plasmado en el secreto profesional y en la reserva que protege las historias clínicas (ley 23 de 1981, Código de ética médica).
- ❖ Derecho a la vida. No morir por causas evitables y, en particular, por las relacionadas con la gestación, parto, puerperio y periodo perinatal.
 - ❖ Derecho a la libertad y seguridad. Nadie puede ser forzado por otra persona a tener una relación sexual, a interrumpir la gestación o a decidir cuándo y cuántos hijos tener.
 - ❖ Derecho a la igualdad y a estar libre de toda forma de discriminación. Hombres y mujeres deben tener las mismas oportunidades para la información, la educación, el trabajo y el ocio. Ninguna mujer puede ser despedida del trabajo por estar en gestación. No se requiere autorización de compañera/o para decidir sobre la propia salud sexual y reproductiva, por ejemplo para la adopción de métodos temporales o definitivos de regulación de la fecundidad. Nadie puede ser discriminado por su orientación sexual.
 - ❖ Derecho a la privacidad. Los servicios de salud deben prestarse en lugares adecuados que garanticen a usuarios y usuarias la intimidad y comodidad durante la atención.
 - ❖ Derecho a la libertad de pensamiento. Los partidos políticos, ideologías y religiones no deben limitar a la persona en su forma de pensar o de actuar frente a su salud sexual y reproductiva.
 - ❖ Derecho a la información y a la educación. Acceso a información, educación y comunicación oportuna y adecuada generadora de individuos responsables socialmente y sanos sexualmente.
 - ❖ Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar o no una familia.
 - ❖ Derecho a decidir si se tienen hijos o no y cuándo tenerlos. Acceso a métodos para la regulación de la fecundidad eficaces y seguros, e información oportuna sobre sus bondades y riesgos. No se requiere autorización del/a compañero/a para regular la fecundidad ni para elegir el método, cualquiera que sea.
 - ❖ Derecho a la atención y protección de la salud. Implica la promoción, prevención, atención y rehabilitación dirigida a satisfacer las necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva y para la regulación de la fecundidad.
 - ❖ Derecho a los beneficios del progreso científico. Tener acceso a los avances científicos.
 - ❖ Derecho a la libertad de reunión y participación política. Organizarse y formar grupos para contribuir al desarrollo y respeto de los derechos sexuales y reproductivos.
 - ❖ Derecho a no ser sometido a torturas y maltratos. No ser agredido/a en forma física, psíquica ni verbal o a ser forzado/a a tener relaciones sexuales. Implica asesoría y protección contra cualquier forma de violencia y en particular contra la violencia familiar, el abuso sexual y la violación. En síntesis, es el derecho a tener una vida libre de violencia.

2.1.2. Consejería en anticoncepción*

Palabras clave

Consejería, contracepción, planificación familiar, elección informada, confidencialidad, empatía, riesgo, criterios médicos de elegibilidad, consentimiento informado.

* Diseñado por Anabella Eraso, MD, especialista en adolescentes, educación sexual, y Wilman Castillo, MD, asesor planificación familiar, especialista en mercadeo.

¿Qué significa consejería?

Es una conversación privada y confidencial, dirigida por una persona debidamente entrenada para ello, destinada a hombres y mujeres de cualquier edad que deseen recibir información y orientación acerca de asuntos específicos, para encontrar elementos que faciliten la toma de decisiones.

¿Que es contracepción?

El concepto de contracepción hace referencia al uso de técnicas anticonceptivas por parte de individuos o parejas para controlar su fertilidad, en un momento determinado y como una opción personal.

¿Qué es anticoncepción?

Se refiere a las diferentes técnicas o métodos fisiológicos, mecánicos, químicos o quirúrgicos a los cuales un individuo o pareja pueden acceder voluntariamente para planear el número de hijos que se desean, el espaciamiento entre ellos y el disfrute de una sexualidad responsable.

¿Qué se entiende por planificación familiar?

Por planificación familiar (PF) se entiende la adopción voluntaria de alguna forma de anticoncepción con el objetivo de conseguir una maternidad y paternidad más responsable y el desarrollo de una sexualidad más plena.

¿De qué se trata la consejería en anticoncepción?

La consejería en anticoncepción es una asesoría que busca informar sobre los métodos de regulación de la fecundidad a una persona, pareja o grupo de personas, para facilitar la elección libre del método a que tienen derecho y planear responsablemente su vida sexual y reproductiva.

¿Qué significa elección informada?

Elección informada significa que la usuaria o el usuario, después de haber recibido una información específica, clara y precisa sobre la gama de métodos de regulación de la fecundidad durante la consejería, decide y elige libremente el o los métodos por usar de acuerdo con sus necesidades.

Conceptos

¿Cuáles son los objetivos de la consejería en anticoncepción?

- Acompañar la toma de decisión sobre el método de regulación de la fertilidad más apropiado para el o la usuaria y su pareja.
- Facilitar el proceso de reconocimiento personal y de la pareja de su conducta sexual, sus creencias y sentimientos.
- Promover el autocuidado y el cuidado mutuo en la salud sexual y reproductiva.
- Aclarar dudas, inquietudes, mitos y falsas creencias acerca de los métodos de regulación de la fecundidad y permitir la adherencia al método seleccionado.
- Aportar información completa, precisa, clara e imparcial de los métodos que regulan la fecundidad, para facilitar la libre elección a la que tiene derecho.

¿Quién puede ser consejero o consejera en planificación familiar?

Cualquier persona que haya sido entrenada previamente en los diferentes métodos de regulación de la fertilidad, capacitada para transmitir la información y poder responder a cualquier inquietud podrá ser un buen consejero o consejera.

Pueden recibir entrenamiento todas aquellas personas interesadas y quienes trabajan en comunidad (adultos o adolescentes) trabajen en el sector de la salud, a quienes de denominan agentes educativos, por ejemplo:

- Médicos/as, incluyendo especialistas, enfermeras, auxiliares de enfermería, trabajadoras sociales, sicólogos/as, trabajadores de atención primaria, promotores de salud, parteras, etcétera.
- Farmaceutas, auxiliares de farmacia, químicos.
- Miembros de la comunidad que se desempeñan como distribuidores o trabajadores de salud comunitarios, líderes comunitarios.
- Docentes, orientadores/as y, en general, los educadores.

¿Qué trabajadores de la salud o agentes educativos pueden formular o colocar un método anticonceptivo?

Según la normativa vigente en Colombia, establecida en la resolución 412 de 2000 (Guías de manejo integral y normas técnicas). del Ministerio de Salud, sólo pueden formular, recomendar o colocar un método anticonceptivo (DIU, SIU-hormonal, implantes), los médicos o enfermeras profesionales debidamente entrenados para ello.

Los métodos definitivos (esterilización quirúrgica) serán practicados por médicos entrenados.

¿Cuál es el perfil requerido de un(a) consejero/a?

Las personas que proporcionan educación y consejería anticonceptiva deben estar formadas en los aspectos técnicos de la anticoncepción, poseer habilidades de comunicación, de relaciones interpersonales, calidad humana y desempeñar su trabajo basado en principios éticos.

Un buen consejero debe percibir las necesidades, circunstancias, hechos y situación en la que se encuentra la persona atendida, es decir lograr empatía.

¿Qué significa empatía?

Percibir los sentimientos, emociones, circunstancias, hechos y situación en que se encuentra la persona atendida. Observando y escuchando con atención y objetivamente (sin juzgar) el lenguaje verbal y no verbal que expresa el/la usuario/a para captar sus necesidades. En pocas palabras, empatía es “colocarse en los zapatos del otro”.

- Tener presente **el estado emocional** en el que se encuentra el/la usuario/a al momento de la consejería; por lo general acuden con temor (a la censura, crítica, juicio), sentimiento de culpa, inseguridad, recelo, preocupación; sentimientos que al ser comprendidos por el/la consejero/a, pueden mitigarse al identificarlos y dialogar sobre ellos y al tomar con naturalidad los temas de sexualidad y anticoncepción.
- Establecer una **buena relación** generando **confianza** y estimulando la expresión abierta de sus sentimientos, creencias y necesidades respecto a la anticoncepción y situación individual y de pareja.

- Las **habilidades de comunicación** tales como la forma de hablar, el tono de la voz y la **actitud** en general que adopta quien aconseja contribuyen al logro de una relación armónica y confiable.
- **Evitar** gestos, actitudes de desaprobación o de risa con alguna de las preguntas, creencias o situaciones que esté refiriendo el usuario o la usuaria, ya que esto bloquea completamente la comunicación. Es estar **libres de prejuicios** para comprender y orientar objetiva y adecuadamente a usuarios y usuarias. Esto es especialmente importante cuando se asesora adolescentes.
- **Escuchar atentamente** no sólo el contenido de las palabras sino captar el lenguaje no verbal que expresa su cuerpo, donde se leen otras emociones ocultas que las y los inquietan e invitar al/la usuario/a a expresarlos. Además, la escucha activa genera motivación para continuar el diálogo.
- Hacer **preguntas asertivas** facilita ordenar los pensamientos y decidir libremente el método deseado y más acorde con su necesidad.
- **Emplear un lenguaje** claro y sencillo para que puedan asimilar la información. Evitar el lenguaje técnico (términos médicos) no coherente para el/la usuario/a o, en su defecto, explicar en forma sencilla su significado.
- **Respetar** las creencias culturales y religiosas, los valores personales, las condiciones de vida y los derechos en SSR.
- **Garantizar privacidad y confidencialidad.**
- **Motivar** al uso continuo del método anticonceptivo elegido, por el tiempo requerido por la pareja

¿Cuales materias son adecuadas para la capacitación de un consejero en anticoncepción?

Los programas de formación para la educación y consejería en planificación familiar requieren profundizar en una gama amplia de materias relacionadas con la sexualidad humana y los métodos de regulación de la fecundidad, para responder a las inquietudes y necesidades más específicas que se puedan tener usuarias y usuarios. Los principales son:

- Anatomía y fisiología reproductivas, masculina y femenina.
- Corporeidad y reconocimiento de la sexualidad propia.
- Métodos de regulación de la fertilidad.
- Criterios de elegibilidad de la OMS.
- Aspectos psicosociales de la sexualidad humana pertinente a la comunidad atendida, **con énfasis en adolescentes.**
- Abordaje de los mitos culturales con aclaración científica al respecto.
- Derechos y deberes en salud sexual y reproductiva.
- Legislación colombiana, políticas y normativa vigentes en SSR.
- Los riesgos en el manejo no seguro de la sexualidad (ITS, VIH/sida, consecuencias de la gestación no planeada), estadísticas.
- Importancia de la autoestima en el comportamiento sexual humano.
- Proyecto de vida, afecto y manejo del tiempo libre.
- Habilidades de comunicación, de relaciones interpersonales y manejo de grupos.
- **Técnicas de consejería.**

¿Por qué es importante la consejería en anticoncepción?

- Porque permite **aclarar** dudas personales y de pareja, facilita la **adherencia al método** por el tiempo que se requiera controlar la fecundidad, evitando las consecuencias ya conocidas de una gestación no planeada.
- Da a **conocer** los posibles efectos secundarios y su manejo, con el fin de evitar el abandono del anticonceptivo y, además, **proveer herramientas de soporte** a la que puede acudir tal como la línea 01 8000 910 858 para información adicional.
- Facilita la **libre elección informada** del método anticonceptivo para lograr el número de hijos deseados y en el tiempo deseado.
- Ayuda a adquirir **hábitos adecuados** en el manejo responsable, en pareja, de la salud reproductiva y sexual.
- Abre un **espacio** donde las personas pueden tratar con tranquilidad, seguridad y naturalidad temas sobre sexualidad.
- Promueve aspectos del **auto cuidado** y de cuidado mutuo en salud.

Metodología en consejería

¿Cuáles son los pasos por seguir para una consejería adecuada?

Para facilitar su secuencia, los denominaremos Las vocales de la Consejería, el **A, E, I, O, U de la consejería:**

1. **A** Agradar.
2. **E** Explorar / Escuchar.
3. **I** Informar.
4. **O** Orientar.
5. **U** Ubicar.

AGRADAR (A, e, i, o, u de la consejería)

Objetivo: hacer sentir cómodo al usuario en la búsqueda de la empatía.

- Adoptar una actitud afable, saludar respetuosamente con nombre propio a los usuarios ofreciéndoles seguir al consultorio y sentarse cómodamente, hacer una presentación personal y del programa lo cual facilita centrarse en la materia.
- Brindar un espacio adecuado que sea agradable, cómodo y privado.
 1. Es importante tenerla en cuenta la edad del/la usuario/a, ya que los adolescentes son más susceptibles, por los prejuicios y la barrera generacional.
 2. Garantizar la **confidencialidad**.

¿Cuáles son las reglas de la confidencialidad?

- Las normas de la confidencialidad deben ser claras y transmitirse a las usuarias y usuarios mediante cartillas o afiches en las salas de espera. Esta actitud facilita la adhesión, sobre todo en padres/madres y adolescentes.
- Garantizar que al menos una parte de la entrevista se efectúe a solas con el/la usuario/a, independiente de su edad, sobre todo con adolescentes.

- Deben desalentarse las consultas de los/as padres/madres sin conocimiento de los/las adolescentes.
- Tener presente que la participación de los adolescentes no excluye a padres y madres.
- El sistema de atención debe garantizar la solicitud de turnos, estudios, tratamientos por parte de usuarias y usuarios (sobre todo adolescentes), sin romper la confidencialidad.
- El compromiso de la confidencialidad no es recíproco, sólo es obligación para el trabajador de salud.

¿Hasta dónde mantener la confidencialidad?

Siempre (en especial en la atención a adolescentes), excepto cuando se presentan:

- Situaciones de riesgo inminente de vida para el/la usuario/a o para terceros, por ejemplo intentos de suicidio, depresión severa, entre otros.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de realidad.
- Diagnóstico de enfermedad de gravedad, por ejemplo linfoma, infección por VIH/sida, etc.
- Embarazo.
- Fármaco dependencia.
- Otras situaciones condicionadas por normas legales vigentes en cada comunidad.

¿Qué se recomienda cuando se atiende adolescentes en caso de tener que informar a padres/madres o adultos responsables?

- Evaluar la posibilidad de postergar la información a padres/madres o adultos responsables hasta lograr el consentimiento del/a usuario/a (negociar sobre todo con el/a adolescente).
- Comunicar al/a usuario/a la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre una determinada situación.
- Acordar con el/a usuario/a la forma de hacerlo: con o sin participación del trabajador de salud, ámbito, momento, etc.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del/a usuario/a.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos en que se presume una reacción familiar violenta.

EXPLORAR / ESCUCHAR (a, E, i, o, u de la consejería)

Objetivo

- Explorar: practicar la historia clínica: anamnesia y examen físico (exploración pélvica según el caso).
Facilita observar el perfil de riesgo de la usuaria según criterios de elegibilidad OMS.

Evaluar el riesgo: el perfil clínico de cada usuaria se establece en este paso. Mediante el interrogatorio pueden evaluarse los riesgos para cada método.

CONCEPTO DE RIESGO

Riesgo se define como la probabilidad de sufrir un daño; **daño** es el resultado temporal o definitivo no deseado (enfermedad o muerte). OPS/96.

GUÍA PARA EVALUAR EL RIESGO

- Edad: una gestación tiene mayor riesgo cuando la mujer es menor de 18 años o mayor de 35.
- Edad de la pareja y si conviven o no.
- Número de parejas sexuales en un año o en su vida.
- Frecuencia de relaciones sexuales en el mes.
- Tipo de relaciones (oral, anal, vaginal).
- Prácticas sexuales de riesgo.
- Antecedentes de ITS.
- Frecuencia de infecciones genitourinarias.
- Regularidad en ciclos menstruales. FUR. Menarquia.
- Presencia de dismenorrea e hipermenorreas.
- Embarazos anteriores, cesáreas, ectópicos, abortos.
- Antecedentes de patología obstétrica: enfermedad trofoblástica, ictericia.
- Capacidad de comprensión para el uso correcto de MAC.
- Consumo de tabaco, psicofármacos, alcohol.
- Uso de medicamentos de prescripción médica continua.
- Trastornos de la alimentación: anorexia, bulimia, obesidad.
- Antecedentes personales de importancia para el uso de MAC: diabetes, HTA, epilepsia, migraña, glaucoma y otras alteraciones visuales, trastornos de coagulación, depresión, tromboembolismo, hiperlipidemia, CA hormonodependiente, tumores hepáticos, coronariopatías, etc.
- En caso de percibir riesgo de ITS,VIH/sida, recomendar con insistencia el uso concomitante de condón o preservativo con el método elegido.
Los antecedentes familiares guardan importancia para la detección temprana de enfermedad hereditaria (CA seno, próstata, hiperlipidemia, trombo embolismo) haciendo énfasis en la autoexploración y el auto cuidado al igual que en la periodicidad en la consulta preventiva y exámenes paraclínicos. **(Estos antecedentes NO son contraindicación para el inicio de anticoncepción hormonal).**
- Aplique los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para apoyar la selección del método (ver anexos)
- **Escuchar: permita a el/la usuario/a expresar libremente lo que sabe sobre el método en que está interesado/a**, sus inquietudes y dudas para percibir cuáles son sus necesidades.
Antes de llegar a la asesoría, el usuario siempre tiene alguna información sobre la planificación, tomada de lo que dicen las personas en su comunidad (la agenda oculta); esta información proviene de variadas experiencias, generalmente acomodadas o distorsionadas de acuerdo con quien lo cuenta, por lo que tienen poco de verdad, muchos temores y siempre algo de exageración. Esa información es diferente en cada una de las personas, por lo cual es importante, mediante el diálogo y, especialmente, la escucha, permitir al usuario expresar cuál es el método que de acuerdo con lo que le han contado le hace sentir más confianza; qué sabe del método, qué dudas tiene y, sobre todo, a qué le tiene miedo (mitos). Estas son algunas de las preguntas que pueden ayudarle:
 - ¿Cuál método le interesa o de cuál le han hablado?
 - ¿Cuáles son sus ventajas?
 - ¿Cuáles sus desventajas?

- ¿Qué tan seguro es?
- ¿Qué le preocupa del método?
- ¿A qué le tiene miedo? (mitos)

Recuerde:

- Escuchar con atención sin juzgar ni corregir.
- Observar el lenguaje no verbal y percibir el estado emocional.
- Tener en cuenta la cultura y religión a la que pertenece.
- Evaluar aspectos psicosociales (estrato socioeconómico, capacidad de comprensión).

Si escucha logra un ambiente de confianza y empatía para dar más adelante credibilidad a sus observaciones. Recuerde que usted compite en credibilidad con la persona que brindó la información que acaban de relatarle, quien por lo general es una amiga o amigo con experiencia, en quien confía y cree.

INFORMAR (a, e, l, o, u de la consejería)

Objetivo: dar a conocer el perfil de usuaria de cada uno de los grupos de métodos de regulación de la fertilidad, para facilitar la libre elección.

Informar es el **paso clave** de esta metodología, los/las pacientes siempre esperan seleccionar el método más seguro que se adapte a sus características. El o la consejero/a debe permitir a la/el usuaria/o conocer cuáles son las características que debe tener una pareja, un hombre o una mujer, para que el método que seleccione le brinde alta seguridad anticonceptiva; mediante la presentación el o la paciente reconocerá cuales son sus características y escogerá el método que más se adapte a ellas.

Lo primero es saber si la decisión de usar un MPF busca protección temporal o permanente.

Método definitivo o irreversible:

Perfil:

- Si **no** desea tener hijos y si ya los tiene **no** desea tener más.
- Ser mayor de edad.
- Que no tenga ninguna limitación en sus facultades cognoscitivas para tomar decisiones.

Método temporal o reversible

Si la decisión es tener más hijos en el futuro o tener la opción de cambiar de método. Las siguientes son las características que debe tener en cuenta para la selección del grupo de métodos.

Conocer su cuerpo y cómo funciona

El hombre y la mujer deben conocer su cuerpo y cómo funciona, para su cuidado y manipulación adecuados y evitar daños o infecciones. Es muy importante ya que algunos métodos necesitan de estos requisitos para su uso correcto (métodos naturales y de barrera) y otros necesitan ser colocados adecuadamente en el interior o exterior de los órganos genitales (métodos de barrera).

Tener una relación de pareja estable con buena comunicación

Este perfil de pareja aumenta la seguridad de los métodos de barrera y naturales. En los de barrera hay acuerdo mutuo en la selección, preocupación por su disponibilidad y uso adecuado. En el caso de los métodos naturales aumenta la seguridad porque los dos están pendientes del seguimiento e identificación de los periodos fértiles y sin sacrificar su sexualidad recurren a su comunicación para disfrutar de su erotismo sin penetración en los días fértiles o utilizan protección adicional.

Sentirse cómodos manipulando sus órganos genitales

Cada individuo tiene una manera particular de comprender su sexualidad y, en consecuencia, su vida sexual. La experiencia, los conocimientos en cuanto al riesgo de GNP o de adquirir una ITS determinan cómo puede manejar la situación la pareja en el momento de la relación, y sin sentirse afectada enfrentar el riesgo y asumir una posición frente a la protección. Según su cultura, el hombre y la mujer tienen diferentes maneras de comprender su cuerpo; para algunos o algunas manipular sus genitales puede resultar incomodo o agresivo, esto es muy importante sobre todo con métodos que implican hacerlo (métodos de barrera y naturales) ya que disminuye la seguridad.

Estar entrenados en el uso del método seleccionado

Hay métodos que requieren de entrenamiento para su uso adecuado (barrera y naturales), su seguridad aumenta cuando la pareja está entrenada y de común acuerdo hace seguimiento al uso.

Tener autonomía

La autonomía es la capacidad para tomar decisiones y mantenerse en ellas pesar de las presiones del entorno o de la pareja. Una persona que no puede asumir el uso de un método puede correr el riesgo de que falle o, en muchos casos, permitir que su pareja decida no usarlo, bien sea porque no le gusta, disminuye el placer o le da miedo.

No sufrir de abundante sangrado, ni cólicos menstruales

Algunas mujeres antes o durante su periodo menstrual sufren de dolor, resultado de las contracciones que realiza su útero para liberar su capa interna, el endometrio; esto sucede en mujeres que tienen un endometrio grueso. Es frecuente también que aumente la cantidad y número de días de sangrado. Con el uso de dispositivo intrauterino, T de cobre, los dolores, la cantidad y los días de sangrado pueden aumentar.

Ser una mujer sana

En algunos casos, el estado de salud de la mujer puede determinar el método más adecuado para la pareja.

Si la persona informada padece de una enfermedad o está tomando algún medicamento debe remitirse siempre al servicio de salud más cercano.

Haber presentado su primer sangrado menstrual (menarquía)

Sin importar la edad, es un criterio importante para el inicio de los métodos hormonales.

Tener tiempo

Algunos métodos necesitan de tiempos adecuados para su postura, aplicación (los métodos de barrera) o seguimiento (naturales). Si la pareja no cuenta con el tiempo o tiene poca experiencia (los adolescentes) generalmente cuesta trabajo retardar la penetración y hacen mal uso de los métodos.

Manejar una sexualidad segura frente al riesgo de una ITS

Contar con una pareja que no sea de riesgo para contraer ITS, tener un adecuado aseo personal y manejo de ropas, su lavado y uso exclusivo; estas son garantías que en el manejo de la sexualidad disminuyen la probabilidad de una infección en los órganos genitales.

MÉTODO	PERFIL DE USUARIA
NATURALES	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja estable / comunicación • Entrenamiento pareja • Conocer su cuerpo y cómo funciona • Sentirse cómodos manipulando sus órganos genitales • Tener tiempo • Ciclos regulares
BARRERA	<ul style="list-style-type: none"> • Pareja estable / comunicación • Entrenamiento pareja • Conocer su cuerpo y cómo funciona • Autonomía • Sentirse cómodos manipulando sus órganos genitales • Tener tiempo
DIU	<ul style="list-style-type: none"> • No sangrados abundantes • No cólicos menstruales • Pareja estable / comunicación • Sexualidad segura / ITS
HORMONALES	<ul style="list-style-type: none"> • Mujer sana • Que haya presentado su primer sangrado menstrual

Segundo: solicite a la persona asesorada que realice la elección del grupo de métodos que se adapte más a su perfil; es posible que al intentar hacerlo aún tenga dudas, entonces repase la información sobre el perfil de usuaria, verifique que lo entienda y pregunte de acuerdo con la información y su perfil (ella, el o ellos) cuál considera que es el grupo de métodos más seguro y conveniente. Recuerde que es una elección libre, nunca dé sugerencias o recomendaciones. Si la información sobre los perfiles de la usuaria son correctos, la persona asesorada tendrá las herramientas para tomar una decisión; algunas personas pedirían tiempo para comentarlo con su pareja, otras para pedir permiso; respete su proceso de toma de decisiones y binde la oportunidad para continuar con la asesoría en otra oportunidad o invítela a un taller de planificación. Durante el proceso verifique la comprensión de la información para garantizar que el usuario tome la elección más adecuada de acuerdo con sus necesidades.

ORIENTAR (a, e, i, O, u de la consejería)

Objetivo: después de acompañar la elección informada de un grupo de métodos según el perfil de la usuaria, oriéntela sobre la selección específica del método o métodos. Recuerde que la decisión es de la usuaria mediante la libre elección, pero informada.

Presente, en orden, los métodos del grupo seleccionado, permítale tener contacto con los métodos, explíquele sus diferencias e indicaciones de acuerdo con el perfil de la usuaria. Para hacerlo de forma ordenada realice los siguientes pasos (véase anexo de tabla sobre los métodos)

- Explique cuáles son los métodos de este grupo y cuál es su acción en el cuerpo.
- Cómo se utilizan.
- Seguridad anticonceptiva.
- Perfil de usuaria (refuerce).
- Ventajas, desventajas y miedos (mitos): para informar sobre las ventajas, pregunte a la persona asesorada cuáles conoce o ha oído sobre el grupo de métodos seleccionado, aclare los conceptos utilizando buenos argumentos. Repita el mismo procedimiento para explicar desventajas y para aclarar los miedos o mitos.
- Verifique si le comprendió por medio de preguntas.
- Permítale seleccionar un método.

Al finalizar este paso el usuario debe haber elegido un método, si no lo ha hecho quiere decir que le faltó información o no ha entendido. Por ello siempre hay que verificar si entendió y qué entendió para garantizar que cuenta con las herramientas que permitan tomar una decisión.

UBICAR (a, e, i, o, U de la consejería)

Objetivo: explicar dónde puede acceder al método elegido, inscripción en el programa de PF y seguimiento.

Cuando el o la paciente ya ha seleccionado un método (orientar), procedemos a:

- Formule o recomiende el método elegido de acuerdo con los *criterios médicos de elegibilidad de la OMS*, explique cómo y dónde puede obtener el método de planificación seleccionado.
- Que el o la usuario/a explique su forma de uso y forma correcta de control (verificación de comprensión). Si el método seleccionado no está incluido en el POS, fórmelo y aclare sus costos y dónde puede acceder al mismo.
- Explique los signos de alarma y en caso de urgencia indique dónde debe consultar.
- Si su organización o institución tiene un programa de servicios, infórmele los beneficios que tiene pertenecer al programa de planificación familiar de la institución que usted representa (hospital local, IPS, EPS, ARS) e invítele a inscribirse desde ese momento al programa.
- Acuerde una nueva cita de *seguimiento*: es muy importante ya que se presentan altas tasas de abandono si no se resuelven los problemas menores y no se infunde tranquilidad y confianza en el método. Además, pueden detectarse a tiempo síntomas de alarma para evitar el riesgo de complicaciones graves.
- Para evaluar:
 - ❖ Continuidad o abandono.
 - ❖ Pregunte sobre efectos esperados (secundarios) y brinde un manejo adecuado y oportuno.
 - ❖ Resuelva dudas.
 - ❖ Motive la continuidad y el seguimiento en el programa.

- ❖ Verifique el uso correcto del método.
- ❖ Informe sobre la importancia de los controles periódicos (varían en tiempo según el método y las normas vigentes).
- Facilitar números telefónicos, líneas 01 8000, correos electrónicos o puntos de referencia donde la usuaria pueda recibir la información adicional, en momentos en que no pueda acceder a la consejería directamente.
- Entregue material informativo de apoyo tales como: folletos, cartillas, cuadernillos.
- Motive a usuarias y usuarios al uso continuo del método anticonceptivo elegido, por el tiempo que así lo requieran, haciendo caer en cuanta de los beneficios sobre el proyecto de vida.
- Oriente en el autoexamen e higiene corporal así como en la toma de exámenes periódicos necesarios para el cuidado de la salud (citología cervicovaginal, mamografía, perfil lipídico, etc.).
- CONSENTIMIENTO INFORMADO para los MAC que lo requieran.

Según lo reglamentado en la ley de ética médica (ley 23 de 1981) artículo 15, y en la resolución 412 de 2001, el médico o la enfermera pedirá *consentimiento informado* individual y escrito, en el que se describe un procedimiento médico o quirúrgico, sus riesgos y posibles efectos secundarios que puedan afectar al usuario o a la usuaria física o psíquicamente y la firma o huella digital del consentimiento en el que se certifique que recibió la información.

MAC que requieren consentimiento informado:

- Métodos permanentes o definitivos (vasectomía, ligadura de trompas).
- Implantes subdérmicos.
- DIU de cobre.
- SIU de progestina (hormonal).

3. Segunda parte

3.1. Métodos de regulación de la fecundidad

3.1.1. Métodos hormonales

3.1.1.1. Métodos hormonales orales

Los anticonceptivos hormonales orales son métodos temporales y se dividen en dos grupos:

1. Los combinados de estrógeno y progesterona.
2. Los que contienen sólo progesterona.

Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progesterona

Formulación

Contienen un estrógeno sintético: etinil estradiol (20-50 µg) o mestranol (50-100 µg). Las dosis diarias recomendables no deben exceder de 35 µg de etinil estradiol o de 50 µg de mestranol.

Además del estrógeno contienen una de cualquiera de las siguientes progesteronas sintéticas derivadas de la 19 nortestosterona: norestisterona (400 µg-1mg), norgestrel (300-500 µg), levonorgestrel (50-250 µg), gestodeno (75 µg), norgestimato (250 µg) y desogestrel (150 µg), o derivadas de la 17 hidroxiprogesterona: acetato de clormadinona (2 mg) y acetato de ciproterona (2 mg).

Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales, a saber:

- **Monofásicos.** Las que contienen dosis constantes del estrógeno y progesterona en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas. Algunas presentaciones incluyen siete tabletas o grageas adicionales que no contienen hormonas, sino sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración ininterrumpida.
- **Multifásicos.** Los que contienen dosis variables del estrógeno y progesterona en las tabletas o grageas que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas.
- **Efectividad anticonceptiva.** El porcentaje más bajo de embarazos, debido a las características propias del método es 0,1%, pero el porcentaje típico, es decir aquel que se presenta después del uso que las mujeres dan al método es de 3%.

Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales combinados orales están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de alta efectividad y seguridad y que acepten la responsabilidad de la ingesta diaria de las tabletas o grageas en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto inmediato.
- En posparto o poscesárea, después de la tercera semana, si la mujer no está lactando, o después del 6 mes si está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Hipertensión arterial moderada y severa (>160/100).
- Enfermedad migrañosa focal.
- Fumadoras de más de 20 cigarrillos/día y mayor de 35 años.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Diabetes de más de 20 años de evolución o con compromiso vascular.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad de menos de 20 cigarrillos/día.
- Hipertensión arterial leve (< 160/100).
- Diabetes mellitus no controlada.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.
- Enfermedad biliar sintomática.
- Usuarías que tengan que tomar rifampicina, ampicilina, barbitúricos o fenitoínas.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente en el primer día del ciclo menstrual, es decir el día que se inicia la menstruación.

En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días de descanso sin medicación. Los ciclos subsecuentes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere una de éstas, que contienen hormonas, diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta o gragea que contiene hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

Este método debe suspenderse cuatro semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Para su prescripción deben seguirse los siguientes procedimientos:

- Proporcionar orientación.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos, incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Duración de la protección anticonceptiva

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

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Cefalea.
- Náusea.

- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Cloasma.
- Manchado intermenstrual.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En caso de sintomatología leve, reforzar la orientación y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología por lo general es transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.
- Suspender el uso del método, reforzar consejería y ofrecer cambio de método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:
 - Sospecha de embarazo.
 - Cefalea intensa.
 - Alteraciones visuales.
 - Dolor torácico intenso.
 - Disnea.
 - Dolor de miembros inferiores.
 - Ictericia.
 - Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

Conducta por seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una tableta o gragea: tomar al día siguiente dos tabletas o grageas.
- En caso de olvido de dos tabletas o grageas consecutivas: ingerir dos tabletas o grageas durante los dos días siguientes, y adicionar un método de barrera por siete días.
- En caso de olvido de tres tabletas o grageas consecutivas, el método ya no es efectivo. Debe suspenderse la ingestión de las tabletas o grageas restantes, utilizar un método de barrera durante el resto del ciclo y reiniciar la ingestión de tabletas o grageas en el siguiente ciclo menstrual.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos debe recomendarse el uso adicional de un método de barrera.

Seguimiento de la usuaria

Se efectuará mediante una visita inicial al mes y posteriormente cada año a partir del inicio del uso del método o antes si es necesario. En cada visita se reforzará la orientación, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y, cuando proceda, se dotará a la usuaria de las tabletas o grageas.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes pueden prescribirse o entregarse hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

3.1.1.2. Métodos hormonales inyectables

Los anticonceptivos hormonales inyectables son métodos temporales de larga acción y se dividen en dos grupos:

Los combinados de estrógenos y progesterona.

Los que contienen sólo progesterona.

Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progesterona

Formulación

Contienen un éster de estradiol: cipionato de estradiol (5 mg), valerianato de estradiol (5 mg) o enantato de estradiol (5 y 10 mg). Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.

Además de estrógeno contienen una de cualquiera de las siguientes progesteronas sintéticas esterificadas derivadas de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o derivadas de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg).

Presentación

Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:

- Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa microcristalina (Cyclofem).
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa (Mesigyna).
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de solución oleosa (Perlutal).

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor a 98%.

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo.
- En el intervalo intergenésico.
- En posaborto.
- En posparto, o poscesárea después de la tercera semana, si la mujer no está lactando.

Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.

- Tener o haber tenido enfermedad tromboembólica, incluyendo trombosis de venas profundas, embolia pulmonar, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, cardiopatía isquémica y cardiopatía reumática.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Hipertensión severa (>180/110).
- Migraña focal.
- Diabetes con complicaciones vasculares o de más de 20 años de evolución.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad, fumen más de 20 cigarrillos/día.
- Hipertensión arterial moderada (160-179/100-109).
- Diabetes mellitus no controlada.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.
- Usuaris que tengan que tomar rifampicina, ampicilina, barbitúricos y fenitoínas.

Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.

La primera aplicación debe hacerse en cualquiera de los primeros cinco días después de iniciada la menstruación. También puede iniciarse en cualquier momento, si se está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Si el método se inicia después del quinto día del ciclo menstrual debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes deben aplicarse cada 30 +/- 3 días, independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual. Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progesterona pueden cambiar al hormonal combinado inyectable recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente se debe aplicar cada 30 +/- 3 días independientemente de cuando se presente el sangrado menstrual.

En el posparto, o poscesárea cuando la mujer no efectúa lactancia, la administración del hormonal combinado inyectable se puede iniciar después de la tercera semana.

Después de un aborto se puede iniciar la administración del hormonal combinado inyectable inmediatamente.

Estos anticonceptivos deben suspenderse 4 semanas antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables pueden obtenerse en unidades de atención médica y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias.

Para su prescripción deben seguirse los siguientes procedimientos:

- Proporcionar orientación.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de los inyectables.
- Efectuar examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).
- Deben utilizarse jeringas y agujas estériles que sean desechables.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva se extiende hasta por 33 días después de la aplicación de la inyección. La aplicación de inyecciones subsecuentes después de 33 días a partir de la anterior no garantiza protección anticonceptiva.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Cefalea.
- Náusea.
- Vómito.
- Mareo.
- Mastalgia.
- Incremento de peso corporal.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

En caso de sintomatología leve debe reforzarse la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método, ya que esta sintomatología puede ser transitoria y comúnmente se presenta sólo en los primeros meses de uso.

Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo.
- Cefalea intensa.
- Alteraciones visuales.
- Dolor torácico intenso.
- Disnea.
- Dolor de miembros inferiores.
- Ictericia.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.
- Persistencia o intolerancia de efectos colaterales más allá de seis meses.

Conducta por seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- Para asegurar la efectividad del método es indispensable que las inyecciones subsecuentes se apliquen con un intervalo máximo de 33 días. No es recomendable aplicarlas antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse métodos de barrera y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.

- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), deben adicionarse métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

Seguimiento de la usuaria

Debe efectuarse mediante una visita inicial a los 30 días y posteriormente cada año o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.

En cada visita se reforzará la consejería, se valorará la satisfacción con el método, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes pueden entregarse varias ampollas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollas que se proporcione puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad que tenga la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

Hormonales inyectables que sólo contienen progesterona

Formulación

Contienen una progesterona sintética esterificada derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg).

Presentación

Existe un tipo de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contiene progesterona: acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampollita con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina (depo-Provera).

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 98%.

Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método temporal de larga acción e inyectable, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógeno esté contraindicado.
- Mujeres en el posparto o poscesárea, con o sin lactancia y deseen un método inyectable.
- En el posaborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Tener enfermedad hepática aguda o crónica activa.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Mujeres que deseen embarazarse en un período menor a 9 meses después de suspender el anticonceptivo.
- Alteraciones de la coagulación.

Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progesterona se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe efectuarse en cualquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses, independientemente de cuando se presente el sangrado.
- En el posparto, cuando la mujer esté lactando, la aplicación de estos anticonceptivos inyectables debe efectuarse después de la sexta semana.
- En el posaborto la primera aplicación puede efectuarse inmediatamente.

Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progesterona pueden obtenerse en unidades de atención médica, y en programas de distribución comunitaria o adquirirse en las farmacias con prescripción médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las inyecciones.
- Efectuar examen físico en función capacitación y recursos del prestador de servicios y requerimientos de los métodos anticonceptivos incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).
- Debe tenerse especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progesterona, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea.

- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso (0,5 a 1 kg/año de uso).

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

En caso de sintomatología leve, reforzar la consejería y recomendar a la usuaria que continúe el uso del método.

Suspender el uso del método si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- Sospecha de embarazo.
- Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

Conducta por seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

La aplicación de DMPA puede efectuarse hasta cuatro semanas después de la fecha programada, sin necesidad de adicionar otro método. Aunque no es aconsejable, puede aplicarse también hasta cuatro semanas antes de la fecha programada para inyecciones subsecuentes.

Seguimiento de la usuaria

- Debe efectuarse mediante una visita inicial y posteriormente cada año, o cuando se estime necesario por el prestador del servicio o la usuaria.
- En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el uso correcto del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda se aplicará la siguiente inyección.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes pueden entregarse varias ampollitas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollitas que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras, incluyendo la capacidad de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

3.1.1.3. Método hormonal subdérmico

Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que se inserta subdérmicamente y consiste en un sistema de liberación continua y gradual de una progesterona sintética (no contiene estrógeno).

Formulación

Seis cápsulas de dimetilpolisiloxano que contienen cada una 36 mg de levonorgestrel.

Presentación

Seis cápsulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de diámetro transversal, que liberan en promedio 30 µg diarios de levonorgestrel.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva superior a 99% durante el primer año. Después disminuye gradualmente (98,9% al quinto año de uso).

Indicaciones

Este método está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes con patrón menstrual regular, que deseen un método anticonceptivo hormonal de larga acción que no requiere de la toma o aplicación periódica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el intervalo intergenésico, inclusive cuando el uso de estrógenos esté contraindicado.
- En el posparto o poscesárea, con o sin lactancia.
- En el posaborto inmediato.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o del cérvix.
- Tener o haber tenido tumores hepáticos benignos o malignos.
- Enfermedad hepática aguda o crónica activa.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.
- Debe considerarse la posibilidad de disminución de la efectividad del método después de dos años de uso en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

Forma de administración

Las cápsulas deben insertarse subdérmicamente en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas para el método. La inserción debe efectuarse preferentemente durante cualquiera de los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad razonable de que no hay embarazo. En el posparto y poscesárea con lactancia, la inserción debe hacerse después de la sexta semana del puerperio.

Lineamientos generales para la prescripción

Tanto las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos deben ser realizados por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica.

Se deben seguir los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Indicar el uso de métodos anticonceptivos de barrera y espermicidas en caso de tener relaciones sexuales el día de la inserción.
- Efectuar examen físico incluyendo toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

La remoción debe efectuarse al cumplir cinco años de uso. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria en cualquier momento antes de la terminación de la duración total de la protección anticonceptiva. Si procede puede hacerse la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

Técnica de inserción y remoción

Inserción

- Para aplicar la anestesia deben utilizarse jeringas y agujas estériles desechables.
- Debe utilizarse trócar estéril.
- Mientras se insertan los implantes la mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba.
- Brazo seleccionado: izquierdo si es diestra, derecho si es zurda.
- Sitio de la implantación: las cápsulas pueden colocarse bajo una zona de piel sana en la cara interna del brazo.
- La piel se lava con agua y jabón, luego se pincela con un antiséptico.
- Se aplica anestesia local y se hace una incisión de 2 mm. Las cápsulas se introducen por la incisión, en forma de abanico abierto bajo la piel, a través de un trócar calibre 10, en dirección opuesta al codo. No se requiere sutura. Se aplica un vendote. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.

Remoción

Conviene localizar las cápsulas manualmente, sin guantes, y marcarlas con pluma o bolígrafo.

Se sigue el mismo procedimiento que para la inserción en cuanto a técnicas de asepsia, antisepsia y anestesia. La anestesia es muy importante, debe colocarse bajo los implantes en su extremo más inferior. Se hace una pequeña incisión por la que se extraen las cápsulas una a una, empezando por las que estén más accesibles.

Si se dificulta extraer uno o dos implantes dejar que cicatrice y reintentar la extracción. En caso necesario usar radiología o ultrasonido para su localización y si no es posible la extracción del total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria para la solución del problema.

Duración de la protección anticonceptiva

Hasta cinco años después de la inserción.

Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Hematoma en el área de aplicación.
- Infección local.
- Dermatitis.
- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Mastalgia.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Reforzar la consejería en relación con la inocuidad de las irregularidades menstruales y mantener los implantes insertados.
- En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales deben removerse los implantes.
- En caso de embarazo deben retirarse los implantes inmediatamente.

Conducta por seguir en caso de presentarse problemas con los implantes

- En caso de expulsión de uno o más implantes, deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas.
- En caso de ruptura de una o más cápsulas, éstas deben removerse y reemplazarse por cápsulas nuevas sin necesidad de cambiar el resto.

Seguimiento de la usuaria

La primera visita debe efectuarse dentro del primer mes a partir de la inserción y después cada año, hasta completar los cinco años de efectividad del implante para su sustitución o cambio de método según el deseo de la usuaria. Siempre que sea posible, a intervalos anuales, debe tomarse muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

Debe instruirse a la usuaria para que en caso de dudas o problemas relacionados con el método acuda a consulta en cualquier momento.

3.1.2. Métodos de barrera y espermicidas

Son métodos anticonceptivos de uso temporal que interfieren la fecundación de manera mecánica o química.

Métodos de barrera

Descripción

Son los que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan también de la acción de sustancias químicas.

Para el hombre

Condón o preservativo: es una bolsa de plástico (látex), que se aplica al pene en erección para evitar el paso de espermatozoides. Algunos contienen, además, un espermicida (Nonoxinol-9). El condón o preservativo es el único método que contribuye a la prevención de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el sida.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 85%.

Indicaciones

Es un método indicado para el hombre con vida sexual activa, en las siguientes situaciones:

- Como apoyo a otros métodos anticonceptivos.
- En personas con actividad sexual esporádica.

- Como apoyo durante las primeras 25 eyaculaciones posteriores a la realización de la vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el sida.

Contraindicaciones

- Alergia o hipersensibilidad al plástico (látex) o al espermicida.
- Disfunciones sexuales asociadas a la capacidad eréctil.

Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

Forma de uso

- Debe usarse un condón o preservativo nuevo en cada relación sexual y desde el inicio del coito.
- Cada condón puede usarse una sola vez.
- Debe verificarse la fecha de manufactura, que no deberá ser mayor a cinco años.
- Se coloca en la punta del pene cuando está en erección, desenrollándolo hasta llegar a la base del pene. Debe evitarse la formación de burbujas de aire.
- Cuando el hombre no esté circuncidado debe retraer el prepucio hacia la base del pene antes de colocar el condón.
- Posterior a la eyaculación debe retirarse el pene de la vagina cuando aún esté erecto, sostener el condón por la base del pene para evitar que se derrame el semen o permanezca el condón en la cavidad vaginal.
- El preservativo se anudará antes de su depósito final en un basurero, evitando derramar el semen.
- En caso necesario, se emplearán únicamente lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.

Lineamientos generales para la prescripción

Puede obtenerse en unidades de atención médica, en programas de distribución comunitaria y de mercadeo social o mediante adquisición libre en farmacias y otros establecimientos comerciales.

Efectos colaterales

Intolerancia al látex o al espermicida.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

Seguimiento del usuario

Las visitas de seguimiento deben efectuarse de acuerdo con las necesidades del usuario, si procede para proveer condones, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

Espermicidas

Descripción

Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al útero. Por lo general son surfactantes que pueden administrarse por medio de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

Efectividad

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva de 80% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

Formulaciones

Cremas

El vehículo es ácido esteárico y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9, o cloruro de bencetonio.

Óvulos

El vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de bencetonio, Nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.

Espumas en aerosol

El vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de benzalconio.

Indicaciones

Estos métodos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes que deseen un método temporal de efectividad media, en las siguientes condiciones:

- Contraindicación para el uso de anticonceptivos hormonales.
- Durante la lactancia.
- Para aumentar la eficacia anticonceptiva de otros métodos de barrera.
- En período inmediato posvasectomía.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

Forma de administración

Aplicarse dentro de la vagina de 5 a 20 minutos antes de cada coito, según la recomendación del fabricante.

Lineamientos generales para la prescripción

A las usuarias debe explicárseles sobre la necesidad de respetar el tiempo de espera antes del coito a partir de la aplicación intravaginal, así como evitar el aseo poscoito en forma inmediata, con el fin de lograr el efecto anticonceptivo de los espermicidas.

Duración de la protección anticonceptiva

Dependiendo del tipo de producto empleado se limita a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

Efectos colaterales

Este tipo de efectos son infrecuentes y menores y generalmente corresponde a irritación local causada por sensibilidad o alergia.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar la consejería y cambiar a otro espermicida que contenga otro principio activo.

Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento deben efectuarse de acuerdo con las necesidades de la usuaria, si procede para proveer del método, para reforzar las instrucciones de uso y la consejería.

3.1.3. Dispositivo intrauterino (DIU)

Los dispositivos intrauterinos son artefactos que se colocan dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de carácter temporal.

El dispositivo intrauterino (DIU) es una estructura flexible hecha de metal o plástico. Este método de regulación de la fecundidad fue desarrollado hace muchos años, desde inicios del presente siglo, pero solo desde los años 1960 que tuvo su desarrollo. En este momento aproximadamente 100 millones de mujeres están usando un DIU.

Tipos de DIU

El dispositivo de más amplio uso en nuestro país es el de cobre 380 A y es de la que hay más estudios epidemiológicos y de efectividad disponibles. Durante las próximas líneas nos vamos a centrar en este tipo de DIU.

Presentación

Los dispositivos intrauterinos se obtienen esterilizados en presentación individual acompañados de su insertor.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 95 a 99%.

Indicaciones

La inserción del DIU está indicada para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, incluyendo adolescentes, que deseen un método anticonceptivo temporal de alta efectividad y seguridad, que no deseen la toma o aplicación periódica de anticonceptivos hormonales en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo
- En el intervalo intergenésico

- En el posparto, trans y poscesárea, con o sin lactancia
- En el posaborto.

Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de sepsia puerperal o posaborto.
- Sangrado vaginal inexplicado.
- Cáncer de cervix, endometrio u ovario.
- TBC. pélvica.
- Una ETS en los últimos tres meses.

Precauciones

- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorrágiparos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Enfermedad trofoblástica benigna.

Forma de administración

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

Tiempo de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Período intergenésico: preferentemente durante la menstruación o en cualquier día del ciclo menstrual cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- Posplacenta: la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de un parto o durante una cesárea.
- Prealta: al egreso hospitalario puede colocarse el DIU antes de que la paciente sea enviada a su domicilio, después de la resolución de cualquier evento obstétrico.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o aspiración endouterina por aborto de cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre 4 y 6 semanas posaborto, posparto y poscesárea.

Lineamientos generales para la prescripción

El DIU debe ser aplicado:

- Después de proporcionar consejería
- Por personal capacitado en la exploración del aparato genital femenino y en las diversas técnicas de inserción.
- Siguiendo las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia
- No debe recomendarse en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual, por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

Técnica de inserción del DIU

Para la inserción de DIU durante el intervalo intergenésico, el puerperio mediato y el posaborto de 12 semanas de edad gestacional o menos, se requiere del insertor que acompaña al DIU. En los períodos posplacenta, transcesárea, posaborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediato (prealta) no debe usarse el insertor.

Intervalo intergenésico

Debe informarse a la usuaria cómo será el procedimiento de inserción y la importancia de su colaboración durante el mismo.

Debe hacerse una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica. Con la ayuda de un espéculo vaginal se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.

Empleando pinza de Pozzi se toma el labio anterior del cuello uterino y se tracciona suavemente para rectificar el ángulo entre el canal cervical y la cavidad uterina. Con un histerómetro, de preferencia maleable, se determina la longitud de la cavidad uterina. Se registra la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6 cm, no debe insertarse el DIU. Si la longitud es mayor a 6 cm debe insertarse el DIU siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso que proporciona por el fabricante. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de prensión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix en caso necesario y se retira el espéculo vaginal.

Inserción posplacenta

Existen dos técnicas para la inserción del DIU: con pinza y manual.

Técnica con pinza

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester), una recta y una curva, así como dos valvas vaginales:

- Se toma el DIU con la pinza de Forester curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guías; la pinza se deja a mano en la mesa de instrumentos.
- Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Forester recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
- Empujando ligeramente la pinza con el DIU se confirma que este está en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no halar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm de longitud, éstos no

deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

Técnica manual

- El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
- Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no halar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza.

Las dos técnicas son satisfactorias y sin diferencia significativa en las tasas de expulsión; sin embargo, debe recomendarse que se use la técnica con pinza para las mujeres a quienes no se les proporcionó anestesia general o bloqueo peridural para la atención del parto.

Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas con pinza y manual.

Técnica con pinza

Esta técnica se realiza con dos pinzas de anillos (Forester). El procedimiento es el siguiente:

- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.
- El DIU se toma con una pinza de anillos, en la forma que fue descrita para su inserción en posplacenta.
- Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
- Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
- Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no halar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, pues ocurre espontáneamente.
- Debe tenerse cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.

Técnica manual

- Se toma el DIU entre los dedos de la mano en la forma ya descrita para su inserción en posplacenta.
- La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
- Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta este.
- Se retira la mano de la cavidad cuidando no alar los hilos guía. El extremo distal de estos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.
- Debe tenerse cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

Posaborto

La inserción del DIU en posaborto de 12 semanas o menos, resuelto mediante legrado instrumental o aspiración endouterina, debe efectuarse con el insertor, usando la técnica de aplicación descrita para el intervalo intergenésico.

Para los abortos de más de 12 semanas, resueltos mediante legrado instrumental, se usará la técnica con pinza. Si se hubieren resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según se describió.

Prealta

El DIU puede aplicarse previamente al alta hospitalaria de la mujer, siguiendo la técnica de aplicación con pinza, descrita para la inserción posplacenta y posaborto del segundo trimestre. La inserción del DIU antes del egreso constituye un recurso para aquellas mujeres que no habían aceptado el DIU antes del parto y que después de recibir consejería optan por este método, así como para las que hubieren superado la causa de contraindicación o precaución.

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad anticonceptiva de los dispositivos tipo Tcu 380A y Tcu 220C es de diez años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años respectivamente.

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

Efectos colaterales

En general, el DIU es bien tolerado por la mayoría de las usuarias. Los efectos colaterales son poco frecuentes, generalmente limitados a los primeros meses posteriores a la inserción y pueden manifestarse como:

- Dolor pélvico durante el período menstrual.
- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

Conducta por seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizando las características y consecuencias del uso del método.

Los efectos colaterales deben ser tratados. Si las molestias persisten más allá de 90 días, debe considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU, y si persistieran debe retirarse y seleccionarse otro método anticonceptivo.

Una complicación inmediata que puede presentarse como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso debe abandonarse el procedimiento y observar a la usuaria desde el punto de vista hemodinámico, por un lapso de dos horas, citar a las 24 y 48 horas posteriores y planear la inserción del DIU en el próximo ciclo menstrual, ofreciendo un método de barrera para ese mes.

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse, la primera entre la cuarta y la sexta semanas posteriores a la inserción. Si la aplicación se realizó después de un evento obstétrico, se recortarán los hilos del DIU a una distancia de dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, en caso necesario. La segunda revisión debe efectuarse a los seis meses a partir de la inserción y posteriormente cada año contado a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del DIU mediante la visualización de los hilos guía, investigar la presencia de efectos colaterales, descartar la presencia de embarazo y detectar la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU. Si los hilos no son visibles, no debe intentarse el retiro del dispositivo.

3.1.4. Anticoncepción de emergencia

También llamada “píldora del día siguiente” o “anticoncepción post-coital”. Pero esta terminología permitía confusión, porque no es solo una píldora y tampoco se puede utilizar únicamente al día siguiente de la relación sexual no protegida, sino hasta 3 días después y en caso de dispositivo hasta 5 días después.

El objetivo fundamental es ofrecer un tipo de contracepción que se utiliza como procedimiento de emergencia en caso de una relación sexual no protegida.

Mecanismo acción

El mecanismo preciso de acción es incierto, previene la ovulación, y/o la implantación y no es un método abortivo.

Eficacia

Después de una relación sexual no protegida cerca de 2% de las mujeres quedarán embarazadas si usan anticoncepción de emergencia. La posibilidad de quedar embarazadas es 4 veces mayor si no usan anticoncepción de emergencia. En caso de usar T Cu 380 A, las posibilidades de embarazo son menores de 1%.

Indicaciones

Su uso está destinado a mujeres que tuvieron una relación sexual no protegida así:

- Cuando no se ha usado un método contraceptivo.
- Cuando ha ocurrido un accidente o uso indebido del método.
- Cuando la mujer ha sido víctima de abuso sexual.

Contraindicaciones

- Embarazo.
- Sospecha de embarazo, en caso de toma inadvertida, no hay reportes de alteración para la mujer o el feto.

No existen otras contraindicaciones debido a que la dosis utilizada y el tiempo de la anticoncepción de emergencia es poco y por tanto no pueden aplicarse las precauciones de uso de los anticonceptivos orales combinados.

En caso de uso de T Cu 380 A, se tiene como contraindicaciones:

- Enfermedad pélvica inflamatoria actual o en los últimos 3 meses.
- ETS actual o en los últimos 3 meses.
- Cervicitis purulenta.
- Anomalías congénitas uterinas.
- Enfermedad trofoblástica.
- TBC pélvica.

Formas de administración

- Anticonceptivos orales que contienen estrógenos (etinil-estradiol EE_2) y progestágenos, así:
 - ❖ Si son de macrodosis (50 μ g de EE_2) dos tabletas inicialmente y repetir a las 12 horas, siempre y cuando no pasen más de 72 horas desde la relación sexual.
 - ❖ Si son de microdosis (30 μ g de EE_2). La dosis es de 4 tabletas por cada toma, siendo dos tomas con 12 horas de diferencia.
- T Cu 380 A, puede insertarse hasta el quinto día después de la relación no protegida.

Lineamientos generales para la prescripción

El servicio puede ser provisto por profesionales de la salud y trabajadores sociales con entrenamiento, cuando de usen anticonceptivos orales.

Debe darse consejería a los usuarios en un ambiente privado y confidencial. Deben darse instrucciones adecuadas de uso y consejería sobre métodos de regulación regulares.

Cuando se hace anticoncepción de emergencia con T Cu 380 A, debe proveerse mediante profesionales de la salud calificados y entrenados.

Cuando se aplica T Cu 380 A, debe llenarse el consentimiento informado.

Duración de la protección

En el caso de anticonceptivos orales sólo actúa protegiendo esa relación sexual. Cuando se aplica T Cu 380 A, se entiende la duración de la protección la del dispositivo.

Efectos colaterales

Cuando se usan anticonceptivos orales:

- Náusea: en 50% de las usuarias, que usualmente no dura más de 24 horas.
- Vómito: ocurre en 20% de las usuarias; si se presenta en las 2 primeras horas después de la toma de las píldoras debe repetirse la dosis y adicionar un antiemético.
- Sangrado menstrual irregular: la mayoría de las mujeres tendrá su menstruación en la fecha esperada o más temprano; en caso de presentarse un retardo de más de una semana debe descartarse embarazo.
- Puede presentarse congestión mamaria, cefalea y mareo.

Cuando se utiliza T Cu 380 A, los efectos secundarios son los mismo que para su uso regular.

Seguimiento

Si la usuaria adoptó un método de regulación de la fecundidad para uso rutinario, no se requiere seguimiento para la anticoncepción de emergencia, a menos que se presente un retardo menstrual.

Si usó T Cu 380 A debe citarse después de la menstruación. Si no desea continuar con el DIU puede retirarse y dar consejería sobre otros métodos. Si desea continuar debe revisarse la situación del DIU y explicar el programa de seguimiento propuesto en el apartado de DIU.

Metodos definitivos

Métodos definitivos de esterilización femenina

La esterilización femenina es un método anticonceptivo permanente para la mujer que consiste en bloquear las trompas de Falopio a fin de obstruir el transporte de los óvulos maduros desde los ovarios al útero, con el fin de evitar la fertilización.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso este método brinda protección anticonceptiva mayor a 99%.

Indicaciones

Este procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:

- Paridad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental (previa interdicción).

Contraindicaciones absolutas

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

Contraindicaciones relativas

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Discrasias sanguíneas no controladas.
- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometen su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).

Tiempo de realización

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, en el posparto, en la transcesárea y en el aborto. Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Técnica quirúrgica

Actualmente se practican varios métodos de oclusión tubárica, incluyendo las técnicas de ligadura de trompas, electrocoagulación bipolar, métodos que utilizan grapas y anillos para bloquear las trompas y recientemente bajo investigación métodos químicos. La electrocoagulación unipolar, un método popular en los años 1970, es ahora menos frecuente debido a que se asocia con daño del tejido pélvico circundante.

La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, de equipo y del material necesarios.

La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia. Hay otras vías como la histeroscopia o colpotomía.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:

- Salpingectomía.
- Salpingotomía (Fimbriectomía).
- Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving, para ligadura.
- Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon, clips o electrofulguración.

Se recomienda como procedimiento de elección la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy y el acceso laparoscópico con ligadura mecánica.

Lineamientos generales para la prescripción

Por ser de carácter permanente este método en particular requiere de:

- Información, educación y consejería amplias y suficientes previas a su realización.
- Autorización escrita por parte de la usuaria del consentimiento informado. Es necesaria firma o huella dactilar de la usuaria o de su representante legal. No es necesaria la firma del cónyuge o de su compañero.
- Valoración prequirúrgica y cuando proceda valoración preanestésica para determinar el riesgo.
- La oclusión tubárica bilateral debe ser realizada por personal médico debidamente capacitado.
- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté seguro de que no haya embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria o de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.
- Por ser un procedimiento quirúrgico, independiente de su grado de complejidad, debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y la paridad de la mujer no serán factores para contraindicar el método.

Duración de la protección anticonceptiva

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

Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método, pero se ha informado un síndrome de posligadura tubárica, sin establecer plenamente la relación causa-efecto.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico o al quirúrgico.

Conducta por seguir

- Después del procedimiento la usuaria debe mantenerse en observación por un período mínimo de dos a seis horas, dependiendo de la técnicas quirúrgica y anestésica empleadas.
- Tomar analgésico según necesidad.
- Puede reiniciarse la actividad laboral a los cinco días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico, durante los siguientes cinco días.
- Si después del egreso hospitalario se detecta algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer debe ser referida en forma inmediata a una unidad hospitalaria para su atención.

Seguimiento de la usuaria

Al momento de abandonar el servicio debe instruirse a la paciente para que acuda a consulta si se presenta cualquiera de las siguientes situaciones:

- Sintomatología urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Hemorragia en la herida quirúrgica.
- Dolor local en la herida quirúrgica.
- Fiebre, diarrea.
- Las revisiones subsecuentes deben programarse. Entre el quinto y séptimo día debe efectuarse el primer control posoperatorio para revisión de la herida quirúrgica y búsqueda de posibles complicaciones.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones deben efectuarse cada año. Debido a que la esterilización femenina altera la estructura de las trompas de Falopio y de los vasos sanguíneos colindantes, es posible que se produzcan cambios fisiológicos. Los cambios hipotéticos incluyen la alteración de los niveles hormonales y de la frecuencia ovulatoria, posiblemente debido a una disminución del flujo sanguíneo hacia los ovarios. Sin embargo, los resultados de estudios que han analizado la alteración de los niveles hormonales después de la esterilización no han sido consistentes. Cuando se han observado cambios después de la esterilización, las diferencias con los niveles pre-esterilización han sido rara vez estadísticamente significativas.

Las preocupaciones específicas en relación con las consecuencias a largo plazo para la salud de la esterilización femenina incluyen el síndrome posligadura tubárica, la falla del método, el arrepentimiento y la conducta asociada al riesgo de infección por VIH. Un probable beneficio para la salud de la esterilización femenina (además de los beneficios derivados de la prevención de embarazos) es la protección contra el cáncer ovárico.

Síndrome posligadura tubárica

El síndrome posligadura tubaria (SPLT) es un término que ha sido usado para describir un grupo de signos y síntomas que aparecen después de la esterilización femenina. Estos incluyen desórdenes menstruales, dolor pélvico, cambio en la conducta sexual y manifestaciones endocrinas anormales. El SPLT puede incluir exacerbación de las molestias premenstruales, incluyendo cambios en la salud mental. Una de las principales dificultades en corroborar el SPLT es que muchos de los síntomas reportados como SPLT también pueden presentarse como parte del proceso normal de envejecimiento en las mujeres.

La hipótesis más popular acerca de la etiología del SPLT es que proviene del daño vascular que se produce al momento de la esterilización y que lleva a un cambio funcional del ovario. Algunos estudios han detectado la presencia de varicosidades pélvicas después de la esterilización quirúrgica; los métodos que causan mayor daño al sistema vascular (particularmente la electrocoagulación unipolar) son los que producen más varicosidades pélvicas. No se sabe por el momento si estos cambios vasculares conducen a cambios significativos de la función ovárica.

En Estados Unidos, un estudio grande que incluyó información de un grupo control pareado por edad de mujeres no esterilizadas, no encontró un aumento significativo en la incidencia de molestias menstruales durante los primeros dos años posteriores a la esterilización. Se observó un aumento en la prevalencia de los ciclos menstruales anormales (por ejemplo, cambio en la duración del ciclo, flujo más abundante) cuatro a cinco años después de la cirugía, pero el cambio no fue estadísticamente significativo. Cinco años después de la esterilización no se encontraron diferencias entre los dos grupos de mujeres en cuanto a incidencia y gravedad del síndrome premenstrual. Debido a que la mayoría de las mujeres del estudio fueron esterilizadas por medio de electrocoagulación unipolar, los resultados pueden no ser aplicables a otros grupos.

En Estados Unidos, un segundo estudio encontró un aumento en los trastornos menstruales reportados (incluyendo goteo, cantidad de flujo de sangre y dolor menstrual) cinco años después de la esterilización; estos cambios no pudieron ser atribuidos al proceso normal de envejecimiento. Sin embargo, los autores recomendaron cautela en la interpretación de sus resultados debido a la subjetividad de la autoevaluación de las participantes y a la ausencia de un grupo control.

En resumen, es poco probable que todos los síntomas que conforman el SPLT se produzcan como consecuencia de la esterilización tubárica. Los cambios en los patrones de sangrado que pueden producirse en las mujeres esterilizadas son difíciles de medir y es posible que no aparezcan sino hasta varios años después de la esterilización.

Falla y embarazo ectópico

El embarazo debido a la falla de la esterilización se atribuye generalmente, ya sea a la formación de una fístula o a la recanalización de los extremos seccionados de la trompa de Falopio. La mayoría de las fallas ocurren dentro de los dos años siguientes a la esterilización. Las tasas varían dependiendo de la técnica utilizada. Los métodos más antiguos que consistían en enterrar el extremo proximal de la trompa ya sea en los pliegues del ligamento ancho o en la pared del útero (por ejemplo, las técnicas de Uchida o Irving) tenían un éxito

casi completo, pero son procedimientos quirúrgicos bastante complicados. Una variación de la técnica de Irving, en la que el extremo de la trompa no es enterrado, se ha asociado con una tasa de falla de aproximadamente uno a cuatro por cada mil intervenciones. Se han reportado tasas de falla similares para los métodos que utilizan grapas o anillos, o cuando se utiliza el método de ligadura de Pomeroy y la técnica de excisión. El análisis preliminar de estudios a largo plazo indica que las tasas de falla acumulativas más elevadas (uno a tres por ciento) pueden ser documentadas en los casos de electrocoagulación bipolar seguidos por 10 años después de la cirugía. No queda claro si el seguimiento a largo plazo de mujeres esterilizadas por otros métodos de oclusión revelaría esta misma tasa de falla tan sorprendentemente elevada.

Aunque el riesgo absoluto de embarazo ectópico disminuye con la oclusión tubárica (por su eficacia en prevenir el embarazo), la literatura más reciente indica que más de la mitad de todos los embarazos que se producen después de la esterilización son embarazos ectópicos. Aún no es evidente si el riesgo de embarazo ectópico varía en relación con el método de oclusión utilizado. Las mujeres que se someten a una esterilización debieran ser asesoradas acerca de la importancia de acudir al médico si piensan que pueden estar embarazadas.

Arrepentimiento

La esterilización debería ser considerada como una opción anticonceptiva definitiva. Aunque se puede revertir el procedimiento de esterilización femenina, el costo es alto, el acceso a estos servicios es extremadamente limitado y las tasas de éxito son bajas (70 por ciento en Estados Unidos; algunos datos restringidos sugieren tasas más bajas en países en desarrollo).

Un asunto que preocupa mucho es el arrepentimiento posoperatorio luego de una decisión de esterilización. Es necesario llevar a cabo estudios controlados acerca de la prevalencia del arrepentimiento en los países en desarrollo; es posible que algunos de los factores que llevan a este arrepentimiento sean compartidos por todas las mujeres, pero es posible que otros sean propios de la experiencia cultural de las mujeres no occidentales.

En Estados Unidos, un estudio reciente en más de 5.000 mujeres que escogieron la esterilización tubárica reportó varias características preesterilización frecuentemente asociadas al arrepentimiento posesterilización. Una juventud relativa al momento de la esterilización fue el indicador más poderoso de arrepentimiento futuro. Este factor fue independiente del estado civil de la mujer o del número de hijos vivos. Las mujeres entre 30 y 34 años presentaron un riesgo de arrepentimiento dos veces más alto que el de las mujeres mayores de 34 años. Las mujeres que cambiaron su estado civil presentaron un riesgo de arrepentimiento 2,8 veces mayor. Un total de 6,2 por ciento de las mujeres expresaron arrepentimiento al menos una vez en una encuesta anual. Un estudio en 587 mujeres en Bangladesh mostró que aquellas que tenían menos de tres hijos vivos o que habían perdido un hijo presentaron una mayor probabilidad de arrepentirse de la esterilización.

Los resultados de estos y de otros estudios reafirman la importancia de asesorar a las mujeres que desean esterilizarse acerca de la naturaleza definitiva del procedimiento y de la posibilidad de arrepentimiento.

Esterilización y conducta de riesgo ante el VIH

Las mujeres que han sido esterilizadas, por lo general tienen una tendencia menor a usar preservativos para prevenir la infección por VIH y las enfermedades de transmisión sexual (ETS) que las mujeres que no han sido esterilizadas. Además, es posible que las mujeres que han sido esterilizadas acudan con menos frecuencia a los centros de prevención del VIH/ETS y a los centros de planificación familiar y, por tanto, tengan menor acceso a la información, educación y atención ginecológica preventiva. Las mujeres que se esterilizan podrían necesitar esfuerzos preventivos más focalizados para disminuir las conductas de alto riesgo, que aquellas que han escogido otros métodos anticonceptivos.

Protección contra el cáncer ovárico

Varios estudios recientes han reportado un menor riesgo de cáncer ovárico epitelial en mujeres esterilizadas. Se han postulado dos posibles mecanismos que explican este hallazgo. Primero, es posible que la esterilización reduzca los niveles plasmáticos de estrógeno, produciendo una disminución en la frecuencia de la ovulación. La disminución en la frecuencia de la ovulación (debido a embarazos múltiples, uso de anticonceptivos orales u otros factores) se ha asociado a una disminución en el riesgo de cáncer ovárico. Si efectivamente la esterilización disminuye la frecuencia de la ovulación, entonces mientras más temprana sea la esterilización de la mujer dentro de su etapa reproductiva, menor debería ser el riesgo de cáncer ovárico. Esta hipótesis es respaldada por estudios que han reportado una incidencia más baja de cáncer ovárico en mujeres esterilizadas antes de los 35 años en comparación con aquellas esterilizadas después de los 40 años.

El segundo mecanismo posible consiste en impedir que cuerpos extraños lleguen a los ovarios a través de la vagina o las trompas de Falopio. Esta hipótesis es respaldada por la evidencia de un mayor riesgo relativo de cáncer ovárico en mujeres que no han sido esterilizadas y que utilizan frecuentemente polvos de talco en el perineo. Se han encontrado tumores ováricos que contienen granos de talco (químicamente de la familia de los asbestos). Los investigadores han postulado que el talco es transportado hacia los ovarios por la vagina y las trompas de Falopio. Aunque algunos científicos rechazan la teoría del polvo de talco, reconocen la posibilidad de contaminación de la cavidad peritoneal por otros cuerpos (potencialmente cancerígenos) que ascienden hacia los ovarios vía vaginal.

Conclusión

La oclusión tubárica constituye un método anticonceptivo seguro, eficaz y permanente. Sin embargo, es posible que algunas consecuencias a largo plazo para la salud, positivas o negativas, se asocien con este método. Deben considerarse cuidadosamente los efectos a largo plazo de la esterilización quirúrgica al recomendar alternativas anticonceptivas a las parejas o al tratar a hombres y mujeres previamente esterilizados.

Esterilización masculina

Vasectomía

Es un método anticonceptivo permanente para el hombre, que consiste en la oclusión bilateral de los conductos deferentes, con el fin de evitar el paso de los espermatozoides.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor a 99%.

Indicaciones

Este procedimiento está indicado para hombres en edad fértil con vida sexual activa, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- Fecundidad satisfecha.
- Razones médicas.
- Retardo mental (previa interdicción judicial).

Contraindicaciones

- Criptorquidia.
- Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
- Historia de impotencia.

Precauciones

- Infección en el área operatoria.
- Hidrocele.
- Varicocele.
- Filariasis (escroto engrosado).
- Hernia inguino escrotal.
- Enfermedades hemorrágicas.

Formas de aplicación

Tipos de técnica quirúrgica

Hay dos tipos de procedimiento: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li (sin bisturí).

Técnica tradicional con bisturí

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

Técnica de Li, sin bisturí

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

En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración para bloquear los conductos deferentes.

Lineamientos generales para su prescripción

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

- Autorización escrita del consentimiento informado del usuario (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- El procedimiento debe ser realizado por personal médico debidamente capacitado.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía ambulatoria en unidades de primer nivel de atención.

- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y fecundidad no serán factores de contraindicación.

Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. El aceptante debe ser consciente de esta característica antes de la realización del procedimiento.

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

Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:
 - ❖ Equimosis.
 - ❖ Infección de la herida quirúrgica.
 - ❖ Granuloma.
 - ❖ Hematoma.

Conducta por seguir

- Reposo domiciliario de cuatro horas poscirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada treinta minutos, cuando sea posible.
- Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete días.
- Se deben suspender las relaciones sexuales por siete días.
- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzoncillo ajustado por siete días, mientras esté sentado o de pie.
- Tomar analgésicos y antiinflamatorios en caso necesario.
- Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, debe ser atendido en forma inmediata por personal capacitado.

Seguimiento del usuario

- Las revisiones subsecuentes deben programarse: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Las siguientes deben efectuarse anualmente durante los primeros dos años o antes si el usuario lo considera necesario.
- Debe efectuarse conteo de espermatozoides después de las primeras 25 eyaculaciones o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo el conteo, repetir al mes; si persiste positivo revalorar el caso.
- Durante este lapso debe recomendarse a la pareja el uso de otro método anticonceptivo que garantice efectividad.

4. Anexo 1

Métodos de planificación familiar

1. Métodos hormonales

1.1 Métodos hormonales combinados de bajas dosis

MÉTODO	PÍLDORA	INYECTABLE
Perfil de usuaria	- Mujer sana - Que haya presentado su primer sangrado menstrual	
	En píldoras, organizada para la toma diaria alrededor de la misma hora.	Inyectable, aplicación mensual. Si desea un método discreto.
Modo de uso	<p>PÍLDORAS con 21 grageas: Una diaria desde primer día del periodo, al terminar el blister o empaque, suspender 7 días y reiniciar el 8º día. Está protegida desde el primer día.</p> <p>PÍLDORAS CON 28 grageas (CD). Una píldora diaria correspondiente al día de la zona roja del sobre hasta terminar y continuar enseguida el siguiente sobre; debe usar protección adicional durante la toma del primer sobre.</p> <p>Siempre debe recomendarse a la usuaria realizar la toma alrededor de la misma hora, para que la toma se convierta en hábito y así prevenir olvidos.</p> <p>Olvidos: tiene 12 horas para recordar la toma; si se pasa es OLVIDO, entonces debe continuar la toma y utilizar protección adicional (preservativo) durante los siguientes 7 días.</p>	<p>Aplicar IM (sin masaje) la primera dosis el primer día del periodo y se continúan las siguientes aplicaciones en la misma fecha todos los meses (en que se aplicó la primera, sin importar el sangrado).</p> <p>Olvidos: tiene ± 2 para la aplicación, si la aplicación la hace rigurosamente cada 30 días tiene ± 3. Si se pasa de los límites: 1. Si ha tenido contacto sexual genital entre la fecha en que la debía aplicar y la fecha actual debe esperar el próximo sangrado y reiniciar el método. 2. Si NO ha tenido contacto sexual genital entre la fecha en que la debía aplicar y la fecha actual aplíquela inmediatamente y que utilice protección adicional hasta la próxima aplicación que en adelante debe ser la fecha actual.</p>
Mecanismo de acción	- Anovulación. - Aumento densidad del moco cervical. - Adelgazamiento del endometrio. - Disminución motilidad de trompas.	
Seguridad	99.7%	
Interacciones Medicamentos	<p>Disminuyen efecto de: Rifampicina, Griseofulvina, Fenitoína, Ampicilina, Carbencilina, Cloxacilina, Doxiciclina, Dicloxacilina, Felbamato, Minociclina, Topiramato, Primidona, Fluconazol, Anticonvulsivos: (barbitúricos, fenitoína, carbamazepina) menos el ácido valpróico.</p> <p>Aumenta el efecto de: Betametasona y prednisolona, teofilina, tizadina y zolmitriptano.</p> <p>Recomiende a la usuaria utilizar protección adicional durante la toma ocasional y corta de alguno de estos medicamentos. En caso de toma crónica debe evaluarse la carga hormonal y el tipo de anticonceptivo hormonal por utilizar.</p>	
Efectos esperados	- Náuseas - Mareo. - Sensibilidad en senos - Cefalea leve. - Irregularidad menstrual pocas veces con inyectables y con orales de muy baja dosis, para su manejo si es solo Spotting (manchado del panti) que mejora con el uso de AINES por 5 a 8 días. Estos efectos generalmente solo aparecen el primer mes en pocas mujeres que los utilizan.	

Signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> - Visión borrosa. - Cefalea intensa. - Disnea. - Dolor torácico. - Intenso dolor abdominal. - Dolor o calambre en miembros inferiores. - Ictericia. <p>En caso de presentarse cualquiera de estos signos suspender el método y consultar con el médico.</p>
-------------------------	--

Los hormonales están contraindicados en los siguientes casos:

Enfermedad activa o crónica del hígado, ictericia o prurito continuo, síndrome de Dubin-Johnson o rotor, anemia falciforme, antecedentes tromboembólicos, enfermedad vascular con compromiso de grandes arterias. Cáncer de seno, sangrado vaginal de origen desconocido.

1.2. Métodos hormonales de solo progestina

MÉTODO	PÍLDORA	INYECTABLE	IMPLANTE	SIU.LNG*
Perfil de usuaria	<p>Son la segunda opción: después de los combinados y deben recomendarse cuando la paciente tiene alguno de los siguientes antecedentes que son contraindicaciones para los estrógenos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactante - Hipertensa – Diabetes I con compromiso vascular - Obesidad (IMC>= 30) - mayor de 35 a con hiperlipidemias - Fumadora > a 15 cigarrillos / día. <p>El Norplant</p> <p>Para SIU: mujeres con pareja estable. Por el costo se recomienda que sean mujeres que no tengan interés en un embarazo en los próximos 7 años. No se recomienda en mujeres con antecedentes de embarazo ectópico. Además, tiene otros usos no anticonceptivos: Tratamiento de la endometriosis, de la adenomiosis, de los fibromas uterinos o de la anemia por sangrados abundantes</p>			
	En píldoras, mujeres organizadas para la toma diaria que debe ser a la misma hora.	No se recomienda uso prolongado ni aplicar en mujeres de 40 años, pues acelera la pérdida de calcio.	Para mujeres desorganizadas que consideran incómoda la píldora o la inyección.	Para mujeres con paridad satisfecha o que quieren muchos años protección pareja.
Modo de uso	<p>Píldoras: presentación: 35 píldoras (35 activas)</p> <p>Lactancia: cualquier día de la sexta semana posparto, iniciando con la píldora del día correspondiente. La usuaria debe cumplir con los requisitos: lactancia exclusiva, a libre demanda y amenorrea. Si la usuaria llega después de la sexta semana, debe realizarse una prueba de embarazo; si es negativa, que inicie la toma con protección adicional los primeros 15 días.</p> <p>Inicio en no lactantes (obesas, diabéticas, etcétera): el primer día del sangrado con la píldora del día correspondiente.</p> <p>Toma: una píldora diaria por 35 días, la toma debe ser a la misma hora.</p> <p>Continuidad: toma continua, sin descanso.</p> <p>Protección adicional: los primeros 8 días en lactantes que iniciaron después de la sexta semana y para no lactante es de 15 días.</p> <p>Olvidos: si la usuaria se pasó de la hora habitual de toma tiene 3 horas para acordarse, si en ese intervalo de tiempo lo hace, sigue protegida, si se pasa de las 3 horas es olvido; por tanto, los 7 días siguientes necesitan protección adicional, al octavo día está protegida nuevamente. A pesar de presentarse un olvido debe continuar con la toma (nunca suspender).</p> <p>Inyectable en lactancia: se aplica a los 40 días del posparto y su aplicación es cada 90 días en la misma fecha.</p>			

MÉTODO	PÍLDORA	INYECTABLE	IMPLANTE	SIU.LNG*
Modo de uso	<p>El implante: son seis cápsulas de silastic (silicona) que se insertan en forma subdérmica y que liberan lentamente levonorgestrel, con una duración de cinco años. El procedimiento de inserción y retiro sólo puede realizarlo personal previamente entrenado. Su inserción es o a más tardar el séptimo día después de haber iniciado el sangrado o a los 40 días de posparto. Se colocan en la parte interna del brazo no dominante de la paciente. El área de la piel donde se colocan los implantes debe mantenerse seca por 2 o 3 días</p> <p>El SIU de levonorgestrel: es una T muy pequeña en polietileno que contiene un cilindro que se inserta en el útero, donde libera lentamente y en forma diaria 20 microgramos de levonorgestrel. La liberación es controlada por un cilindro de silastic. Es insertado por personal profesional entrenado.</p>			
Mecanismo de acción	<ul style="list-style-type: none"> - Anovulación. - Aumento densidad del moco cervical. - Adelgazamiento del endometrio. - Disminución motilidad de trompas. <p>El implante: protege por 5 años</p>			<ul style="list-style-type: none"> - Aumento densidad del moco cervical. - Adelgaza el endometrio. - Disminución motilidad de trompas. - Protege por 7 años
Seguridad	Norplant: 99.7%			99.9%
Interacciones Medicamentos	<p>Disminuyen efecto de: Para el Norplant: sólo para los siguientes antibióticos Rifampicina, Griseofulvina, Fenitoina, Carbamazepina</p> <p>Aumenta el efecto de: Betametasona y prednisolona, teofilina, tizadina y zolmitriptano.</p> <p>Recomiende a la usuaria utilizar protección adicional durante la toma ocasional y corta de alguno de estos medicamentos. En caso de toma crónica debe evaluarse la carga hormonal y el tipo de anticonceptivo hormonal por utilizar.</p>			
Efectos esperados	<p>Por su dosis muy baja en muy raras ocasiones puede presentarse tensión mamaria o dolor de cabeza. Otros efectos secundarios muy poco frecuentes son: acné y tensión mamaria</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Náuseas - Mareo. - Sensibilidad en senos. - Cefalea leve. - Irregularidad. <p>Son más frecuentes comparadas con las otras presentaciones, debido a su mayor carga hormonal.</p>	<p>Irregularidades menstruales, que tienden a disminuir a los seis meses de la inserción. En otras mujeres puede presentarse amenorrea. Las irregularidades pueden mejorar ligeramente con la administración de vitamina E, pues reduce la fragilidad capilar. Otros efectos secundarios muy poco frecuentes son acné, tensión mamaria, Cloasma, alopecia</p>	<p>Durante los tres primeros meses son frecuentes alteraciones en el patrón de sangrado, (spotting); al año es común que presenten amenorrea. En muy raras ocasiones se puede presentar tensión mamaria, dolor de cabeza, acné, hirsutismo o ligera depresión.</p>
Signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> - Visión borrosa. - Cefalea intensa. - Disnea. - Dolor torácico. - Dolor abdominal intenso. - Dolor o calambre en miembros inferiores. - Ictericia. <p>En caso de presentarse cualquiera de estos signos suspender el método y consultar con el médico.</p> <p>Norplant: infección en el área de inserción, dolor en el bajo vientre.</p> <p>Jaquecas repetidas con visión borrosa, ictericia, aumento de la tensión arterial.</p> <p>Mirena: inflamación pélvica.</p>			

*SIU. LNG: sistema intrauterino de Levonorgestrel

Dispositivos intrauterinos

1.3 La T de cobre

T DE COBRE	
Perfil de usuaria	<ul style="list-style-type: none"> - No sangrados abundantes. - No cólicos menstruales. - Pareja estable/comunicación. - Sexualidad segura/ITS. - Mujer que desee protección anticonceptiva por largo tiempo. - Preferiblemente que haya hijos. - Mujer que tenga contraindicaciones para métodos hormonales. - Mujer que no haya sufrido EPI.
Modo de uso	Se inserta en el útero para que ofrezca protección anticonceptiva, procedimiento que sólo debe realizar personal profesional entrenado.
Mecanismo de acción	Los dispositivos intrauterinos modernos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una T de polietileno flexible y contiene un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre-plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción. Estos liberan cobre y sales de cobre que tienen impacto bioquímico y morfológico sobre el endometrio, sin aumentar los niveles de cobre en el suero. El cobre tiene varias acciones específicas, entre otras aumentar la producción de prostaglandina E ₂ no de la PGF _{2a} observándose un aumento de la contractilidad tubárica, que disminuirá el encuentro del espermatozoide y del óvulo,
Seguridad	98%
Interacciones Medicamentos	Ninguna
Efectos esperados	<ul style="list-style-type: none"> - Dolor pélvico durante el periodo menstrual. - Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual. - Dolor durante la relación sexual. <p>Las pacientes los presentan con relativa frecuencia; en pacientes que toleran el método estos efectos desaparecen entre el segundo y tercer mes, si persisten es conveniente considerar cambiar de método.</p>
Signos de alarma	<ul style="list-style-type: none"> - Malestar general. - Fiebre o escalofrío. - Dolor abdominal intenso. - Flujo con mal olor. - Sangrado abundante. <p>Nota: si alguno de los síntomas anteriores hacen eminente el retiro del DIU proteja a la usuaria inmediatamente con otro método (barrera, hormonal).</p>

Anexo 2

Criterios de uso de métodos de regulación de la fecundidad (OMS)

Los criterios de uso de la Organización Mundial de Salud (OMS) fueron publicados en 1995 y son el resultado de una revisión amplia de las indicaciones y contraindicaciones de los diferentes métodos de regulación de la fecundidad. Dichos criterios están divididos en cuatro clases así:

Clase I No hay restricción para el uso.

Clase II Las ventajas del uso del método, generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o probados.

Clase III Riesgo sobrepasan a los beneficios.

Clase IV No se debe usar el método.

1. Anticonceptivos orales combinados

Clase I Sin restricciones

Edad: menarquia a los 40 años
 Obesidad
 Condiciones ginecoobstétricas
 - Historia preeclampsia.
 - Historia embarazo ectópico.
 - Posaborto
 - > 21 días posparto (no lactará)
 - Ciclos menstruales irregulares/dismenorrea
 - Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
 - Erosión cervical
 - Miomatosis uterina
 - Cáncer ovario/endometrio.
 - Enf. trofoblástica gestacional
 Historia diabetes gestacional.

Enfermedades crónicas.
 - Enfermedad tiroidea.
 - Epilepsia
 - Hepatitis (portador o no activa)
 - Esquistosomiasis
 - Malaria
 - Anemia ferropénica
 - TBC

ETS/VIH (aconsejar condón)
 - Riesgo incrementado ETS y VIH.
 - ETS actual o pasada.
 - VIH positivo o sida.

Clase II Beneficios > Riesgos

Edad: > 40 años
 Fumadoras < 35 años.
 Cefaleas (migrañas no focales)
 Condiciones ginecoobstétricas
 - Lactancia > 6 meses
 - Enfermedad mamaria
 - Historia ictericia gestacional
 - Premalignas o Ca cervix
 - Condiciones cardiovasculares
 - Tromboflebitis superficial
 - Valvulopatía no-complicada
 Enfermedades crónicas.
 - Talasemia.
 - Enfermedad células falciformes
 - Diabete I o II no complicada
 - Litiasis biliar tratada o asintomática

Clase III Riesgos>beneficios

- Fumadora <20/d. y > 35 años
- Condiciones ginecoobstétricas
 - < 21 días posparto
 - Historia Ca. de seno
 - Sangrado vaginal sin diagnóstico
- Condiciones cardiovasculares
 - Historia de hipertensión
 - Hipertensión leve < 160/100
 - Hiperlipidemias
- Enfermedades crónicas
 - Litiasis biliar actual
 - Ictericia relacionada con AO
- Medicamentos
 - Ampicilina
 - Rifampicina
 - Fenitoínas
 - Fenobarbital

Clase IV Contraindicación

- Fumadora >20 c/d. > 35 años.
- Migraña focal.
- Condiciones ginecoobstétricas
- Embarazo (certeza o sospecha).
 - Lactancia (< 6 meses).
 - Ca. seno actual.
- Condiciones cardiovasculares.
 - Hipertensión moderada (>160/100).
 - Historia enf. tromboembólica.
 - Historia de ACV
 - Historia isquemia miocárdica.
 - Valvulopatía cardíaca complicada
- Enfermedades crónicas
 - Diabetes con compromiso vascular o más de 20 años de evolución
 - Hepatitis activa o cirrosis severa
 - Tumores hepáticos benignos o malignos

2. Inyectables combinados

Clase I Sin restricciones

- Edad: menarquia a los 40 años.
- Obesidad.
- Condiciones ginecoobstétricas
 - Historia preeclampsia.
 - Posaborto.
 - Historia emb. ectópico.
 - > 21 días posparto (no lactará)
 - Ciclos irregulares/dismenorrea
 - Enfermedad pélvica inflamatoria.
 - Enfermedad mamaria benigna.
 - Erosión cervical.
 - Miomatosis uterina
 - Cáncer ovario/endometrio.
 - Enfermedad trofoblástica gestacional.
 - Historia diabetes gestacional
- Enfermedades crónicas
 - Enfermedad tiroidea
 - Epilepsia
 - Hepatitis (portador no activo)
 - Esquistosomiasis
 - Malaria
 - Anemia ferropénica
 - TBC
- ETS /VIH (aconsejar condón)
 - Riesgo incrementado de ETS/VIH
 - ETS actual o pasada
 - VIH positivo o sida

Clase II Beneficios > riesgos

- Edad: > 40 años
- Fumadora < 35 años o < 20 c/d. y > 35 a.
- Migraña no focal
- Condiciones ginecoobstétricas.
- Lactancia > 6 meses.
- Enfermedad mamaria benigna.
- Ictericia gestacional o por AO
- Premaligna o Ca. de cervix
- Condiciones cardiovasculares
 - Valvulopatía no complicada.
 - Hipertensión leve (< 160/100).
 - Tromboflebitis superficial
- Enfermedades crónicas
 - Talasemia.
 - Enfermedad células falciformes.
 - Diabetes sin complicaciones
 - Litiasis biliar tratada médicamente
 - Cirrosis leve compensada.

Clase III Riesgos>beneficios

Fumadora >20/d. y > 35 años
 Condiciones ginecoobstétricas
 - < 21 días posparto.
 - Historia Ca. de seno
 - Sangrado vaginal sin diagnóstico
 Condiciones cardiovasculares
 - Historia de hipertensión
 - Hipertensión leve < 160/100
 - Hiperlipidemias
 Enfermedades crónicas
 - Cirrosis severa descompensada.
 - Tumores hepáticos
 Medicamentos
 - Ampicilina
 - Rifampicina
 - Fenitoínas
 - Fenobarbital

Clase IV Contraindicación

Migraña focal
 Condiciones ginecoobstétricas.
 - Embarazo (certeza o sospecha)
 - Lactancia (< 6 meses).
 - Ca. seno actual.
 Condiciones cardiovasculares
 - Hipertensión severa (>180/110).
 - Historia enf. tromboembólica.
 - Historia de ACV
 - Historia isquemia miocárdica
 - Valvulopatía cardíaca complicada
 Enfermedades crónicas
 - Diabetes con compromiso vascular o más de 20 años de evolución
 - Hepatitis activa o cirrosis severa
 - Tumores hepáticos malignos

3. Métodos que contienen sólo progestágeno (inyección trimestral e Implantes)**Clase I Sin restricciones**

Edad: > 16 años
 Fumadoras
 Obesidad
 Condiciones ginecoobstétricas
 - Historia de preeclampsia
 - Historia de ectópico
 - Posparto sin lactancia
 - Posaborto.
 - Lactancia > 6 semanas.
 - Enfermedad mamaria benigna
 - Ictericia y diabetes gestacional
 - Erosión cervical
 - Miomatosis uterina.
 - Cáncer ovario/endometrio.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria.
 - Enfermedad trofoblástica gestacional
 Condiciones cardiovasculares
 - Trastornos tromboembólicos
 - Valvulopatía cardíaca no complicada
 - Hipertensión leve (<160/100) a moderada (<180/110).
 Enfermedades crónicas
 - Litiasis biliar
 - Hepatitis, portador no activa
 - Enfermedad tiroidea.
 - Talasemia
 - Enfermedad células falciformes
 - Epilepsia
 - Esquistosomiasis
 - TBC
 - Malaria
 - Anemia ferropénica
 ETS/VIH (aconsejar condón).
 - ETS actual o pasada.
 - Riesgo incrementado de ETS/VIH
 - VIH positivo o sida

Clase II Ventajas>beneficios

Edad: < 16 años
 Migraña
 Condiciones ginecoobstétricas
 Ciclos irregulares con o sin hipermenorrea.
 Enfermedad mamaria benigna
 Premalignas o Ca. cervix
 Condiciones cardiovasculares
 - Historia de hipertensión arterial
 - Hipertensión severa (>180/110)
 - Vasculopatía hipertensiva.
 - Isquemia miocárdica. ACV.
 - Hiperlipidemias conocidas.
 - Enfermedades crónicas
 - Diabetes
 - Ictericia por AO
 - Cirrosis leve

Clase III Riesgos>beneficios

Condiciones ginecoobstétricas
 - Lactancia < 6 semanas
 - Historia cáncer de seno
 - Enfermedades crónicas
 - Hepatitis activa
 - Cirrosis severa
 - Ictericia
 - Tumores hepáticos
 Medicamentos
 - Ampicilina/Rifampicina
 - Fenitoínas / Barbitúricos

Clase IV Contraindicación

Embarazo.
 Sangrado vaginal no estudiado
 Cáncer de seno, activo

4. Dispositivo intrauterino (DIU, T Cu)

Clase I Sin restricciones

Edad: ideal mayor 20 años
 Fumadora
 Obesidad
 Cefalea y migraña
 Condiciones ginecoobstétricas

- Lactancia
- Historia preeclampsia
- Historia de ectópico
- Posparto > 4 semanas
- Posaborto primer trimestre
- Ciclos irregulares sin hipermenorrea
- EPI previa con embarazo posterior
- Enfermedad mamaria benigna
- Premalignas de cervix
- Erosión cervical

Condiciones cardiovasculares

- Enfermedad tromboembólica
- Valvulopatía no complicada
- Hipertensión
- Isquemia miocárdica/ACV

Enfermedades crónicas

- Enfermedad tiroidea
- Epilepsia
- Diabetes
- Tumores hepáticos
- Esquistosomiasis
- Litiasis biliar
- Ictericia
- Hepatitis activa o portador
- Cirrosis leve o moderada
- Malaria
- TBC no pélvica
- Usuaria de antibióticos y anticonvulsivantes.

Clase II Beneficios>riesgos

Edad < 20 años
 Condiciones ginecoobstétricas

- Nuliparidad
- Sangrado menstrual severo o prolongado
- Dismenorrea severa
- EPI previa sin embarazo posterior
- Malformaciones uterinas o cervicales que no impidan inserción DIU
- Posparto < 48 horas
- Posaborto del segundo trimestre
- Condiciones cardiovasculares.
- Valvulopatías cardíacas complicadas (uso anti-biótico profiláctico).
- Enfermedades crónicas
- Talasemia
- Enf. células falciformes
- Anemia ferropénica
- ETS/VIH (aconsejar condón)
- Vaginitis sin secreción cervical

Clase III Riesgos>beneficios

Condiciones ginecoobstétricas

- Posparto de 48 h a 4 semanas
- Enfermedad trofoblástica gestacional
- ETS/VIH (aconsejar condón)
- Riesgo incrementado de ETS/VIH
- VIH positivo o sida

Clase IV Contraindicación

Condiciones ginecoobstétricas
 Embarazo
 Sepsis puerperal o posaborto
 EPI en los últimos 3 meses
 Anomalía uterina de imposible inserción
 Sangrado vaginal no explicado
 Enf. trofoblástica maligna
 Cáncer cervix/endometrio/ovario
 Enfermedades crónicas
 TBC pélvica
 ETS VIH (aconsejar condón)
 ETS en los últimos 3 meses

5. Esterilización femenina

Sin razones para negarla

Edad: menarquia a 40 años o más
 Nuliparidad o baja paridad
 Fumadora
 Condiciones ginecoobstétricas
 - Historia de ectópico
 - Posparto (< 48 h. o > 30 d)
 - Lactancia
 - Posaborto no complicado
 - Alteraciones menstruales
 - EPI previa con embarazo pos
 - Enf. mamaria benigna
 - Enf. trofoblástica gestacional
 Condiciones cardiovasculares
 - Historia tromboembolismo
 - Hiperlipidemias
 Enfermedades crónicas
 - Enf. tiroidea
 - Litiasis biliar tratada
 - Hepatitis portador o no activa
 - Esquistosomiasis
 - Malaria
 - TBC no pélvica
 ETS/VIH (aconsejar condón)
 ETS 3 últimos meses
 Riesgo aumentado ETS/VIH
 VIH positivo

Proveer con precaución

Obesidad.
 Condiciones ginecoobstétricas
 - EPI anterior sin posterior embarazo
 - Ca. seno activo
 - Miomatosis uterina
 Condiciones cardiovasculares.
 - Hipertensión leve (< 160/100).
 - Historia isquemia cardíaca o ACV.
 - Valvulopatía no complicada (profilaxis).
 Enfermedades crónicas
 - Diabetes no complicada
 - Hipotiroidismo
 - Simultáneo cirugía electiva
 - Enf. células falciformes
 - Anemia ferropénica
 - Cirrosis leve (compensada)
 - Tumores hepáticos.
 - Epilepsia
 - Hernia diafragmática

Retrasar hasta obtener evaluación

Condiciones ginecoobstétricas.
 - Embarazo
 - Posparto < 30 días
 - Infección o hemorragia posparto o posaborto
 - Complicaciones en parto reciente
 - Sangrado genital no explicado
 - EPI tres últimos meses
 - Cáncer cervix/endometrio/ovario.
 - Enf. trofoblástica maligna
 Condiciones cardiovasculares
 - Isquemia cardíaca actual
 - Enfermedades crónicas
 Litiasis biliar sintomática
 - Hepatitis activa
 - Anemia ferropénica
 - Infección pared abdominal.
 - Enf. pulmonar aguda
 - Inf. sistémica o gastroenteritis.
 - Inf. quirúrgica intrabdominal
 - ETS/VIH (aconsejar condón)
 - ETS activa

Proveer en institución de tercer Nivel

Condiciones ginecoobstétricas
 - Útero fijo por cirugía previa
 - Endometriosis
 - Hernia pared abdominal
 Condiciones cardiovasculares
 - Hipertensión (> 160/100)
 - Vasculopatía diabética
 - Valvulopatía complicada
 Enfermedades crónicas
 - Diabetes de más de 20 años
 - Cirrosis severa (descompensada)
 - Hipertiroidismo
 - Coagulopatías
 - Enf. pulmonar crónica
 - TBC pélvica
 - ETS/VIH (aconsejar condón)
 - Sida

6. Vasectomía

Proveer con precaución

Cirugía escrotal previa
Varicocele grande
Hidrocele grande
Criptorquidia

Proveer en institución de tercer nivel

Hernia inguinal
Coagulopatías
Sida

Retrasar hasta obtener evaluación

Infección local
Infección del piel en escroto
ETS activa
Balanitis
Epididimitis y/u orquitis
Infección sistémica o gastroenteritis
Filariasis, elefantiasis.
Masa intraescrotal

Sector salud. Actividades de regulación de la fecundidad

Actores y competencias

Componentes	Secretaría Distrital de Salud	Empresas aseguradoras EPS y ARS	Instituciones prestadoras servicios IPS (mixtas y privadas) Empresas sociales del estado (ESE)	Nivel nacional
<p>PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir el sistema local de salud y en particular adoptar y adaptar las políticas emanadas del Ministerio de la Protección Social relacionadas con la promoción de la salud sexual y reproductiva y con el suministro de métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad. - Definir y ejecutar las estrategias de información, educación y comunicación masiva en salud en Bogotá, sobre el ejercicio seguro de la sexualidad y el uso de métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad. - Asignar recursos del estado para garantizar el cumplimiento de las acciones de promoción y prevención en salud sexual y reproductiva - Definir políticas y planes específicos y brindar asistencia técnica en Bogotá. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar y ejecutar estrategias de información, educación y comunicación (IEC) sobre el ejercicio libre y responsable de los derechos sexuales y reproductivos y de la utilización de métodos temporales y definitivos de la regulación de la fecundidad para sus afiliados. - Establecer la red de servicios necesarios para garantizar información y servicios a usuarios y usuarias en forma permanente y oportuna por medio de las IPS (privadas o mixtas) contratadas - Mantener actualizado un sistema de información de usuarios y un registro especial de las instituciones con las cuales tiene contratos, así como un portafolio de servicios de las mismas - Establecer planes específicos acordes con el diagnóstico de morbilidad y mortalidad relacionado con la regulación de la fecundidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Diseñar y ejecutar una estrategia de información, educación y comunicación sobre el ejercicio libre y responsable de los derechos sexuales y reproductivos y de la utilización de métodos temporales y definitivos para la regulación de la fecundidad en población asegurada. - Ofrecer los mecanismos necesarios para garantizar información y una amplia gama de servicios de regulación de la fecundidad, a usuarios y usuarias en forma idónea, permanente y oportuna. - Mantener actualizado un sistema de información de usuarios y un portafolio de servicios en regulación de la fecundidad. - Implementar un sistema que permita difundir periódicamente la información sobre prevalencia anti-conceptiva, continuidad, abandono, interrupción y fallas de los métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad. - Contar con un manual de normas y protocolos para los servicios de regulación de la fecundidad. - Promover la capacitación y actualización permanente de los funcionarios para mejorar y garantizar la calidad de atención. - Desarrollar un sistema de auditoría médica como una de las estrategias contempladas en el sistema obligatorio de garantía de calidad. 	<p>Superintendencia Nacional de Salud Ejercer las funciones de inspección, vigilancia y control dentro del sistema obligatorio de garantía de calidad y aplicar las sanciones de su competencia.</p> <p>Ministerio de la Protección Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Formular políticas de promoción de la salud sexual y reproductiva con base en el ejercicio libre responsable de los derechos sexuales y reproductivos. - Brindar asistencia técnica a los entes territoriales para su inclusión en el PAB y el desarrollo de acciones de promoción y prevención y complementar acciones de aquellos que no tengan su-ficiente capacidad resolutoria. - Definir los requisitos mínimos esenciales para las prestadoras de servicios. - Ofrecer asistencia técnica para el desarrollo de los planes de mejoramiento de la calidad.

<p>ATENCIÓN</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Garantizar la cobertura en salud a los no afiliados al sistema SGSSS (participantes vinculados). - Fomentar la veeduría ciudadana sobre el desempeño de las entidades prestadoras de servicios contratadas por las aseguradoras y sobre las entidades que tengan contrato con la SDS para la atención de participantes vinculados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Celebrar contratos con instituciones prestadoras de servicios, empresas sociales del estado y otras entidades cuya idoneidad garantice a sus afiliados, servicios de calidad para la regulación de la fecundidad. - Promover que dentro de las entidades prestadoras de servicios se desarrolle un sistema de auditoría médica. - Facilitar la organización de una veeduría ciudadana sobre el desempeño de las entidades prestadoras de servicios contratadas por las aseguradoras y sobre las entidades que tengan contrato con la SDS para la atención de participantes vinculados. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofrecer servicios oportunos, accesibles y de calidad que permitan garantizar asesoría y atención integral de usuarias y usuarios y el suministro a hombres y mujeres de anticonceptivos temporales y definitivos, (esterilización masculina y femenina). - Cumplir las normas y protocolos de atención. - Contar con personal capacitado y sensibilizado acerca de sus deberes y de los derechos de las usuarias y usuarios. - Desarrollar un sistema de auditoría médica como una de las estrategias contempladas en el sistema obligatorio de garantía de calidad. - Apoyar la veeduría ciudadana sobre el desempeño de las entidades prestadoras de servicios contratadas por las aseguradoras y sobre las entidades que tengan contrato con la SDS para la atención de participantes vinculados. 	<p>Ministerio de la Protección Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Definir y divulgar normas técnicas y administrativas para el suministro de métodos temporales y definitivos para la regulación de la fecundidad. - Asesorar a los entes territoriales en el desarrollo de un sistema de información que dé cuenta de la prevalencia del uso de métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad, su efectividad, la permanencia en el uso de los mismos, las causas y frecuencia de su interrupción y/o abandono.
<p>REHABILITACIÓN</p>	<p>Formular políticas para orientar el desarrollo de acciones que permitan la rehabilitación de las problemáticas relacionadas con los efectos secundarios de los métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad.</p>	<p>Ofrecer a sus afiliados asesoría y servicios de atención para hombres y mujeres que presenten efectos secundarios de los métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar servicios de asesoría y consejería de carácter integral para mujeres y parejas con embarazos no deseados, abortos, parejas infértiles, pérdida fetal o mortinatos y otros efectos secundarios relacionados con la regulación de la fecundidad. - Desarrollar un sistema de auditoría médica en cada entidad que presta servicios. - Implementar un sistema de información que permita recopilar, analizar y difundir periódicamente la información sobre la prevalencia anticonceptiva, la continuidad, interrupción y fallas de los métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad. 	<p>Ministerio de la Protección Social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asesorar a los entes territoriales en el desarrollo de un sistema de asesoría y consejería de carácter integral para mujeres y parejas con embarazos no deseados, abortos, parejas infértiles, pérdida fetal o mortinatos y otros efectos relacionados con la regulación de la fecundidad.

VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA	Diseñar y desarrollar un sistema de información, que permita recopilar, analizar, difundir y hacer seguimiento sobre la prevalencia del uso de métodos temporales y definitivos de regulación de la fecundidad, por parte de hombres y mujeres. Establecer su efectividad, las causas y frecuencia de su continuidad, interrupción, abandono y fallas.	Aportar la información necesaria para la SDS, sobre las necesidades y características particulares de la población que se atiende, para que diseñe y desarrolle los instrumentos adecuados para ejercer la vigilancia que le corresponde.	Aportar a la SDS la información requerida en relación con las necesidades y características particulares de la población atienden, para que la SDS diseñe los instrumentos adecuados para ejercer la vigilancia que le corresponde.	Ministerio de la Protección Social Consolidar la información nacional para definir planes y políticas.
SEGUIMIENTO EVALUACIÓN Y CONTROL	Motivar la participación social y comunitaria por medio de veedurías, asociaciones de usuarios, comités de ética hospitalaria y otros mecanismos contemplados en el sistema general de garantía de la calidad.	Alianza de usuarios. Ejercer la función de veeduría sobre la conformación y desarrollo de sistemas de control de calidad de atención en las entidades prestadoras de servicios.	Alianza de usuarios. Ejercer la función de veeduría sobre la conformación y desarrollo de sistemas de control de calidad de atención en las entidades prestadoras de servicios.	Ministerio de la Protección Social Dictar normas técnicas y científicas relacionadas con métodos de regulación de la fecundidad.

Regulación de la fecundidad Estrategias y reglamentación

PROPÓSITO	ESTRATEGIAS	NORMAS reglamentarias de la ley 100 de 1993
PROMOCIÓN - Procura la garantía de los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. Es el conjunto de acciones que realizan los individuos y las instituciones para lograr que la salud y el bienestar se convierta en la tarea común más importante. - Tiene que ver con la vida, con la calidad de vida y con el bienestar humano en general y en particular con la salud sexual y reproductiva. - Comprende actividades educativas e informativas y acciones locales dirigidas y administradas por el estado, a la comunidad (salud pública).	<ul style="list-style-type: none"> - Promoción de los derechos de salud y los derechos sexuales y reproductivos entre toda la población. - Consolidación del proyecto de educación sexual y de comités intersectoriales para la atención integral de adolescentes. - Promoción de estilos de vida saludables, libres de consumo de sustancias psicoactivas. - Fortalecimiento y organización de grupos de mujeres que se dediquen a difundir y proteger los derechos sexuales y reproductivos. - Conformación de redes sociales de prevención de la violencia sexual y la violencia intrafamiliar contra mujeres y niños. - Conformación de veedurías ciudadanas y otras formas de participación comunitaria. 	Resolución Minsalud 3997 de 1996. Promoción y prevención. Plan de atención básica (PAB): decreto 1938 de 1994. Resolución Minsalud 4288 de 1996. Participación en salud: decreto 2174 de 1996.

PROPÓSITO	ESTRATEGIAS	NORMAS reglamentarias de la ley 100 de 1993
<p>PREVENCIÓN Pretende minimizar o erradicar consecuencias no deseables del ejercicio de la sexualidad mediante la difusión de los derechos sexuales y reproductivos y de los programas de regulación de la fecundidad entre hombres y mujeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollar acciones de IEC, asesoría y consejería a personas y grupos alentando la participación masculina para promover el comportamiento sexual responsable, basado en el conocimiento, el respeto a la autonomía y la importancia de la comunicación entre hombres y mujeres. - Suministrar información adecuada y suficiente a usuarias y usuarios, que les permita elegir y tener acceso a la gama más completa de métodos anticonceptivos, seguros y eficaces. - Velar por difundir una cultura de respeto por parte de proveedores, relacionada con la elección hecha por usuarias y usuarios. - Erradicar prácticas que afectan la SSR, especialmente la violencia sexual. - Promover el compromiso de instituciones que prestan servicios y propiciar un enfoque interdisciplinario en la prestación de los servicios. 	<p>Promoción y prevención: resolución Minsalud 3997 de 1996. Plan de atención básica (PAB): Decreto 1938 de 1994. resolución Minsalud 4288 de 1996. Plan Obligatorio de Salud (POS): decreto 1938 de 1994. Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S): decreto ley 1298 de 1994. decreto 1895 de 1994. Acuerdo CNSSS 23 de 1995. Acuerdo CNSSS 49 de 1996. Participación en salud: decreto 2174 de 1996.</p>
<p>ATENCIÓN Apoyar a las personas y parejas para que alcancen sus propósitos en lo relacionado con la procreación y garantizarles todas las oportunidades para que ejerzan su derecho a tener o no hijos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Suministrar servicios oportunos, accesibles y de calidad que permitan garantizar atención integral: implica instalaciones adecuadas, insumos, equipos, organización y gerencia de los servicios, recursos financieros, normas y protocolos de atención, comprensión y cumplimiento de deberes por parte de prestadores de servicios, y de los derechos de las usuarias y usuarios. - Suministro de anticonceptivos temporales y definitivos (esterilización masculina y femenina). 	<p>Plan obligatorio de salud (POS): decreto 1938 de 1994. Plan obligatorio salud subsidiado (POS-S): decreto 1938 de 1994. Acuerdo CNSSS 23 de 1995. Acuerdo CNSSS 49 de 1996. Ética médica: ley 23 y decreto 3380 de 1981. Consentimiento informado en RF Resolución Minsalud 8214 de 1984 decreto 1757 de 1994 Participación en salud decreto 2174 de 1996 Garantía de calidad</p>
<p>REHABILITACIÓN Busca restaurar las lesiones físicas, psicológicas o sociales modificando, aminorando o desapareciendo las consecuencias de una falla en las actividades de prevención, promoción y atención.</p>	<p>Prestar servicios de asesoría de carácter integral para mujeres y parejas con embarazos no deseados, parejas infértiles, abortos, pérdida fetal o mortinatos.</p>	<p>Plan obligatorio de salud (POS): decreto 1938 de 1994. Plan obligatorio de salud subsidiado (POS-S): decreto 1895 de 1994. Acuerdo CNSSS 23 de 1995. Acuerdo CNSSS 49 de 1996.</p>

PROPÓSITO	ESTRATEGIAS	NORMAS reglamentarias de la ley 100 de 1993
<p>VIGILANCIA Mantener información confiable sobre el uso de métodos de regulación de la fecundidad en Bogotá, que brinde elementos para la toma de decisiones para fundamentar procesos de evaluación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitorear el uso, interrupción, abandono y fallas de los métodos de regulación de la fecundidad. - Establecer prioridades y planes a diferentes sectores de la población para atender la demanda insatisfecha en servicios de regulación de la fecundidad. - Correlacionar componente poblacional y regulación de la fertilidad. - Dar a conocer las cifras obtenidas sobre prevalencia en el uso de métodos de regulación de la fecundidad, causas de interrupción, abandono y fallas. 	<p>Plan de atención básica (PAB): decreto 1938 de 1994. Resolución 4288 de 1996. PAB Decreto 1757 de 1994. Participación en salud.</p>
<p>SEGUIMIENTO, EVALUACIÓN Y CONTROL Contar con instrumentos que permitan evaluar la calidad de los servicios, el cumplimiento de las normas del Ministerio de la Protección Social, el acatamiento de los lineamientos dados por la Secretaría de Salud, el grado de satisfacción de usuarios/as y el avance en la apropiación por parte de los mismos y del personal de salud, de sus derechos y deberes en salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar la cobertura, prevalencia, eficacia en el uso de métodos y la frecuencia y causas de su abandono por parte de hombres y mujeres. - Motivar la participación comunitaria por medio de veedurías, asociaciones de usuarios, comités de ética hospitalaria, adopción de un sistema de garantía de calidad de las instituciones que contemple un plan de mejoramiento de la calidad y un plan de desarrollo institucional. - Proponer investigaciones. 	<p>Formas de participación- Copaco: Decreto 1416 de 1990. Decreto 1757 de 1994. Participación en salud: Decreto 2174 de 1996. Garantía de calidad.</p>

5. Bibliografía

1. Métodos hormonales

1.1. Orales

1. Trussell J, Hatcher RA, Cates Wjr, Stewart FH, Kost K, *Contraceptive failure in United States: An update*. Stud. Fam. Plann 21:51, 1990.
2. Ramcharan S, Pellegrin FA, Ray RM, Hsu J-P, *The Walnut Creek Contraceptive Drug Study. A prospective study of the side effects of oral contraceptives*. J Rep. Med. 25:360,366. 1980.
3. WHO, *Collaborative Study of Cardiovascular disease and steroid contraception. Ischaemic stroke and combined oral contraceptives: Results of International, Multicentre Case-control study*. Lancet 1996; 348: 498-504.
4. *Haemorrhagic stroke, overall stroke risk, and combined oral contraceptive: Results of an International, Multicentre Case-control*. Lancet 1996; 348: 505-10.
5. Bonnar J, *Coagulation effects of oral contraception*. Am J Obstet Gynecol. 1987; 157: 1042.
6. Burkman RT, Robinson JC, Kruszon-Moran D, Kimball AW, Kwiterovich P, Burford RG, *Lipid and lipoprotein changes associated with oral contraceptive use: A randomized clinical trial*, Obstet Gynecol 1988; 71: 33.
7. Notelovitz M, Feldmand EB, Gillepsy M, Gudat J, *Lipid and lipoprotein changes in women taking low-dose, triphasic oral contraceptives: A controlled, comparative, 12 month clinical trial*, Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1269.
8. Engel JH, Engel E, Lichtlen PR, *Coronary atherosclerosis and myocardial infraction in young women - role of oral contraceptives*, Eur Heart J 1983; 4: 1
9. Clarkson TB, Shively CA, Morgan TM, Koritnik DR, Adams MR, Kaplan JR, *Oral Contraceptives and coronary artery atherosclerosis of cynomolgus monkeys*, Obstet Gynecol 1990; 75: 217.
10. Gaspard UJ, Lefebvre PJ, *Clinical aspects of the relationship between oral contraceptives, abnormalities in carbohydrate metabolism, and the development of cardiovascular disease*, Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 334.
11. Hannaford PC, Kay CR, *Oral contraceptives in diabetes mellitus*, Br Med J 1989; 299: 315.
12. Royal College of General Practitioners, *Oral Contraception Study, Oral contraceptives and gallbladder disease*, Lancet 1982; 957.
13. Hulting A-L, Werner S, Hagenfeldt K, *Oral Contraceptives do not promote the development of growth of prolactinomas*. Contraception 1983; 27: 69.
14. The Cancer and Steroid Hormone Study of the CDC and NICHD, *Combination oral contraceptive use and the risk of endometrial cancer*, JAMA 1987; 257: 796.
15. *The Cancer and Steroid Hormonal Study of the CDC and NICHD, The reduction in risk of ovarian cancer associated with oral-contraceptive use*, New Engl J Med 1987; 316: 650.
16. Irwin KL, Rosero-Bixby L, Oberle MW, Lee NC, Whatley AS, Fortney JA, Bonhomme MG, *Oral contraceptives and cervical cancer risk in Costa Rica: Detention bias or causal association ?* JAMA 1988; 259: 59.
17. Brinton LA, Reeves WC, Brenes MM, Herrero R, De Britton RC, Gaitan E, Tenorio F, Garcia M, Rawls WE, *Oral contraceptive use and risk of invasive cervical cancer*, Int J Epidemiol 1990; 19: 4.

18. Brinton LA, Vessey MP, Flavel R, Yeates D, *Risk factors for benign breast disease*, Am J Epidemiol 1981; 113: 203.
19. Schlesselman JJ, Stadel BV, Murray P, Shenghan L, *Breast cancer risk in relation to type of estrogen contained in oral contraceptives*, Contraception 1987; 36: 595.
20. Linn S, Schoenbaum SC, Monson RR, Rosner B, Ryan KJ, *Delay contraception for former "pills"users*, JAMA 1982; 247:629.
21. Bracken MB, *Oral contraception and congenital malformations in offspring: A review and meta-analysis of the prospectives studies*, Obstet Gynecol 1990; 76: 552.
22. Nilsson S, Mellbin T, Hofvander Y, Sundelin C, Valentin J, Nygren KG, *Long-term follow-up of children breast-fed by mothers using oral contraceptives*, Contraception 1986; 34: 443.
23. Killick SR, Bancroft K, Oelbaum S, Morris J, Elstein M, *Extending the duration of the pill-free interval during combined oral contraception*, Adv Contraception 1990; 6: 33.
24. Royal College of General Practitioners, *Oral contraceptives and health*. Pitman Publishing, New York, 1974..
25. Bracken MB, *Oral contraception and congenital malformations in offspring: A Review and meta-analysis of the prospectives stuides*, Obstet Gynecol. 1990; 76: 552-556.

1.2 Métodos hormonales inyectables

1. Bassol S, Garza-Flórez J, *Review of ovulation return upon discontinuation of one-a-month injectable contraceptive*. Contraception 1994; 49:441.
2. World Health Organization, *A multicentered Phase III comparative study of two hormonal contraceptive preparation given once a month by intramuscular injection. Contraceptive efficacy and side effects*. Contraception 1988; 37(1): 1.
3. Pordthansong T, Mai Ch, *Return of fertility after use of the injectable contraceptive Depo-Provera up date data analysis*. J of Biosocial Science 1984; 16:23.
4. Fotherby K, Benagiono G, Topozada HK, *A preliminary pharmacological trial of the monthly injectable contraceptive Cyclo-Provera*. Contraception 1982; 30:62.
5. World Health Organization, Task force on oral contraceptive. *Effects of hormonal contraceptives on milk volume and infant growth*. Contraception 1984; 30:62.
6. WHO, Task force on long-acting system agents for fertility regulation, special programme of research and development and researchy training in human reproduction. *A multicentered phase III contraceptive study of two hormonal contraceptive preparation given once a month by intramuscular injection: I contraceptive efficacy and side effects*. Contraception 1988; 37:1.
7. Giwa-Osagie OF, *Metabolic effect of once a month combined injectable contraceptives*. Contraception 1994; 49:421.
8. Primiero FM, Benagiano G, Un publised data sumitted to WHO 1993.
9. Special programme of research development and research training in human reproduction study (87901). *Comparative study of two once a month injectable steroidal contraceptives and lipid, lipoprotein and apolopoprotein metabolism. Report of analysis 1993*.
10. Garza-Flórez J, Alba JM, Cravioto MC, Hernández L, Perez-Palacios G. *Estrogen-progesterogen once a month injectable contraceptive and serum prolactin*. Contraception 1989; 39:519.
11. Thomas DB, Ye Z, Ray RM, *WHO collaborative study of neoplasia and steroid contraceptive cervical carcinoma in situ and use of depot-medroxyprogesterone acetate (DMPA)*. Contraception 1995; 51(1):25.

12. Stanford JL, *Oral contraceptives and neoplasia of the ovary*. Contraception 1991; 43(6):543.
13. Ramman-Wilms L, et al. *Fetal genital effects of first trimestre sex hormone exposure: A meta-analysis*. Obstet & Gynecol. 1995, 85(1): 141-49.
14. Newton JR, d'Arcangues C, Hall PE. *A review of "once a month" combined injectable contraceptives*. J Obstet Gynaecol 1994; 4 (suppl 1): S1-34.

1.3 Método hormonal subdérmico

1. Brache V, Faundes A, Johansson E, Alvarez F, *Anovulation, inadequate luteal phase, and poor sperm penetration in cervical mucus during prolonged use of Norplant implants*, Contraception 1985; 31: 261.
2. Brache V, Alvarez-Sánchez F, Faundes F, Tejada AS, Cochon L, *Ovarian endocrine function through five years of continuous treatment with Norplant subdermal contraceptive implants*, Contraception 1990: 41: 169.
3. Alvarez F, Brache V, Tejada AS, Faundes F, *Abnormal endocrine profile among women with confirmed or presumed ovulation during long-term Norplant use*, Contraception 1986; 33: 111.
4. Croxatto HB, Diaz S, Salvatierra AM, Morales P, Ebensperger C, Brandeis A. *Treatment with Norplant subdermal implants inhibits sperm penetration through cervical mucus in vitro*, Contraception 1987; 36: 193.
5. Segal SJ, Alvarez-Sánchez F, Brache F, Faundes F, Vilja P, *Norplant implants: The mechanism of contraceptive action*, Fertil Steril 1991; 56: 273.
6. Sivin Y, *International experience with Norplant-2 contraceptives*, Stud Fam Plann 1988; 19: 81.
7. Shoupe D, Mishell DR Jr, Bopp B, Fiedling M, *The significance of bleeding patterns in Norplant implant users*, Obstet Gynecol 1991; 77: 256.
8. Fakeye O, Balogh S, *Effect of Norplant contraceptive use on hemoglobin, packed cell volume, and menstrual bleeding patterns*, Contraception 1989; 39: 265.
9. Diaz S, Croxatto HB, Pavez M, Belhadj H, Stern J, Sivin Y, *Clinical assessment of treatments for prolonged bleeding in users of Norplant implants*, Contraception 1990; 42: 97.
10. Croxatto HB, Diaz S, Robertson D, Pavez M, *Clinical chemistries in women treated with levonorgestrel implants (Norplant) or T Cu 200 IUD*, Contraception 1983; 27: 281.
11. Singh K, Viegas OAC, Liew D, Singh P, Ratnam SS, *Two-years follow-up of changes in clinical chemistry in Singaporean Norplant acceptors: Metabolic changes*, Contraception 1989; 39: 129.
12. Abdulla K, Elwan SI, Salem HS, Shaaban MM, *Effect of early post-partum use of the contraceptive implants, Norplant, on the serum levels of immunoglobulin of the mothers and their breastfed infants*, Contraception 1985; 32: 261.
13. Klavon SL, Grubb G, *Insertion site complications during the first year of Norplant use*, Contraception 1990; 41: 27.
14. *Norplant, Levonorgestrel implants: A summary of scientific data*. New York: The Population Council. 1990.

2. Métodos de barrera

1. Center for Disease Control. *Condoms for the prevention of sexually transmitted diseases*. MMWR, 1988; 37: 133-137

2. Kost K, Forrest JD, Harlap S, *Comparing the health risks and benefits of contraceptive choices*, Fam Plann Presp 1991; 23: 54.
3. Mills JL, Klebanoff MA, Graubard BI, Carey JC, *Barrier contraceptives methods and preeclampsia*, JAMA 1991; 265: 70.
4. Craig S, Hepbrun S, *The effectiveness of barrier methods of contraception with and without spermicide*, Contraception 1982; 26: 347.
5. Kelaghan J, Rubin FL, Ory HW, Layde PM. *Barrier method contraceptives and pelvic inflammatory disease*. JAMA 1982; 248: 184-186.
6. Hooper RR, Reynolds GM, Jones OG, et al, Cohort study of venereal disease. The risk of gonorrhea transmission from infected women to men, Am J Epidemiol 1978; 108: 136.
7. Hicks DR, Martin LS, Getchell JP. *Inactivation of HTLV-III/LAV infected cultures of normal human lymphocytes by nonoxynol-9 in vitro*. Lancet ii 1985; 142.
8. Louv WC, Austin H, Alexander WJ. *A Clinical trial of nonoxynol-9 as a prophylaxis for cervical Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia trachomatis infections*. J Infect Dis 1988; 158: 518-21.
9. Louik C, Mitchell AA. *Maternal exposure to spermicides in relation to certain birth defects*. New Engl J Med. 1987; 317: 474-479.

3. Dispositivo intrauterino (DIU)

1. Huber SC, Piotrow PT, Orlans B. *Intrauterine devices*. Pop Reports, Serie B, No. 1975.
2. International Planned Parenthood Federation. International Medical Advisory Panel (IMAP). *Statement on intrauterine devices*. IPPF Med. Bull. 1995; 29 (6): 1-4.
3. Sivin I. *IUD are contraceptives, no abortifacients: a comment on research and belief*. Studies Fam Plann. 1989; 20 (6): 355-64.
4. Kessel E. *Pelvic inflammatory disease with intrauterine device use: A reassessment*. Fertil Steril. 1989; 51: 1-5.
5. Sivin I, Stern J, Coutinho E, Mattos CER, et al. *Prolonged intrauterine contraception: A seven year randomized study of levonorgestrel 20 mcg/day (LNG 20) and the copper T 380 A IUD's*. Contraception 1991; 44: 473-76.
6. Newton J, Tacchi D. *Long term use copper ontrauterine devices*. Lancet 1990; 335: 1322-27.
7. Sivin I. *Dose- and- age dependent ectopic pregnancy risks with intrauterine contraception*. Obstet Gynecol. 1991; 78: 291-94.
8. Franks AI, Beral V, Cate W Jr. *Contraception and ectopic pregnancy risk*. Am J Obstet Gynecol 1990; 163: 1120-25.
9. Lee NC, Rubin GL, Grimes DA. *Measures of sexual behavior and the risk of pelvic inflammatory disease*. Obstet Gynecol 1991; 77: 425-30.

4. Esterilización femenina

1. Johns Hopkins School of Public Health. *Voluntary female sterilization: number one and growing*. Pop. Rep. 1991: C-10.
2. Peterson B. *The long-term effectiveness of tubal sterilization*. IPPF Med. Bull. 1996; 30(5): 3-4.

3. Peterson B, Xia Z, Hughes JM, Wilcox LS, Tylos LR, Trussell J. For the US Collaborative Review of Sterilization Working Group. *The Risk of Pregnancy after tubal sterilization: findings from the US Collaborative Review of Sterilization*. Am. J Obstet Gynecol. 1996; 174: 1161-1170.
4. World Health Organization, *Female sterilization: a guide to provision of services*. Geneva: WHO, 1992.

5. Vasectomía

1. Johns Hopkins School of Public Health. *Quick guide to vasectomy counseling*. Pop Rep 1992; D-5.
2. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). *Male and female sterilization: Long-term health consequences*. Outlook 1993; 11:1-8.
3. Giovannucci E. et al. *A retrospective cohort study of vasectomy and prostate cancer*. JAMA 1993; 269(7): 878-882.
4. Lynge E. *Vasectomy and testicular cancer: epidemiologic evidence of association*. Presented at the World Health Organization Workshop on Vasectomy and Cancer. Geneva, Switzerland. October 24-25 1991.
5. Li S, Goldstein M, Zhu J, *The no-scalpel vasectomy*

6. Anticoncepción de emergencia

1. Morris J McL, Wagenen G, *Compounds interfering with ovum implantation and development. III, The role of estrogens*, Am J Obstet Gynecol 1966; 96: 804.
2. Yuzpe AA, Smith RP, Rademaker AW, *A multicenter clinical investigation employing ethinyl estradiol combined with dl-norgestrel as a postcoital contraceptive agent*, Fertil Steril 1982; 37: 508.
3. Young OC, Wiehle RD, *Emergency contraception alters progesterone-associated endometrial protein in serum and uterine luminal fluid*, Obstet Gynecol, 1994; 84(2): 266.
4. Fasoli M, Parazzini F, Cecchetti G, La Vecchia C, *Post-coital contraception: An overview of published studies*, Contraception 1989; 39: 459.
5. Ho PC, Kwan MSW. *A prospective randomized comparison of levonorgestrel with Yuzpe regimen in post-coital contraception*. Hum Reprod. 1993; 8: 389-92

Consejería

1. Aguilar José A., Mayén H. Beatriz y cols. *La Salud Sexual y Reproductiva en la Adolescencia: Un Derecho a Conquistar*. Manual educativo para prestadores de servicios de salud. México, primera edición, Noviembre de 2001.
2. CONACED (Confederación Nacional de Centros Docentes). Ministerio de Educación Nacional. *Educación en la Sexualidad*. Capacitación de Docentes, Modulo IV.
3. Bonilla N. *Educación Sexual ¿Por quién y cómo? Reflexiones para educadores*. Ediciones sexualidad y vida, Colombia, 1994.
4. Gomez S. Pio Ivan, y cols. *Planificación Familiar una visión integral*. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, departamento de ginecobstetricia. Bogotá, Colombia.

5. Hatcher A., Rinehart W., Blackburn R., Geller J., Shelton J. *Lo esencial de la tecnología anticonceptiva*. Universidad John Hopkins, Julio, 1999.
6. Heath C., Sulik S. *Asesoramiento sobre anticonceptivos y preconcepción*. Clínicas de Atención Primaria: *La Salud de la Mujer*. Volumen 1/1997. Editorial McGraw-Hill Interamericana.
7. Porter-Waife-Holtrop. *Manual de anticoncepción para personal de salud*. The pathfinder Fund, segunda edición revisada 1988.
8. OPS. *Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva*. 2000.
9. AVSC Internacional. *Consejería en Planificación Familiar: Prototipo de Currículo*. Nueva York, 1995.
10. Emans J., Laufer M., Goldstein D. *Ginecología en Pediatría y la Adolescencia*. Cuarta Edición, McGraw-Hill Interamericana, México, 2000.
11. Las Vocales de la Planificación, el AEIOU, Metodología diseñada por Wilman Castillo MD. Asesor Schering Colombiana. 2002
12. Current Obstetrics & Gynaecology (2003) 13, 30-37
13. Reviews in endocrine & Metabolic Disorders 2002;3:257-265
Current Obstetrics & Gynaecology (2003) 13, 21-29

