

NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

GREGORIO PEREZ-PALACIOS, Director General de Planificación Familiar, por acuerdo del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Servicios de Salud, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 3o. fracción V, 13 apartado A) fracción I, 67, 68, 69 de la Ley General de Salud; 38, fracción II, 45, 46 fracción II, 47 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 8o. fracción IV y 25 fracción V del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

PREFACIO

Esta Norma deja sin efecto a la Norma Técnica No. 22 Para la Planificación Familiar en la Atención Primaria de la Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el lunes 7 de julio de 1986.

En la elaboración de esta Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar participaron:

Dirección General de Planificación Familiar, SSA

Dirección General de Atención Materno Infantil, SSA

Dirección General de Fomento de la Salud, SSA

Dirección General de Educación Primaria en el D.F., SEP

Dirección General de Sanidad Militar, Sedena

Dirección General de Sanidad Naval, Secretaría de Marina

Secretaría General del Consejo Nacional de Población

eConsejo Nacional de Prevención y Control del SIDA

Jefatura de Salud Reproductiva y Materno Infantil, IMSS

Subdirección de Medicina Familiar, Medicina Preventiva y Programas para la Salud, ISSSTE

Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia

Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán

Instituto Nacional de Perinatología

Instituto Nacional de Pediatría

Hospital Infantil de México

Instituto Nacional Indigenista

Dirección General de Servicios de Salud, DDF

Gerencia de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Fondo de Población de Naciones Unidas

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

Fundación Mexicana para la Planeación

Familiar, A.C.

Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Salud y Desarrollo Comunitario, A.C.

Asociación Mexicana de Ginecología y Obstetricia

Federación Mexicana de Asociaciones de Ginecología y Obstetricia

Sociedad Mexicana de Salud Pública, A.C.

Asociación Mexicana de Hospitales, A.C.

Comité Nacional Pro-Vida, A.C.

Liga de la Leche de México

Academia de Investigación en Biología de la Reproducción, A.C.

Para la verificación de la concordancia con guías y recomendaciones internacionales se contó con el apoyo de las siguientes organizaciones:

Organización Mundial de la Salud

Organización Panamericana de la Salud

Fondo de Población de Naciones Unidas

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

Family Health International

Pathfinder México

Association for Voluntary Surgical Contraception

The Ford Foundation

The Population Council

INDICE

0 Introducción

1 Objeto y campo de aplicación

2 Referencias

3 Símbolos y abreviaturas

4 Terminología

5 Disposiciones generales

6 Métodos anticonceptivos

6.1 Métodos hormonales orales

6.2 Métodos hormonales inyectables

6.3 Método hormonal subdérmico

6.4 Dispositivo intrauterino

- 6.5 Oclusión tubaria bilateral
- 6.6 Vasectomía
- 6.7 Métodos de barrera y espermicidas
- 6.8 Métodos naturales o de abstinencia periódica
- 7 Identificación de casos de esterilidad e infertilidad
- 8 Concordancia con guías y recomendaciones internacionales
- 9 Bibliografía
- 10 Observancia de la Norma
- 11 Vigencia

0 Introducción

México está viviendo un proceso de modernización en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a la disposición de los mexicanos y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de la competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley General sobre Metrología y Normalización, la cual entró en vigor el 1o. de julio de 1992 que señala, entre otras, las bases para la elaboración de las normas oficiales mexicanas que sustituyen a partir del 16 de octubre de 1993 a las normas técnicas que hasta entonces indicaran las características que debieran reunir los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

Las actividades de salud, y dentro de ellas los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos.

El presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los servicios de planificación familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva.

Este documento describe las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar e incluye tanto la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, como la identificación, manejo y referencia de casos con esterilidad e infertilidad, destacando los elementos de información, orientación y consejería.

1. Objeto y campo de aplicación

El objeto de esta Norma es uniformar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, de tal manera que dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los individuos y posterior a la consejería, basada en la aplicación del enfoque de salud reproductiva, pueda realizarse la selección adecuada, prescripción y aplicación de los métodos anticonceptivos, así como también la identificación, manejo y referencia de los casos de infertilidad y esterilidad, y con ello acceder a mejores condiciones de bienestar individual, familiar y social.

El campo de aplicación de esta Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y regula requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

La planificación familiar se ofrece con carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgos para la salud de las mujeres, los hombres y los niños; sus servicios son un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad.

Esta Norma es de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.

2. Referencias

Para la aplicación correcta de esta Norma es necesario consultar:

- Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, título primero, capítulo I, artículo 4o.
- Ley General de Población, capítulo I, artículo 3o., fracciones II y IV.
- Ley General de Salud, capítulo VI, artículos 67, 68, 69, 70 y 71.
- Ley Federal sobre Metrología y Normalización, título tercero, capítulos I, II, III, IV y V.
- Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39.
- Reglamento de la Ley General de Población, capítulo segundo, sección II, artículos del 14 al 24 inclusive, sección III, artículos 25 al 27.
- Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, capítulo VI, artículos 116, 117, 118, 119 y 120.
- Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, capítulo VI, artículo 17.

3. Símbolos y abreviaturas

NET-EN - Enantato de noretisterona

DMPA - Suspensión acuosa de MPA de depósito

µg - Microgramo

mg - Miligramo

g - Gramo

ml - Mililitro

l - Litro

DIU - Dispositivo Intrauterino

SIDA - Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

mm - Milímetro

cm - Centímetro

4. Terminología

Terminología seleccionada para los propósitos de esta Norma:

Amenorrea: Ausencia de menstruación por más de 90 días.

Amenorrea por lactancia: Es una condición natural de la mujer en el puerperio, durante la cual el riesgo de embarazo está disminuido. Se limita a los primeros cuatro meses después del parto, siempre y cuando se practique la lactancia en forma exclusiva y frecuente. No es confiable como método anticonceptivo.

Anemia severa: Cifras de hemoglobina por debajo de 10 g/l.

Calidad de servicios de planificación familiar. Se define en términos de la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por el Sistema de Servicios de Planificación Familiar. Esta definición incorpora seis elementos:

variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión, información que se proporciona a los usuarios, competencia técnica de los prestadores de servicios, relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios, mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos y, un conjunto apropiado de servicios de salud que incluyan los de planificación familiar.

Ciclo menstrual: Periodo de 28 +/- 5 días comprendido entre dos menstruaciones durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

Cloasma: Hiperpigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

Consentimiento informado: Es la decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento

y comprensión de la información pertinente y sin presiones.

Contraindicación: Es la situación de riesgo a la salud por la cual no se debe administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

Criptorquidia: Defecto del desarrollo, en el cual uno o ambos testículos no logran descender a las bolsas escrotales y permanecen dentro del abdomen o el conducto inguinal.

Disponibilidad de métodos anticonceptivos: Posibilidad cierta de los usuarios para obtener los métodos anticonceptivos en las instituciones del Sistema Nacional de Salud o para adquirirlos en las farmacias del país.

Edad fértil o reproductiva: Etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Efectividad anticonceptiva: Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

Enfermedad inflamatoria pélvica: Inflamación de las estructuras pélvicas, útero y trompas uterinas.

Enfermedad transmisible sexualmente: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Factor de riesgo: Característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociados con un aumento de la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Fiebre: Elevación de la temperatura corporal por arriba de 38.0 grados centígrados, por medición en la cavidad bucal.

Hematoma: Acumulación tisular de sangre extravascular.

Hemorragia: Escape de sangre de los vasos.

Hernia: Es la salida o desplazamiento de un órgano o de una víscera, total o parcialmente, fuera de su localización normal, a través de un orificio natural de la cavidad que normalmente lo contiene y siempre revestido por una membrana serosa.

Hidrocele: Acumulación de líquido claro en el saco de la túnica vaginal de los testículos.

Hipertensión arterial: Cifras de tensión arterial anormalmente elevadas. (Mayores a 140/90 mm. Hg.)

Ictericia: Pigmentación de la piel de color amarillo, debida al incremento en las cifras de bilirrubinas circulantes.

Indicación: Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo a las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de el o la aceptante.

Lactancia materna exclusiva: Alimentación del recién nacido con leche materna, sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones o biberones.

Mastalgia. Dolor en glándulas mamarias.

Planificación familiar: Es el derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener la información especializada y los servicios idóneos.

El ejercicio de este derecho es independiente del género, la edad y el estado social o legal de las personas.

Posparto: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución por vía vaginal de un embarazo de 21 semanas o más.

Poscesarea: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 21 semanas o más.

Posaborto: Es el periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución de la interrupción del embarazo menor de 21 semanas.

Precaución: Es la situación de riesgo a la salud por la cual se debe valorar, bajo criterio clínico, la conveniencia o no de administrar, aplicar o practicar un método anticonceptivo.

Puerperio: Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato del segundo al séptimo día; y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo días posparto.

Relación sexual: Para los fines de esta Norma se considera relación sexual únicamente el coito vaginal.

Riesgo reproductivo: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: Es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción, así como en el ejercicio de la sexualidad.

Seguridad razonable de ausencia de embarazo: Es cuando la mujer:

1. No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación,
2. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo,
3. Está dentro de los primeros siete días después del inicio de la menstruación,
4. Está en lactancia exclusiva y amenorrea posparto,
5. Está dentro de las primeras cuatro semanas del posparto (para mujeres que no están lactando), y
6. Está dentro de los primeros siete días posaborto.

Usuario: Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

Usuario potencial: Hombres y mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, que actualmente no usan un método anticonceptivo.

Nomenclatura sistemática de progestinas y estrógenos sintéticos que se mencionan en esta Norma

Etinilestradiol: 17alfa-etinilo1,3,5 (10)-estratrieno-3,17-diol.

Mestranol: 17alfa-etinilo-3-metoxi-1,3,5(10)-estratrieno-17-ol

Cipionato de estradiol: 3,17-dihidroxi-1,3,5(10)-estratrieno-17-il-(3-ciclopentil)-propionato.

Valerianato de estradiol: 3-hidroxi-1,3,5(10)-estratrieno-17-il-valerianato.

Enantato de estradiol: 3,17-dehidroxi-1,3,5(10)-estratrieno-17-il-heptanoato.

19 Nortestosterona: 17-hidroxi-4-estreno-3ona.

Noretisterona: 17alfa etinilo-17-hidroxi-4 estreno-3-ona.

Enantato de noretisterona: 17alfa-etinilo-3-oxo-4-estreno-17-il-heptanoato

Norgestrel: 17. etilo, 17alfa etinilo-17-hidroxi-4-goneno-3-ona.

Levonorgestrel: D-(l)-13-etilo, 17alfa-etinilo-17-hidroxi-4-goneno-3-ona.

Linestrenol: 17 etinilo-17 hidroxi-4-estreno.

Gestodeno: 17alfa etinilo-13 etilo-17-hidroxi-4.15-gonadien-3-ona.

Norgestimato: 13 etil-17alfa etinil-17 acetoxi-4 gonen-3 ona-oxima.

Desogestrel: 17alfa etinilo-11 metileno-13 etilo-4-gonano-17 ol.

17 Hidroxiprogesterona: 17alfa-hidroxi-4-pregneno,3,20-diona.

Acetato de clormadinona: 6alfa-cloro-3,20-dioxo-4,6-pregnandieno, 17alfa-il-acetato.

Acetato de ciproterona: 1,2alfa-metileno-6cloro-3,20-dioxo 4,6-pregnandieno-17alfa il acetato.

Acetato de medroxiprogesterona: 6alfa-metilo-3,20-dioxo-4-pregneno-17alfa-il-acetato.

Acetofenido de dihidroxiprogesterona: 16alfa,17alfa dihidroxi 4-pregneno-3,20 diona,16,17 acetal cíclico con acetofenona (metil-alfa-fenilo).

5. Disposiciones generales

5.1 Servicios de planificación familiar

5.1.1 Los servicios de información, orientación, consejería, selección, prescripción y aplicación de anticonceptivos, identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, así como de prevención de enfermedades de transmisión sexual y de atención materno infantil, constituyen un conjunto de acciones, cuyo propósito es contribuir al logro del estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad durante el proceso de reproducción y el ejercicio de la sexualidad, así como al bienestar de la población.

5.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y manejo de casos de infertilidad y esterilidad.

5.1.3 La prestación de los servicios de planificación familiar debe ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo.

5.1.4 Los servicios de planificación familiar deben ser gratuitos cuando sean prestados por instituciones del sector público.

5.1.5 Todo solicitante de los servicios de planificación familiar debe quedar protegido para evitar embarazos no deseados y prevenir el embarazo de alto riesgo, para lo cual, además de la información que reciba, se le debe proporcionar consejería adecuada y, en caso de aceptarlo, se debe prescribir o aplicar algún método anticonceptivo lo cual puede ocurrir desde la primera atención.

5.1.6 Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar para recibir atención adecuada cuando tenga alguna duda o se presente algún efecto colateral importante imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no tuviera cita.

5.1.7 El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones de higiene y esterilización, de acuerdo a los procedimientos propios de cada método.

5.1.8 Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar, deben de cumplir las condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud.

5.1.9 Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben llevar un control de existencias de material anticonceptivo, para garantizar en forma permanente la prestación de los servicios a que se refiere esta Norma.

5.1.10 Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que el personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad, de conformidad con lo señalado por esta Norma.

5.2 Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se deben efectuar a través de acciones de comunicación en medios masivos, participación social y comunitaria, técnicas grupales, entrevistas personales, y visitas domiciliarias para dar a conocer la importancia de la práctica de la planificación familiar para la salud, así como la existencia de los servicios correspondientes en unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

5.3 Información y educación

Deben impartirse tanto a hombres como a mujeres a nivel grupal o individual y comprender los siguientes aspectos:

- a) Sexualidad y reproducción humana desde los puntos de vista biológico, psicológico y social.
- b) Información y orientación sobre salud reproductiva, con énfasis en los principales factores de riesgo reproductivo en las diferentes etapas de la vida, con el fin de que los individuos lleguen al autorreconocimiento de sus factores de riesgo.
- c) Información sobre los métodos anticonceptivos disponibles para hombres y mujeres, su presentación, efectividad anticonceptiva, indicaciones, contraindicaciones, ventajas y desventajas, efectos colaterales e instrucciones sobre su uso, y si procede, información sobre su costo.
- d) Información sobre lo que el usuario debe esperar de los prestadores de los servicios con respecto a asesoría técnica y abastecimiento de métodos anticonceptivos.
- e) Información y orientación sobre esterilidad e infertilidad.

5.4 Consejería

5.4.1 Definición

La consejería en Planificación Familiar debe incluir un proceso de análisis y comunicación personal, entre los prestadores de servicios y los usuarios potenciales y activos, mediante el cual se brinden a los solicitantes de métodos anticonceptivos, elementos para que puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva, así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y así asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva. En parejas infértiles o estériles debe acompañarse de referencia oportuna a unidades médicas en caso necesario.

5.4.2 Características

5.4.2.1 La consejería debe proporcionar información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas, para esclarecer las dudas que pudieran tener sobre los métodos anticonceptivos en cuanto a:

- Sus características.
- Efectividad anticonceptiva.
- Indicaciones.
- Contraindicaciones y precauciones.
- Forma de administración.
- Lineamientos generales para la prescripción.
- Duración de la protección anticonceptiva.
- Seguridad, efectos colaterales y conducta a seguir.
- Necesidad de seguimiento, evaluación y reforzamiento de la protección anticonceptiva.
- Cuando proceda, información sobre el costo.

La consejería también debe proporcionar información, orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles y estériles.

5.4.2.2 La consejería debe hacer énfasis en la correlación entre los atributos y limitaciones de los métodos anticonceptivos, con las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se debe poner especial atención en la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como de sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, para lograr la efectividad del método seleccionado.

5.4.2.3 La consejería debe tomar en cuenta en todo momento, que la decisión y consentimiento responsable e informado de los usuarios deben ser respetados en forma absoluta y no se debe inducir la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

5.4.2.4 El consejero debe constatar que los aceptantes han recibido y comprendido la información completa sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos, así como de su responsabilidad por el buen uso de ellos. En virtud de que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el aceptante asume el riesgo de la falla de cada método.

5.4.2.5 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos: a) adolescentes; b) usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente; c) individuos que presentan limitaciones físicas o psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión, y d) en el posparto y poscesárea cuando el recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.

5.4.2.6 La consejería debe proporcionar información completa sobre los diferentes métodos anticonceptivos, tanto a los nuevos usuarios o aceptantes, como a los usuarios activos, con el fin de esclarecer dudas. En caso necesario, será un apoyo para la decisión de cambio de método.

5.4.2.7 La aceptación de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) debe ir

precedida por consejería y se debe ratificar por escrito por el usuario e incluir este documento en la ficha individual o expediente clínico personal. Este documento debe describir el conocimiento del aceptante sobre la irreversibilidad del procedimiento.

5.4.3 Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería

La consejería debe ser impartida por cualesquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial (personal médico, de enfermería, trabajo social, u otro personal paramédico, promotores de salud y agentes de salud comunitaria).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Asimismo, debe estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual debe auxiliarse de material educativo adecuado.

Debido a que el consejero y el usuario potencial establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante que se preserve el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar, para que aliente al solicitante a expresarse con absoluta confianza y libertad. El consejero debe imprimir carácter de respeto y privacidad en el trato al usuario, a través de su actitud y del interés mostrado al solicitante, procurando que exista un ambiente de mutua confianza, así como tomar en consideración los mitos, tabúes y creencias sobre los anticonceptivos y hacer las aclaraciones pertinentes con delicadeza y sensibilidad.

El consejero debe reconocer signos de cualesquier problema emocional u orgánico de importancia en el solicitante y hacer la referencia en caso necesario.

5.4.4 Tiempo y lugar para efectuar la consejería

La consejería puede impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario potencial haga al prestador de servicio y puede llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta, externa y hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso de consejería debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario, y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Debe tenerse especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante el periodo prenatal, posparto, poscesárea, postaborto y cuando la situación de salud de la mujer pueda ser afectada por la presencia de un embarazo. No debe efectuarse bajo situaciones de presión emocional.

5.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

5.5.1 Los métodos anticonceptivos se utilizan para regular la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja con el fin de evitar embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad se clasifican en temporales y permanentes, y son los siguientes:

- Temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivo intrauterino.
- e) De barrera y espermicidas.
- f) Naturales o de abstinencia periódica.

- Permanentes

a) Oclusión tubaria bilateral.

b) Vasectomía.

5.5.2 Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos se deben efectuar:

- Interrogatorio.

- Examen físico en función de capacitación y recursos de los prestadores de servicios, así como de los requerimientos de los métodos anticonceptivos.

- Valoración de riesgo reproductivo.

- Consejería que garantice selección informada de un método específico por el usuario.

- Señalamiento de la efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales e indicaciones sobre el uso.

- Seguimiento de los usuarios de métodos anticonceptivos, para detectar oportunamente embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.

- Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado.

- Localización y promoción de la reincorporación de usuarios inasistentes al control periódico.

5.5.3 Cuando la mujer se encuentre en periodo de lactancia, se deben preferir métodos anticonceptivos no hormonales, o bien, utilizar únicamente los que contienen sólo progestina.

5.5.4 Cuando, además de la prevención de embarazos no deseados, se desee evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA, deberá usarse el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método, ya que es el único método que contribuye a evitar dichas enfermedades.

5.6 Identificación y manejo de casos de esterilidad e infertilidad

Para propósitos de esta Norma:

5.6.1 Definición de esterilidad

Por esterilidad debe entenderse la incapacidad que presente un individuo, hombre o mujer o ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

5.6.2 Definición de infertilidad

Por infertilidad debe entenderse la incapacidad de la pareja o del individuo (mujer) para poder llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

6. Métodos anticonceptivos

Métodos anticonceptivos son aquéllos que se utilizan para impedir la capacidad reproductiva de un individuo o una pareja en forma temporal o permanente.

6.1 Métodos hormonales orales

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

- Los combinados de estrógeno y progestina, y
- Los que contienen sólo progestina.

6.1.1 Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

6.1.1.1 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 cualesquiera de las siguientes progestinas sintéticas derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona

(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).

6.1.1.2 Presentación

Existen tres tipos de presentaciones de los anticonceptivos hormonales combinados orales:

- Las que contienen dosis constantes del estrógeno y de la progestina 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.
- Las que contienen dosis variables del estrógeno y de la progestina 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, y
- Aquellas que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis tabletas o grageas con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no se debe recomendar su uso como anticonceptivo.

6.1.1.3 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 92 al 99%.

6.1.1.4 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.

6.1.1.5 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.
- 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.

6.1.1.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

6.1.1.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento, deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual. También pueden iniciarse al sexto o séptimo día. En este caso debe usarse simultáneamente un método de barrera durante los primeros siete días de la administración del método.
- 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 dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

6.1.1.8 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.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.

- 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). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.

6.1.1.9 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.

6.1.1.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

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

6.1.1.11 Conducta a 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, ya que esta sintomatología generalmente 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

6.1.1.12 Conducta a 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. Se debe suspender 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 se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

6.1.1.13 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 consejería, 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. Siempre que sea posible, en la visita anual de revisión, se tomará muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar 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.

6.1.2 Hormonales orales que sólo contienen progestina

6.1.2.1 Formulación

Existen dos formulaciones que contienen dosis bajas de una progestina sintética, linestrenol 0.5 mg y levonorgestrel 35 µg (no contienen estrógenos).

6.1.2.2 Presentación

- Se presenta en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.

6.1.2.3 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%.

6.1.2.4 Indicaciones

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nulíparas, 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 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 y cuando se deseen anticonceptivos orales.
- En el posaborto inmediato.

6.1.2.5 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.

6.1.2.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopatía isquémica.
- Depresión importante.
- Migraña focal.

6.1.2.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si el inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día desde el inicio de la menstruación, se deberá usar un método de barrera, como apoyo, durante siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.
- Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora.
- En el posparto, o poscesárea cuando la mujer esté lactando se debe iniciar después de la sexta semana. Si no está lactando puede iniciarse después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia se puede recomendar el cambio a otro método anticonceptivo.

6.1.2.8 Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales orales que contienen sólo progestina, pueden obtenerse en unidades de atención médica y programas institucionales de distribución comunitaria o adquirirse en farmacias.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar interrogatorio.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas en forma diaria ininterrumpida.
- 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). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.

6.1.2.9 Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta. Si se omiten una o más tabletas o grageas el método es inefectivo.

6.1.2.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea).
- Cefalea.
- Mastalgia.

6.1.2.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta se debe descartar la existencia de embarazo.
- En caso de sintomatología leve, se debe reforzar la consejería y recomendar a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.
- El uso del método se debe suspender si se presenta:
 - Embarazo confirmado.
 - Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

6.1.2.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una o más tabletas o grageas se debe adicionar un método de barrera, descartar la posibilidad de embarazo y luego reiniciar el uso de las tabletas o grageas o cambiar a otro método.
- La diarrea y el vómito intensos pueden interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se debe recomendar el uso adicional de un método de barrera.

6.1.2.13 Seguimiento de la usuaria

- Se debe efectuar mediante una visita inicial al mes y posteriormente al menos 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 correcto uso del método, la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y cuando proceda, se dotará de tabletas o grageas.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes se pueden prescribir y/o entregar 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.

6.2 Métodos hormonales inyectables

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

- los combinados de estrógeno y progestina, y
- los que contienen sólo progestina.

6.2.1 Hormonales combinados inyectables que contienen estrógeno y progestina

6.2.1.1 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 cualesquiera de las siguientes progestinas 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).

6.2.1.2 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.
- Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de norestisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa.
- Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa.
- Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg en 1 ml de suspensión acuosa.

6.2.1.3 Efectividad anticonceptiva

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

6.2.1.4 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.

6.2.1.5 Contraindicaciones

- Lactancia en los primeros seis meses posparto.
- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido cáncer mamario o de cérvix.
- 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.
- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.2.1.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Fumadoras mayores de 35 años de edad.

- Hipertensión arterial.
- Diabetes mellitus no controlada.
- Migraña focal.
- Leiomiomatosis uterina.
- Insuficiencia renal.
- Alteraciones de la coagulación.

6.2.1.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe hacerse en cualesquiera 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 progestina 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 a las dos semanas.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad y reiniciarse dos semanas después.

6.2.1.8 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.
- Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:
 - Proporcionar consejería.
 - 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). En caso de adolescentes el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal, puede diferirse para consultas subsecuentes.
 - Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

6.2.1.9 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.

6.2.1.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

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

6.2.1.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- En casos de sintomatología leve, se debe reforzar 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 mas allá de seis meses.

6.2.1.12 Conducta a 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.

6.2.1.13 Seguimiento de la usuaria

Se debe efectuar 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 se pueden entregar varias ampollas, pero sólo tres o cuatro son programáticamente razonables. El número de ampollas 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.

6.2.2 Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

6.2.2.1. Formulación

Contienen una progestina sintética esterificada derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o derivada de la 17-hidro-xiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona

(150 mg).

6.2.2.2 Presentación

Existen dos tipos de anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina:

- Enantato de noretisterona 200 mg, en ampollita con 1 ml de solución oleosa.
- Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampollita con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina.

6.2.2.3 Efectividad anticonceptiva

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

6.2.2.4 Indicaciones

Estos anticonceptivos están indicados para mujeres en edad fértil con vida sexual activa, nuligestas, 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.

6.2.2.5 Contraindicaciones

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

- Durante la administración crónica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.2.2.6 Precauciones

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

6.2.2.7 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe efectuarse en cualesquiera de los primeros siete días después del inicio del ciclo menstrual.
- Las inyecciones subsecuentes de DMPA deben aplicarse cada tres meses y las de NET-EN cada dos 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.

6.2.2.8 Lineamientos generales para la prescripción

- Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina se pueden obtener 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). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal se pueden diferir para consultas subsecuentes.
- Se debe tener especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.
- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables.

6.2.2.9 Duración de la protección anticonceptiva

- La protección anticonceptiva conferida por NET-EN, se extiende por lo menos a los 60 días que siguen a la inyección, aunque en general es más prolongada.

- 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.

6.2.2.10 Efectos colaterales

Algunas mujeres pueden presentar:

- Irregularidades menstruales.
- Amenorrea.
- Cefalea.
- Mastalgia.
- Aumento de peso.

6.2.2.11 Conducta a 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:

a) Sospecha de embarazo.

b) Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

6.2.2.12 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

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

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

6.2.2.13 Seguimiento de la usuaria

- Se debe efectuar 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 correcto uso 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 se pueden entregar 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 de la usuaria de pagar en un sistema de recuperación de cuotas.

6.3 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 progestina sintética (no contiene estrógeno).

6.3.1 Formulaci3n

Seis c3psulas de dimetilpolisiloxano que contiene cada una 36 mg de levonorgestrel.

6.3.2 Presentaci3n

Seis c3psulas con dimensiones individuales de 34 mm de longitud por 2.4 mm de di3metro transversal, que liberan en promedio 30 µg diarios de levonorgestrel.

6.3.3 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso este m3todo brinda protecci3n anticonceptiva superior al 99% durante el primer a3o. Despu3s disminuye gradualmente (96.5% al quinto a3o de uso).

6.3.4 Indicaciones

Este m3todo est3 indicado para mujeres en edad f3rtil con vida sexual activa, nuligestas, nul3paras o mult3paras, incluyendo adolescentes con patr3n menstrual regular, que deseen un m3todo anticonceptivo hormonal de larga acci3n que no requiere de la toma o aplicaci3n peri3dica, en las siguientes circunstancias:

- Antes del primer embarazo, inclusive cuando el uso de estr3genos est3 contraindicado.
- En el intervalo intergen3sico, inclusive cuando el uso de estr3genos est3 contraindicado.
- En el posparto o posces3rea, con o sin lactancia.
- En el posaborto inmediato.

6.3.5 Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Tener o haber tenido c3ncer mamario o del c3rvix.
- Tener o haber tenido tumores hep3ticos benignos o malignos.
- Enfermedad hep3tica aguda o cr3nica activa.
- Durante la administraci3n cr3nica de rifampicina o anticonvulsivantes.

6.3.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiolog3a no determinada.
- Insuficiencia renal.
- Cardiopat3a isqu3mica.
- Depresi3n importante.
- Migra3a focal.
- Debe considerarse la posibilidad de disminuci3n de la efectividad del m3todo despu3s de dos a3os de uso en mujeres con peso mayor de 70 kilogramos.

6.3.7 Forma de administraci3n

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 cualesquiera 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 efectuarse después de la sexta semana del puerperio.

6.3.8 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 realizar 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). En caso de adolescentes, el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal puede diferirse a consultas subsecuentes.

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 se puede efectuar la inserción de nuevos implantes o cambiar a otro método anticonceptivo.

6.3.8.1 Técnica de inserción y remoción

6.3.8.1.1 Inserción

Se deben utilizar jeringas y agujas estériles que sean desechables, para aplicar la anestesia.

Se debe utilizar trócar estéril.

La mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba, mientras se insertan los implantes.

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 vendotele. Los implantes primero y sexto deben quedar formando un ángulo de 75 grados entre ellos.

6.3.8.1.2 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, se debe de colocar 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.

6.3.9 Duración de la protección anticonceptiva

Hasta cinco años después de la inserción.

6.3.10 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.

6.3.11 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

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

6.3.12 Conducta a 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.

6.3.13 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 al método, acuda a consulta en cualquier momento.

6.4 Dispositivo intrauterino

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

6.4.1 Descripción

Los dispositivos intrauterinos disponibles consisten en un cuerpo semejante a una "T" de polietileno flexible y contienen un principio activo o coadyuvante de cobre o de cobre y plata y tienen además hilos guía para su localización y extracción.

6.4.2 Presentación

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

6.4.3 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 95 al 99%.

6.4.4 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.

6.4.5 Contraindicaciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.
- Utero con histerometría menor a 6 cms.
- Patología que deforme la cavidad uterina.
- Carcinoma del cérvix o del cuerpo uterino.
- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.
- Presencia de corioamnionitis.

6.4.6 Precauciones

- Hemorragia uterina anormal de etiología no determinada.
- Infecciones del tracto genital.
- Hiperplasia endometrial.
- Anemia y padecimientos hemorragíparos.
- Dismenorrea severa.
- Antecedente de enfermedad inflamatoria pélvica.
- Antecedente de embarazo ectópico.
- Ruptura prematura de membranas.
- Trabajo de parto prolongado.

6.4.7 Forma de administración

El DIU debe ser insertado en la cavidad uterina.

6.4.7.1 Tiempo de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: el DIU puede insertarse 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 se puede hacer la colocación del 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.

6.4.8 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 se debe recomendar en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a enfermedades de transmisión sexual por el riesgo de desarrollar enfermedad inflamatoria pélvica.

6.4.8.1 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 periodos posplacenta, transcesárea, posaborto de más de 12 semanas de gestación y el posparto mediato (prealta) no debe usarse el insertor.

6.4.8.1.1 Intervalo intergenésico

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

Se debe hacer una exploración pélvica bimanual previa a la colocación del DIU para precisar la forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica.

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 se debe insertar el DIU siguiendo

los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. 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.

6.4.8.1.2 Inserción posplacenta

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

6.4.8.1.2.1 Técnica con pinza

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

- 1) 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 guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- 2) 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.
- 3) Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 4) Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre se palpa la parte más alta del útero.
- 5) Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste esté en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU y se la retira cuidando de no jalar 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 al través del cérvix si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

6.4.8.1.2.2 Técnica manual

- 1) El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los hilos guía en el dorso de la mano.
- 2) La otra mano se coloca en el abdomen sobre la parte superior del útero.
- 3) Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- 4) Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar 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, se debe recomendar 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.

6.4.8.1.3 Transcesárea

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

6.4.8.1.3.1 Técnica con pinza

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

- 1) Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Forester en el borde superior de la histerotomía.
- 2) El DIU se toma con una pinza de anillos en la forma que fue descrita para su inserción en posplacenta.

- 3) Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
- 4) Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 5) 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.
- 6) Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no jalar 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, ya que esto ocurre espontáneamente.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al efectuar la histerorrafia.

6.4.8.1.3.2 Técnica manual

- 1) Se toma el DIU entre los dedos de la mano en la forma ya descrita, para su inserción en posplacenta.
- 2) La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
- 3) Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- 4) Se retira la mano de la cavidad cuidando no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.

6.4.8.1.4 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 fue descrito.

6.4.8.1.5 Prealta

El DIU puede aplicarse previamente a la 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 aquellas que hubieren superado la causa de contraindicación o precaución.

6.4.9 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 seis a ocho años y para los Multiload 375 y 250 es de cinco y tres años, respectivamente.

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

6.4.10 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 se pueden manifestar como:

- Dolor pélvico durante el periodo menstrual.

- Aumento de la cantidad y duración del sangrado menstrual.

6.4.11 Conducta a 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 de considerarse la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran, se debe retirar y seleccionar otro método anticonceptivo.

Una complicación inmediata que se puede presentar como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina; en este caso la usuaria debe ser referida de inmediato a una unidad hospitalaria para su atención.

6.4.12 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 se debe efectuar 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 se debe intentar el retiro del dispositivo.

Siempre que sea posible, en la visita anual se debe efectuar toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou).

6.5 Oclusión tubaria bilateral

6.5.1 Descripción

Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la oclusión tubaria bilateral de las trompas uterinas, con el fin de evitar la fertilización.

6.5.2 Efectividad anticonceptiva

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

6.5.3 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.

6.5.4 Contraindicaciones

- Enfermedad inflamatoria pélvica activa.

6.5.5 Precauciones

- Embarazo o sospecha de embarazo.

- Discrasias sanguíneas no controladas.

- Anemia severa.
- En el posparto, cuando el neonato presente problemas de salud que comprometan su supervivencia.
- Falta de movilidad uterina (adherencias).

6.5.6 Forma de aplicación

6.5.6.1 Tiempo de realización

Este procedimiento puede realizarse en el intervalo, posparto, transcesárea y posaborto.

6.5.6.2 Anestesia

Se debe indicar, según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Se debe recomendar anestesia local más sedación en el posparto, posaborto e intervalo.

6.5.6.3 Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica

- La selección dependerá del criterio clínico, de la experiencia del médico que realice el procedimiento y de la disponibilidad de instrumental, equipo y material necesarios.
- La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopía, histeroscopía o colpotomía.
- El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:
 - Salpingectomía y ligadura.
 - Salpingotomía (fimbriectomía).
 - Técnicas de Pomeroy, Uchida e Irving.
 - Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración.
- Se debe recomendar como procedimiento de elección la minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.
- En todos los casos se debe realizar el procedimiento siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

6.5.7 Lineamientos generales para la prescripción

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

- Un proceso amplio de consejería previa a su realización.
- Autorización escrita del consentimiento informado de la usuaria (firma o huella dactilar) o de su representante legal.
- Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento puede efectuarse en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no hay embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo.

- El procedimiento se debe realizar bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan los criterios para la selección del método, la edad y paridad de la mujer no serán factores de contraindicación del método.

6.5.8 Duración de la protección anticonceptiva

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

6.5.9 Efectos colaterales

- No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método.
- Ocasionalmente pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general) o quirúrgico (hemorragia o infección).

6.5.10 Conducta a seguir

- Después del procedimiento, la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.
- Tomar analgésico en caso necesario.
- Puede reiniciarse la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado durante los primeros siete 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.

6.5.11 Seguimiento de la usuaria

- Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera se debe efectuar durante la primer semana poscirugía, para revisión de la herida quirúrgica. Se debe instruir 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.
- Fiebre y dolor local en la herida quirúrgica.

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

6.6. Vasectomía

6.6.1 Descripción

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.

6.6.2 Efectividad anticonceptiva

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

6.6.3 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.

6.6.4 Contraindicaciones

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

6.6.5 Precauciones

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

6.6.6 Forma de aplicación

6.6.6.1 Tipos de técnica quirúrgica

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

6.6.6.1.1 Técnica tradicional, con bisturí

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

6.6.6.1.2 Técnica de Li, sin bisturí

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

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

6.6.7 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 se debe realizar 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.

6.6.8 Duración de la protección anticonceptiva

Este método anticonceptivo es permanente. El aceptante debe estar 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.

6.6.9 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.

6.6.10 Conducta a seguir

- Reposo domiciliario de cuatro horas poscirugía, con aplicación alterna de hielo sobre el área quirúrgica cada 30 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 calzón 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.

6.6.11 Seguimiento del usuario

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

6.7 Métodos de barrera y espermicidas

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

6.7.1 Métodos de barrera

6.7.1.1 Descripción

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

6.7.1.1.1 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.

6.7.1.1.1.1 Efectividad anticonceptiva

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.

6.7.1.1.1.2 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 vasectomía.
- Cuando además hay riesgo de exposición a enfermedades de transmisión sexual, incluyendo al SIDA.

6.7.1.1.1.3 Contraindicaciones

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

6.7.1.1.1.4 Duración de la protección anticonceptiva

Limitada al tiempo de utilización correcta del método.

6.7.1.1.1.5 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, la cual 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 se debe retirar 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.

- Se anudará el preservativo 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.

6.7.1.1.1.6 Lineamientos generales para la prescripción

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

6.7.1.1.1.7 Efectos colaterales

- Intolerancia al látex o al espermicida.

6.7.1.1.1.8 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar a otro método.

6.7.1.1.1.9 Seguimiento del usuario

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

6.7.2 Espermicidas

6.7.2.1 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 a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosoles. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

6.7.2.2 Efectividad

- Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y puede incrementarse en asociación con otros métodos de barrera.

6.7.2.3 Formulaciones

6.7.2.3.1 Cremas: el vehículo es ácido esteárico y derivados o glicerina. El espermicida es Nonoxinol-9

o cloruro de bencetonio.

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

6.7.2.3.3 Espumas en aerosol: el vehículo es el polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es Nonoxinol-9 o cloruro de bencetonio.

6.7.2.4 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 periodo inmediato posvasectomía.

6.7.2.5 Contraindicaciones

- Hipersensibilidad a alguno de los componentes de la formulación.

6.7.2.6 Forma de administración

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

6.7.2.7 Lineamientos generales para la prescripción

Se debe explicar a las usuarias 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.

6.7.2.8 Duración de la protección anticonceptiva

Dependiendo del tipo de producto empleado, será limitada a una hora a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.

6.7.2.9 Efectos colaterales

- Su uso puede producir en la pareja fenómenos de inflamación local, en personas sensibles a los ingredientes de la formulación.

- Reacciones alérgicas.

6.7.2.10 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar de método.

6.7.2.11 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para reforzar las instrucciones de uso, así como para consejería de métodos más efectivos.

6.8. Métodos naturales o de abstinencia periódica

6.8.1 Descripción

Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planificando el acto sexual de acuerdo con los periodos fértiles e infértiles de la mujer.

Estos métodos requieren de una alta motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad de la mujer para identificar los patrones de secreción de moco cervical, temperatura basal y otros síntomas asociados al periodo fértil.

Los métodos naturales más utilizados son:

- Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus.

- Método de la temperatura.

- Método del moco cervical o de Billings.

- Método sintotérmico.

6.8.2 Efectividad

- Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%.

6.8.3 Indicaciones

Estos métodos pueden aplicarse en parejas en edad fértil, con vida sexual activa, que requieran regular su fecundidad de manera temporal y que no deseen usar un método de mayor efectividad por cualquier causa.

6.8.4 Contraindicaciones

- Riesgo reproductivo elevado.
- Mujeres con ciclos menstruales irregulares en cuanto a duración y características de la menstruación.
- Inhabilidad de la mujer para reconocer: las características de su ciclo menstrual, cambios en el moco cervical, en la temperatura basal y otros síntomas y signos asociados al ciclo menstrual.
- En personas que no estén en situación de practicar la abstinencia sexual cuando el método lo requiera.

6.8.5 Precauciones

- Cualquier motivo de duda de la mujer respecto de las características de su ciclo menstrual por cualquier razón.

6.8.6 Forma de uso de los métodos naturales

La forma de uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos de un ciclo menstrual. La efectividad de los métodos depende de la capacidad de la usuaria para predecir la fecha de la ovulación con seguridad razonable. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses). Requiere de la abstinencia periódica entre 35 al 50% del ciclo. Se deben estudiar el moco cervical, la temperatura basal, las manifestaciones en los anexos, glándulas mamarias y el cérvix y llevar registro minucioso diario de los cambios periódicos para la determinación de los patrones de secreción cervical, de la temperatura basal y otros asociados al periodo fértil.

6.8.6.1 Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Como resultado de la observación continua durante un año, la pareja puede estimar el principio de su periodo fértil restando 19 días del ciclo más corto y calcula el fin del periodo fértil restando 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales de duración uniforme, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiado amplios y requieren de abstinencia prolongada.

6.8.6.2 Método de la temperatura

Este método depende de un solo signo, la elevación de la temperatura corporal basal. La mujer al despertar, antes de levantarse, debe efectuar la medición de su temperatura todas las mañanas, en la misma situación y por la misma vía después de al menos cinco horas de sueño continuo. La medición puede ser oral, rectal o vaginal, pero la más exacta es la rectal. Se debe efectuar el registro gráfico del resultado de la medición para poder observar los cambios térmicos que indiquen si se produjo o no la ovulación. Este cambio generalmente es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados. Se registra la temperatura basal diariamente. La pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales entre el primer día de la menstruación y el tercer día consecutivo de temperatura elevada. La espera de tres días, poselevación de la temperatura, contribuirá a evitar que el óvulo sea fecundado.

6.8.6.3 Método del moco cervical o de Billings

Para practicar este método, la mujer debe tener la capacidad para establecer diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, utilizando un papel higiénico antes de orinar o mediante la toma de moco cervical con el dedo, para verificar su aspecto y elasticidad. Durante el ciclo menstrual ocurren cambios que van de secreciones escasas de moco pegajoso seguido de otra fase de aumento inicial de niveles de estrógenos que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante que se observa cercano a la ovulación, caracterizada por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide es un moco elástico, que si se toma entre dos

dedos se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual en que se observa el moco abundante y lubricante y se continúa hasta el cuarto día después del día cúspide en que se presenta el síntoma máximo o filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad razonable, las manifestaciones relativas al ciclo menstrual deben registrarse: las fechas de inicio y término de

la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método.

El último día de secreción de moco se llama día cúspide. Se marca con una X y sólo puede confirmarse al día siguiente, cuando vuelve el patrón infértil o días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual a partir del cuarto día después del cúspide. Los tres días siguientes al día cúspide se marcan 1, 2, 3. Los últimos días infértiles del ciclo menstrual comprenden desde el cuarto día después del día cúspide hasta el final del ciclo.

Cuando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- Todos los días que se observe secreción de moco cervical hasta el cuarto día después del día cúspide.
- Los días de menstruación, y
- Al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

6.8.6.4 Método sintotérmico

Este método es denominado así porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, especialmente cambios en el moco cervical y cálculo numérico para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme, pero algunas mujeres tal vez no puedan interpretarlos, incluso cuando no existan condiciones anormales.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial y asesoramiento progresivo.

6.8.7 Lineamientos generales para la prescripción

Se debe cumplir con los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicio y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria debe aceptar el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

6.8.8 Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales se extiende a su práctica constante y correcta.

6.8.9 Efectos colaterales

No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos. Sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja esto puede ser motivo de desavenencia conyugal y tensión emocional.

6.8.10 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Reforzar consejería y cambiar de método.

6.8.11 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

7. Identificación de casos de esterilidad e infertilidad

La esterilidad y la infertilidad pueden deberse a factores masculinos, femeninos o de ambos integrantes de la pareja.

7.1 Conducta a seguir

7.1.1 Aquellas parejas que soliciten atención primaria a la salud por esterilidad o infertilidad deben recibir información acerca de salud reproductiva, sexualidad y características del periodo fértil. El médico debe recabar, en las primeras consultas, la historia clínica de ambos integrantes de la pareja, con especial énfasis en la historia menstrual de la mujer, así como el registro de su temperatura basal durante dos ciclos.

Siempre que sea posible, de acuerdo a capacitación y recursos, se debe efectuar la documentación de la ovulación y el análisis de semen.

7.1.2 Si la causa de esterilidad o infertilidad de la pareja no puede ser resuelta en el primero o segundo niveles de atención a la salud, la pareja debe referirse a los servicios especializados en el tratamiento del problema.

Los casos de mujeres mayores de 36 años, debido a la mayor morbimortalidad materna e infantil en este grupo de edad, deben referirse para su atención a servicios especializados en el tratamiento de la esterilidad e infertilidad.

7.1.3 El manejo y tratamiento de la pareja se instituirá de acuerdo con el diagnóstico establecido.

8. Concordancia con guías y recomendaciones internacionales

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar guarda concordancia con las guías y recomendaciones emitidas por las siguientes organizaciones internacionales:

- The World Health Organization, Family Health Division.
- The World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- Family Health International.
- International Planned Parenthood Federation.
- The Population Council.
- Pathfinder International.

- Association for Voluntary Surgical Contraception.
- The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project.
- Social Marketing Project.
- John Snow, Inc.
- The Enterprise Program.
- Family Planning International Assistance.

La comparación entre las diferentes guías y recomendaciones internacionales fue basada en el Catálogo de Lineamientos para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar, elaborado por Family Health International.

9. Bibliografía

- Gonzalez, B., Marston-Ainley, S., Vansintejam, G. (1992). "No-Scalpel Vasectomy". Association for Voluntary Surgical Contraception, New York NY. pp. 54.
- Gutiérrez D. (1992). "Salud Reproductiva: Concepto e importancia". Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. pp.108.
- Hatcher R. A. (1989). "Tecnología Anti-conceptiva: Edición Internacional". Ed. Printer Matter Atlanta GA., U.S.A. pp. 510.
- INTRAH. (1993). "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning". School of Medicine University of North Caroline at Chapel Hill. pp. 168.
- INTRAH. (1992). "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning". School of Medicine University of North Caroline at Chapel Hill. pp. 345.
- IPPF. (1981). "Manual de Planificación Familiar para Médicos". Ed. Publicaciones Médicas de IPPF. pp. 263.
- "Ley General de Salud". (1992). Ed. Porrúa, S. A. pp. 1167.
- López, G., Yunes, J., Solís, J. A. Omram, A. R. (1992). "Salud Reproductiva en las Américas". OPS/OMS. pp. 647.
- Lynn Kdrueger, A., Archer, J., Cleveland, K.H., Witz, B. J. (1992). "Catalogue of Family Planning Service Delivery Guideline". Family Health International.
- Mc Graw Hill. (1985). "Diccionario Enciclopédico de las Ciencias Médicas". Mc Graw Hill. pp. 1672.
- Medical Barriers Guidelines Working Group. (Sep. 24, 1993). "Consensus Guidance for Updating Practices: Hormonal Methods and IUDS". DRAFT. MBGWG.
- Organización Mundial de la Salud. Center for Health and Medical Education (1982). "Manual Didáctico: Educación en Fertilidad Familiar". OMS/BLITHE. pp. 53.
- Pérez-Palacios, G. Garza-Flores, J. Hall, P. E. (1987). "Avances Recientes en Regulación de la Fertilidad". Vol.1. Métodos Anticonceptivos de Acción Prolongada. Ed. Piensa. pp. 167.
- Pérez-Palacios, G. Garza-Flores, J. Hall, P. E. (1987). "Avances Recientes en Regulación de la Fertilidad". Vol. 2. Dispositivo Intrauterino. Ed. Piensa. pp. 167.
- Population Crisis Committee (1991). "Guía de Métodos para el control de la natalidad".

- Porter, C. W., Waife, R. S., Holtrop, H. R. (1988). "Manual de Anticoncepción". Asociación Colombiana para Estudios de la Población. pp. 263.
- Rosenstein, E. (1992). "Diccionario de Especialidades Farmacéuticas". Ed. PLM. pp. 1392.
- Secretaría de Salud, D.G.P.F., (1992). "Manual de Normas y Procedimientos Operativos para el Programa de Planificación Familiar". pp. 203.
- Siving I., Greensdale F., Schmidt F., Waldman S. (1992). "The Copper T 380 Intrauterine Device". The Population Council. pp. 30.
- Ston A., Himes N. (1975). "Métodos Prácticos para el Control de la Natalidad". Ed. Diana. pp. 263.
- Tietjen, L., Cronin, W., Mc Intosh, N. (1992). "Infection Prevention for Family Planning Services Programs". Ed. Essential Medical Information Systems, Inc. pp.254.
- WHO. (1991). "Implantes Anticonceptivos Subdérmicos de Norplant". WHO/MCH/89.17 Ginebra. pp. 134.
- WHO. (1993). "Esterilización Femenina". OMS Ginebra. pp. 158.

10. Observancia de la Norma

La vigilancia y aplicación de esta Norma corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

11. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el Diario Oficial de la Federación.

México, D.F., a 20 de abril de 1994.- El Director General de Planificación Familiar, Gregorio Pérez-Palacios.- Rúbrica.

Fecha de publicación: 30 de mayo de 1994

RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades Regulación, con fundamento en los artículos 39 de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal; 4 de la Ley Federal de Procedimiento Administrativo; 3 fracción V, 13 apartado A fracción I, 67, 68 y 69 de la Ley General de Salud; 40 fracciones I y XI, y 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización; 21, 40, 116, 117, 118, 119 y 120 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, y 7 fracciones V, XIX y XX fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación de la Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar.

CONSIDERANDO

Que el día 30 de mayo de 1994 se publicó en el **Diario Oficial de la Federación** la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, de los servicios de planificación familiar.

Que se ha detectado la necesidad de modificar la Norma, a efecto de otorgar mayores alternativas a los gobernados,

lo cual no implica crear nuevas obligaciones para los particulares.

Que el artículo 51 de la Ley Federal sobre Metrología y Normalización establece la posibilidad de modificar las normas oficiales mexicanas sin seguir el procedimiento para su elaboración, siempre y cuando esto no implique crear nuevos requisitos o procedimientos, o bien incorporar especificaciones más estrictas, se tiene a bien expedir la siguiente:

RESOLUCION POR LA QUE SE MODIFICA LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.

UNICO. La Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, se modifica, para quedar de la siguiente manera:

**NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993,
DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR**

INDICE

- 0. Introducción**
- 1. Objetivo y campo de aplicación**
- 2. Definiciones**
- 3. Símbolos, abreviaturas y nomenclatura**
- 4. Disposiciones generales**
- 5. Métodos anticonceptivos**
 - 5.1 Métodos hormonales orales**
 - 5.2 Métodos hormonales inyectables**
 - 5.3 Métodos hormonales postcoito**
 - 5.4 Métodos hormonales subdérmicos**
 - 5.5 Dispositivos intrauterinos**
 - 5.6 Oclusión tubaria bilateral**
 - 5.7 Vasectomía**
 - 5.8 Métodos de barrera y espermicidas**
 - 5.9 Métodos naturales o de abstinencia periódica**
 - 5.10 Método de lactancia y amenorrea**
- 6. Identificación de casos de esterilidad e infertilidad**
- 7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas**
- 8. Bibliografía**

9. Observancia de la Norma

10. Vigencia

11. Apéndices informativos

0. Introducción

México vive actualmente un proceso de modernización, en todos los órdenes, con el propósito explícito de insertarse en una economía global a partir de una opción clara de competencia entre iguales, en cuanto a la calidad de los productos y servicios que pone a disposición de la población nacional y de la comunidad internacional.

Como parte de este proceso, se identifica la necesidad de adecuar los marcos normativos que regulan el quehacer nacional, a fin de que respondan a las exigencias de una sana competencia entre países. Para lograrlo, se actualizó la Ley Federal sobre Metrología y Normalización, que entró en vigor el 1 de julio de 1992, la cual señala bases para la elaboración de las Normas Oficiales Mexicanas, que sustituyen, a partir del 16 de octubre de 1993, a las normas técnicas que hasta entonces indicaban las características a cumplir por los servicios y productos que se elaboran y consumen en nuestro país.

En el contexto de la democratización de la salud, todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a la información, a la libre decisión, a la protección de la salud, a la no discriminación, al estándar más alto posible en salud y a gozar de los beneficios del progreso científico. Los gobiernos a su vez tienen hacia estos derechos la obligación de respetarlos, protegerlos y difundirlos, tomando medidas legislativas, administrativas y presupuestarias, de acuerdo a sus máximas capacidades, para asegurar que las personas vean realizados sus derechos al cuidado de la salud.

Las actividades de salud y dentro de ellas, los servicios de planificación familiar, constituyen una de las materias objeto de la actualización normativa, por su importancia para la vida de la población, su extensa cobertura de uso y la trascendencia que reviste para la calidad de vida de los mexicanos. La planificación familiar muestra un carácter prioritario dentro del marco amplio de la salud reproductiva, con un enfoque de prevención de riesgo para la salud de las mujeres, los hombres, las niñas y los niños, y su aplicación es medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y espaciamiento de sus hijos, con pleno respeto a su dignidad. Se respetarán las decisiones individuales con respecto a los ideales reproductivos, se promoverá la participación activa del hombre y su corresponsabilidad en todas las fases del proceso reproductivo, se fomentarán actitudes y conductas responsables en la población para garantizar su salud sexual y reproductiva y se respetará la diversidad cultural y étnica de las personas.

En materia de planificación familiar, objeto específico de esta Norma, se pondrá al alcance de toda la población información veraz y oportuna, orientación y consejería con calidad y calidez, así como los métodos y estrategias anticonceptivas que respondan a las necesidades de cada individuo y de cada pareja, de acuerdo a las diferentes etapas del ciclo reproductivo. Se debe de ofertar una diversidad de métodos anticonceptivos, desde los naturales hasta aquellos que sean producto de los avances científicos y tecnológicos recientes, que hayan demostrado ser efectivos y seguros.

El presente documento contiene la Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas, sociales y privadas del ámbito nacional, que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. Figuran en él las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar; se incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, así como la identificación y referencia de casos de infertilidad, debiéndose recurrir a la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

Esta Norma Oficial Mexicana, resultado de un amplio consenso nacional entre expertos de muy diversas disciplinas, brinda los lineamientos esenciales para el manejo integral en los diferentes niveles de atención médica.

1. Objetivo y campo de aplicación

1.1. Objetivo

El objetivo de esta Norma es uniformar los criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de planificación familiar en México, dentro de un marco de absoluta libertad y respeto a la decisión de los

individuos y posterior a un proceso sistemático de consejería, basada en la aplicación del enfoque holístico de la salud reproductiva.

1.2. Campo de aplicación

El campo de aplicación de la Norma lo constituyen los servicios de atención médica y comunitaria de las instituciones de los sectores público, social y privado, y enumera los requisitos para la organización, la prestación de servicios y el desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar.

Esta Norma es, de observancia obligatoria en todas las unidades de salud, para la prestación de los servicios de planificación familiar de los sectores público, social y privado del país.

2. Definiciones

Para efectos de esta Norma, se entenderá por:

ABORTO.- Expulsión del producto de la concepción de menos de 500 grs. de peso o hasta la semana 20 de la gestación.

AMENORREA.- Ausencia de menstruación por más de 90 días.

CALIDAD DE SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR.- Se define como la forma en que los individuos y las parejas reciben atención por los Servicios de Planificación Familiar, y considera seis elementos:

- Variedad de métodos anticonceptivos disponibles para la decisión.
- Información que se proporciona a los usuarios.
- Competencia técnica de los prestadores de servicios.
- Relaciones interpersonales de los prestadores de servicios y los usuarios.
- Mecanismos de seguimiento para favorecer la continuidad del uso de los métodos anticonceptivos.
- Un conjunto apropiado y coordinado de servicios de salud.

CICLO MENSTRUAL.- Periodo de 28 ± 7 días, comprendido entre dos menstruaciones, durante el cual se llevan a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo.

CONDON FEMENINO.- Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón adherido al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina cubriendo los genitales de la mujer. Protege el contacto directo del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.

CONDON MASCULINO.- Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde o ribete, se coloca al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este método contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.

CONSEJERIA.- La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.- Decisión voluntaria del aceptante para que se le realice un procedimiento anticonceptivo, con pleno conocimiento y comprensión de la información pertinente sin presiones.

DIAFRAGMA.- Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida. Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU).- Es un artefacto de polietileno que se coloca dentro de la cavidad uterina, con fines anticonceptivos de forma temporal.

EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA.- Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en el periodo de un año.

ESPERMICIDAS.- Son sustancias químicas que impiden el paso de los espermatozoides, inactivándolos antes de que penetren al canal cervical. Por lo general, estas sustancias pueden administrarse a través de diversos vehículos: cremas, óvulos y espuma en aerosol. Las diversas presentaciones contienen un vehículo y un espermicida.

ESTERILIDAD.- Es la incapacidad de un individuo, hombre, mujer o de ambos integrantes de la pareja, en edad fértil, para lograr un embarazo por medios naturales, después de un periodo mínimo de 12 meses de exposición regular al coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

FIEBRE.- Temperatura corporal mayor de 38.0 grados centígrados, por medición en la cavidad bucal.

HEMORRAGIA.- Escape de sangre de los vasos.

ICTERICIA.- Pigmentación de la piel de color amarillo, debida al incremento en las cifras de bilirrubinas circulantes.

INDICACION.- Prescripción o aplicación de un método anticonceptivo de acuerdo con las necesidades, características y factores de riesgo para la salud de él o la aceptante.

INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL.- Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

INFERTILIDAD.- Es la incapacidad de la pareja, o de la mujer, para llevar a término la gestación con un producto vivo, después de dos años de práctica regular del coito, sin uso de métodos anticonceptivos.

MASTALGIA.- Dolor en las glándulas mamarias.

METODOS ANTICONCEPTIVOS.- Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

METODOS DE BARRERA.- Son aquellos que impiden el paso de los espermatozoides por la acción de un obstáculo físico; algunos se acompañan, también, de sustancias químicas espermicidas.

METODO DE LA LACTANCIA Y AMENORREA.- El MELA es un método anticonceptivo que depende o utiliza el estado de infertilidad resultante de patrones de lactancia materna intensiva y exclusiva, este método se basa en la anovulación.

METODO HORMONAL SUBDERMICO.- Es un método anticonceptivo temporal, de acción prolongada, que consiste en la aplicación subdérmica de un sistema de liberación continua y gradual de una progestina sintética.

METODOS TRADICIONALES, NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA.- Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planeando el acto sexual de acuerdo con la probabilidad de embarazo de acuerdo al día del ciclo menstrual de la mujer. Estos métodos requieren de gran motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad de embarazo o periodo fértil.

OCLUSION TUBARIA BILATERAL (OTB).- Es un método anticonceptivo permanente para la mujer, que consiste en la obstrucción bilateral de las trompas uterinas.

PLANIFICACION FAMILIAR.- Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

POBABORTO.- Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la interrupción del embarazo menor de 20 semanas.

POSCESAREA.- Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer, después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo de 20 semanas o más.

POSPARTO.- Periodo asociado a la condición fisiológica de la mujer después de la resolución, por vía vaginal, de un embarazo de 20 semanas o más.

PUERPERIO.- Proceso que se inicia al término de la expulsión del feto y sus anexos y finaliza al concluir la involución de los órganos genitales maternos. Su duración aproximada es de seis semanas o 42 días, y comprende tres periodos: inmediato, las primeras 24 horas; mediato, del segundo al séptimo día y tardío, desde el octavo hasta el cuadragésimo segundo día de la resolución del evento obstétrico.

RIESGO REPRODUCTIVO.- Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

RELACION SEXUAL.- Para los fines de esta Norma, se considera como tal únicamente el coito vaginal.

SALUD REPRODUCTIVA.- Estado general de bienestar físico-mental y social, de los individuos y de las parejas de disfrutar de una vida sexual y reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con la absoluta libertad para decidir de manera responsable y bien informada sobre el número y espaciamiento de sus hijos.

USUARIO: persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o que le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

VASECTOMIA.- 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.

3. Símbolos, abreviaturas y nomenclatura

NET-EN-Enantato de noretisterona

DMPA-Acetato de Medroxiprogesterona de depósito en suspensión acuosa

DIU-Dispositivo Intrauterino

SIDA-Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida

ITS-Infección de Transmisión Sexual

µg-Microgramo

mg-Miligramo

g-Gramo

ml-Mililitro

l-litro

mm-Milímetro

cm-Centímetro

Nomenclatura sistemática de progestinas y estrógenos sintéticos que se mencionan en esta Norma

ETINILESTRADIOL: 17alfa-etinilo1,3,5 (10)-estratrieno-3,17β-diol.

MESTRANOL: 17alfa-etinilo-3-metoxi-1,3,5 (10)-estratrieno-17β-ol

CIPIONATO DE ESTRADIOL: 3,17β-dihidroxi-1,3,5 (10)-estratrieno-17β-il-(3-ciclopentil)-propionato.

VALERIANATO DE ESTRADIOL: 3-hidroxi-1,3,5 (10)-estratrieno-17β-il-valerianato.

ENANTATO DE ESTRADIOL: 3,17β-dehidroxi-1,3,5 (10)-estratrieno-17β-il-heptanoato.

19 NORTESTOSTERONA: 17β-hidroxi-4-estreno-3ona.

NORETISTERONA: 17alfa etinilo-17β-hidroxi-4 estreno-3-ona.

ENANTATO DE NORETISTERONA: 17alfa-etinilo-3-oxo-4-estreno-17β-il-heptanoato.

NORGESTREL: 17β.etilo,17alfa etinilo-17β-hidroxi-4-goneno-3-ona.

LEVONORGESTREL: D-(l)-13β-etilo, 17alfa-etinilo-17β-hidroxi-4-goneno-3-ona.

LINESTRENOL: 17 etinilo-17β hidroxi-4-estreno.

GESTODENO: 17alfa etinilo-13 etilo-17β-hidroxi-4.15-gonadien-3-ona.

NORGESTIMATO: 13β etil-17alfa etinil-17β acetoxi-4 gonen-3 ona-oxima.

DESOGESTREL: 17alfa etinilo-11 metileno-13β etilo-4-gonano-17β ol.

17 HIDROXIPROGESTERONA: 17alfa-hidroxi-4-pregneno,3,20-diona.

ACETATO DE CLORMADINONA: 6alfa-cloro-3,20-dioxo-4,6-pregnandieno, 17alfa-il-acetato.

ACETATO DE CIPROTERONA: 1,2alfa-metileno-6cloro-3,20-dioxo 4,6-pregnandieno-17alfa il acetato.

ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA: 6alfa-metilo-3,20-dioxo-4-pregneno-17alfa-il-acetato.

ACETOFENIDO DE DIHIDROXIPROGESTERONA: 16alfa,17alfa dihidroxi 4-pregneno-3,20 diona,16,17 acetal cíclico con acetofenona (β metil-alfa-fenilo).

ETONOGESTREL: 17alfa etinilo-11 metileno-13β etilo, 3 oxo 4-gonano-17β ol.

4. Disposiciones generales

4.1 Servicios de planificación familiar

4.1.1 Los servicios de planificación familiar deberán proporcionar información, orientación, consejería, selección, prescripción, contraindicaciones y aplicación de métodos de control de la fertilidad, identificación y referencia en casos de esterilidad e infertilidad, prevención de infecciones de transmisión sexual, atención materno-infantil, detección del riesgo preconcepcional, detección oportuna de cáncer cérvico-uterino y de mama, además del manejo de la perimenopausia y la posmenopausia. La prestación de los servicios deberá de otorgarse de una manera integral con calidad y calidez a toda la población.

La planificación familiar tiene como propósito contribuir a la disminución de los embarazos no planeados y no deseados mediante:

a) Prevención

b) Orientación-consejería y

c) Atención general y específica

4.1.2 Los servicios de planificación familiar que se imparten por personal médico y paramédico de las instituciones de salud, auxiliar comunitario y médicos privados, deben comprender las siguientes actividades:

- Promoción y difusión.
- Información y educación.
- Consejería.
- Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.
- Identificación y referencia de los casos de infertilidad.

4.1.3 La prestación de los servicios de planificación familiar deben ofrecerse sistemáticamente, a toda persona en edad reproductiva que acuda a los servicios de salud, independientemente de la causa que motive la consulta y demanda de servicios, en especial a las mujeres portadoras de mayor riesgo reproductivo, cuidando de no condicionar los otros servicios a la aceptación o negación al uso de métodos anticonceptivos.

4.1.4 Todo usuario puede asistir libremente al servicio de planificación familiar, para recibir atención cuando tenga alguna duda, presente o refiera algún efecto colateral imputable al uso del método anticonceptivo, aun cuando no hubiera cita concertada, debiendo ser atendido a la brevedad posible por personal capacitado.

4.1.5 El instrumental y los materiales que se empleen para la prestación de los servicios de planificación familiar, deben cumplir las condiciones prescritas de higiene y esterilización, de acuerdo con los procedimientos propios de cada método.

4.1.6 Los locales donde se presten los servicios de planificación familiar deben cumplir condiciones higiénicas y de limpieza que garanticen la atención a los usuarios sin riesgo para su salud, o que atenten contra su pudor y valores éticos personales.

4.1.7 Las unidades de atención médica que presten servicios de planificación familiar deben conocer y operar el ciclo logístico de insumos a fin de garantizar el abasto permanente del material anticonceptivo.

4.1.8 Los responsables de las unidades de atención médica deben verificar que su personal efectúe la prestación de los servicios de planificación familiar, atendiendo criterios de calidad y calidez, de conformidad con lo establecido por esta Norma.

4.2 Promoción y difusión

La promoción y difusión de los servicios de planificación familiar se efectuarán a través de acciones de comunicación en medios de difusión masiva, participación social y comunitaria mediante técnicas grupales, entrevistas personales, visitas domiciliarias y otros medios pertinentes, a fin de dar a conocer los beneficios a la salud de la práctica de la planificación familiar. Se informará a la población de la existencia de los servicios correspondientes en las unidades médicas, centros comunitarios de atención y servicios médicos privados.

4.3 Información y educación

Deben impartirse en forma regular, tanto a hombres como a mujeres de cualquier edad, en forma grupal o individual, temas que faciliten la comprensión del proceso reproductivo y que ayuden a las personas en el proceso de toma de decisiones. Los temas deberán ser seleccionados por el personal de salud de acuerdo con el tipo de auditorio al que vayan dirigidos.

4.4 Consejería

4.4.1 Características

4.4.1.1 La consejería en planificación familiar es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su

vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

4.4.1.2 La consejería debe dar particular atención a los siguientes grupos e individuos:

- adolescentes
- usuarios que solicitan métodos de anticoncepción permanente
- población de diferentes etnias (indígenas)
- individuos que presentan limitaciones físicas
- responsables legales de individuos que presentan limitaciones psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión
- mujeres en el posparto o poscesárea con un producto de alto riesgo
- hombres y mujeres, cuando su hijo recién nacido presente problemas de salud que comprometan su supervivencia
- mujeres con riesgo reproductivo u obstétrico alto
- personas que no saben leer y escribir
- personas que no hablen el mismo idioma que hable el consejero

La consejería dará orientación y apoyo adecuado a las parejas infértiles o estériles, se acompañará de la referencia oportuna a las unidades de salud donde sea posible el estudio y seguimiento de los casos.

4.4.1.3 La consejería deberá informar las ventajas, contraindicaciones y efectos colaterales de los métodos anticonceptivos, dependiendo de las necesidades y características individuales y de pareja de los posibles aceptantes. Se dará especial atención a la seguridad, efectividad y duración de la protección anticonceptiva de cada uno de los métodos, así como a sus características, forma de uso, necesidades de seguimiento y participación activa y comprometida de los usuarios, a fin de lograr la mayor efectividad del método seleccionado. Deberá incluirse siempre, la advertencia de que la práctica responsable de la sexualidad y el uso del condón son las únicas formas de protección a las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH/SIDA.

4.4.1.4 La consejería facilita el proceso de decisión de utilizar o no un método anticonceptivo. La decisión del usuario debe ser respetada en forma absoluta y por ningún motivo se inducirá la aceptación de un método anticonceptivo en especial.

4.4.1.5 La decisión del uso de métodos anticonceptivos permanentes (oclusión tubaria bilateral y vasectomía) será precedida siempre por una o varias sesiones de consejería. La aceptación de un método anticonceptivo permanente debe de manifestarse por escrito en un formato de anticoncepción quirúrgica voluntaria donde se exprese el consentimiento informado, antes de la realización del procedimiento quirúrgico. En este formato se registra que se haya proporcionado al aceptante o la aceptante la información amplia sobre la irreversibilidad del método, así como sus detalles, ventajas y riesgos además de la posibilidad de desistir en cualquier momento antes de que se realice la operación sin represalias de ningún tipo. Este formato debe estar debidamente firmado o con la impresión dactilar del o la usuaria y debe formar parte del expediente clínico.

4.4.1.6 El consejero constatará que los usuarios de los servicios de salud decididos a utilizar un método anticonceptivo, han recibido y comprendido la información sobre las características, usos y riesgos de los diferentes métodos anticonceptivos. Debido a que no existe un anticonceptivo 100% efectivo, el usuario o la usuaria asumen el riesgo correspondiente a la falla eventual de cada método.

4.4.1.7 El prestador de servicios de salud reproductiva y planificación familiar de los sectores público, social y privado tiene la obligación de:

Informar sobre los beneficios de la práctica de la planificación familiar y de los riesgos potenciales del uso de los métodos anticonceptivos.

Brindar atención y servicios de salud reproductiva y planificación familiar con calidad y calidez. Así como los suministros en planificación familiar por el tiempo que sea requerido para asegurar la continuidad y el cumplimiento de los ideales reproductivos de la persona.

Permitir que el usuario decida libre y responsablemente sobre el número y el espaciamiento de sus hijos, y del método

de control de la fertilidad que mejor cumpla sus expectativas.

Ofertar métodos de control de la fertilidad efectivos y exentos de riesgos y daños a la salud.

Garantizar que al brindar la información, orientación, consejería y servicios, éste sea en un ambiente privado libre de interferencias y que la información personal proporcionada sea confidencial.

Otorgar un trato digno con respeto, consideración y atención.

Considerar la opinión y los puntos de vista sobre los servicios prestados.

4.4.2 Perfil del prestador de servicios que proporciona consejería

La consejería debe ser impartida por cualquiera de los integrantes del personal de salud que hayan recibido capacitación especial. (Personal médico, de enfermería, trabajo social u otro personal paramédico, promotor de salud y agente de salud comunitaria).

Para realizar una labor eficaz, el consejero debe establecer un diálogo ágil con el usuario potencial, así como observar, hacer preguntas relevantes y escuchar. Así como, estar bien informado sobre todos los métodos anticonceptivos existentes, aspectos básicos de sexualidad y reproducción humana, incluyendo los lineamientos para la identificación y referencia de los casos de infertilidad, factores de riesgo reproductivo, elementos del entorno sociocultural y familiar, y saber transmitir esta información en forma clara y accesible a los usuarios, para lo cual se auxiliará con material educativo adecuado.

Debido a que tanto el consejero como el usuario potencial, establecen comunicación sobre cuestiones de índole personal, es importante preservar el carácter privado y confidencial de la consejería en planificación familiar.

4.4.4 Tiempo y lugar para efectuar la consejería

La consejería debe impartirse en las diferentes oportunidades de consulta o visita que el usuario activo o potencial haga al prestador de servicios, y llevarse a cabo en las unidades médicas de consulta externa u hospitalización, en los centros de atención comunitaria o en el domicilio de los usuarios potenciales y activos. El proceso debe realizarse con anterioridad a la decisión del usuario y a la selección y aplicación de los métodos anticonceptivos. Se mostrará especial interés en proporcionar consejería individual y de pareja durante los periodos prenatal, de posparto, posaborto y cuando la salud de la mujer pudiera resultar afectada por la presencia de un embarazo. No se efectuará ante situaciones de crisis y cuando donde la capacidad de juicio o raciocinio se encuentren comprometidas.

4.5 Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos

4.5.1 Los métodos anticonceptivos se aplican para regular la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, con el fin de prevenir embarazos no deseados. Dependiendo de la posibilidad de recobrar la fertilidad, se clasifican en temporales y permanentes.

4.5.1.2 Métodos temporales

- a) Hormonales orales.
- b) Hormonales inyectables.
- c) Hormonales subdérmicos.
- d) Dispositivos intrauterinos.
- e) Condón masculino y femenino.
- f) Métodos de barrera y espermicidas.

g) Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica.

4.5.1.3 Métodos permanentes

a) Oclusión tubaria bilateral.

b) Vasectomía.

4.5.2 Para la adecuada selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos, se deben efectuar los siguientes procedimientos.

Historia clínica completa:

- Interrogatorio.
- Examen físico.

Valoración del riesgo reproductivo

- Consejería, que garantice la selección plenamente informada de un método anticonceptivo, por el usuario/a.
- Señalamiento de efectividad, duración de la protección anticonceptiva, efectos colaterales, e indicaciones sobre el uso del método.
- Seguimiento de los/las usuarios, para detectar oportunamente, embarazo, uso incorrecto del método y efectos colaterales.
- Referencia a otra unidad de salud, cuando no exista la posibilidad de proporcionar el método anticonceptivo seleccionado en el lugar de origen.

4.6 Criterios médicos de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos

La prescripción de un método anticonceptivo se hará tomando en cuenta la condición de la persona y de acuerdo con un criterio médico de elegibilidad. Los criterios para la prescripción tienen como meta mejorar el acceso a servicios de planificación familiar de buena calidad, y el objetivo principal es garantizar márgenes adecuados de seguridad para el usuario, con una buena protección anticonceptiva.

4.6.1 Las condiciones que afectan la elegibilidad para el uso de cada uno de los métodos anticonceptivos están clasificadas bajo las siguientes cuatro categorías:

CATEGORIA 1. Es una condición en la cual no hay restricción para el uso del método anticonceptivo.

CATEGORIA 2. Es una condición donde las ventajas de usar el método anticonceptivo generalmente sobrepasan los riesgos teóricos o demostrados.

CATEGORIA 3. Es una condición donde los riesgos teóricos o demostrados generalmente sobrepasan las ventajas del uso del método.

CATEGORIA 4. Es una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método anticonceptivo.

Estas categorías pueden ser simplificadas en aquellas situaciones o lugares donde los recursos para hacer una adecuada evaluación son limitados. Las categorías 1 y 2 responden afirmativamente para la aplicación del método anticonceptivo y las categorías 3 y 4 quedan restringidas.

| Categoría | Con elementos de diagnóstico clínicos suficientes | Con diagnóstico clínico limitado |
|-----------|--|----------------------------------|
| 1 | Puede usarse el método en cualquier circunstancia. | Sí se puede usar el |

| | | |
|----------|--|-----------------------------------|
| 2 | Se puede usar el método. Las ventajas generalmente exceden los riesgos comprobados o teóricos. | método. |
| 3 | Generalmente no se recomienda el uso del método. Método de última elección para el cual podría necesitarse la decisión clínica de un médico para usarlo en forma segura ya que es necesario una vigilancia y seguimiento regular. | No se debe usar el método. |
| 4 | No se debe usar el método, es un riesgo inaceptable para la salud si se usa el método. | |

5. Métodos anticonceptivos

5.1 Métodos hormonales orales

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

- Los combinados de estrógeno y progestina.
- Los que contienen sólo progestina.

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.1.1 Hormonales combinados orales que contienen estrógeno y progestina

5.1.1.1 Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales combinados orales, en el primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual o excepcionalmente al sexto o séptimo días. En este último caso se usará simultáneamente un método de barrera, durante los primeros siete días de la administración del método.

- En las presentaciones de 21 tabletas o grageas se ingiere una tableta o gragea diaria durante 21 días consecutivos, seguidos de siete de descanso, sin medicación. Los ciclos subsecuentes se iniciarán al concluir los siete días de descanso del ciclo previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.
- En las presentaciones de 28 tabletas o grageas se ingiere diariamente durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere una de las que contienen hierro o lactosa. Los ciclos subsecuentes se inician al concluir el previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.
- Este método debe suspenderse al terminar el ciclo, dos semanas antes de una cirugía mayor electiva o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad, para reiniciarse dentro de los primeros cinco días del ciclo menstrual, ya que esto puede condicionar trastornos mensuales.

5.1.1.2 Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales combinados orales pueden ser proporcionados en unidades de atención médica, durante el desarrollo de programas institucionales de distribución comunitaria, o adquirirse en las farmacias.

Para su prescripción se realizarán los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Realizar historia clínica.
- Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de las tabletas o grageas.
- Efectuar examen físico; incluyendo toma de la presión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de la adolescente núbil, postergar el examen

pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal para consultas subsecuentes. Se recomienda usar el condón o preservativo, solo o en asociación con otro método cuando se ha perdido la secuencia en la toma de dos o más tabletas.

- No es un requisito para la prescripción de este método el examen pélvico.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.1.1.3 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.

5.1.1.4 Conducta a 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, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria y, comúnmente, se presenta sólo en los primeros ciclos de uso.

Si se presenta 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, por más de seis meses.
- Suspender el uso del método, reforzar la consejería y ofrecer otra alternativa anticonceptiva.

5.1.1.5 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

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

5.1.1.6 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 consejería, 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. Siempre debe asegurarse la toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou), de acuerdo a los lineamientos de la Norma Oficial correspondiente.

En la primera visita y en cada una de las subsecuentes, se pueden prescribir o entregar hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos otorgados estaría determinado por razones programáticas, logísticas o financieras de la institución.

5.1.2 Hormonales orales que sólo contienen progestina

5.1.2.1 Forma de administración

Los anticonceptivos hormonales orales que sólo contienen progestina, en su primer ciclo de tratamiento deben iniciarse preferentemente el primer día de la menstruación. Si tal inicio se efectúa después del primero y antes del sexto día, desde el principio de la menstruación, se usará un método de barrera, como apoyo, durante los primeros siete días. Se ingiere una tableta diaria ininterrumpidamente, incluso durante la menstruación.

- Debido a la menor duración de su efectividad anticonceptiva, es necesario tomar la tableta o gragea a la misma hora.
- En el posparto o poscesárea, cuando la mujer esté lactando, se iniciará después de la sexta semana; sino, después de la tercera semana.
- Al suspender totalmente la lactancia, puede recomendarse el cambio a otro método anticonceptivo.

5.1.2.2 Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos hormonales orales que contienen sólo progestina se proporcionan en unidades de atención médica y durante programas institucionales de distribución comunitaria y se expenden en farmacias.

Para su prescripción, es necesario realizar los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Elaborar historia clínica completa.
- Instruir a la mujer en el uso adecuado de las tabletas o grageas, en forma diaria sin interrupción y con un mismo horario.
- Efectuar examen físico, incluyendo: toma de la tensión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de la adolescente núbil postergar el examen pélvico, y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal para consultas subsecuentes.
- No es un requisito para la prescripción o aplicación del método el examen pélvico.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.1.2.3 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

- Cuando hay amenorrea y antecedente de ingestión irregular de la tableta, se descartará la existencia de embarazo.
- En caso de sintomatología leve, será reforzada la consejería, recomendándose a la usuaria continuar el uso del método anticonceptivo.
- El uso del método debe suspenderse si se presenta:
 - Embarazo confirmado.
 - Intolerancia a las alteraciones del ciclo menstrual.

5.1.2.4 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

- En caso de olvido de una o más tabletas o grageas, se adicionará un método de barrera y, descartada la posibilidad de embarazo, reiniciar el uso de los comprimidos o cambiar a otro método.
- La diarrea y el vómito intensos podrían interferir con la efectividad de las tabletas o grageas. En estos casos se recomendará el uso adicional de un método de barrera.

5.1.2.5 Seguimiento de la usuaria

- Debe efectuarse mediante una visita inicial al mes y, posteriormente, al menos cada año o cuando se estime necesario, tanto por el prestador del servicio como por la usuaria. En cada visita se reforzará la consejería, se vigilará el correcto uso del método y la satisfacción con el mismo, la posible aparición de efectos colaterales y, cuando proceda, se dotará de tabletas o grageas.
- En la primera visita y en cada una de las subsecuentes, se pueden prescribir, o entregar, hasta cuatro ciclos de tabletas o grageas. El número de ciclos que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.

5.2 Métodos hormonales inyectables

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

- los combinados de estrógeno y progestina, y
- los que contienen sólo progestina.

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.2.1 Hormonales combinados inyectables, que contienen estrógeno y progestina

5.2.1.1 Forma de administración

- Los anticonceptivos hormonales combinados inyectables, se aplican por vía intramuscular profunda en la región glútea.
- La primera aplicación debe hacerse dentro de los primeros cinco días después del inicio de la menstruación. Asimismo, 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, se recurrirá simultáneamente a un método de barrera, durante los primeros siete días después de la inyección. Las inyecciones subsecuentes se aplicarán cada 30 ± 3 días, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.
- Las usuarias de anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, pueden cambiar al hormonal combinado inyectable, recibiendo la primera aplicación de éste en el día programado para su inyección. Posteriormente, se aplicará cada 30 ± 3 días, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.
- Estos anticonceptivos deben suspenderse 45 días antes de una cirugía mayor electiva, o durante la inmovilización prolongada de alguna extremidad, y reiniciarse dos semanas después.

5.2.1.2 Lineamientos generales para la prescripción

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

Para su prescripción, deben realizarse los siguientes procedimientos:

- Proporcionar consejería.
- Efectuar historia clínica completa.
- Instruir a la mujer sobre el uso adecuado de los inyectables.
- Efectuar examen físico, incluyendo: toma de la presión arterial, examen de mamas, examen pélvico y toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou). En caso de la adolescente núbil, postergar el examen pélvico y la toma de muestra para citología cérvico-vaginal para consultas subsecuentes.
- Se deben utilizar jeringas y agujas estériles desechables, o bien un dispositivo prellenado para inyección.
- No es un requisito para la prescripción o aplicación del método el examen pélvico.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.2.1.3 Conducta a seguir, en caso de presentarse efectos colaterales

En casos de sintomatología leve, se reforzará la consejería, recomendando 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, por más de seis meses
- Trombosis venosa

5.2.1.4 Conducta a 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 hacerlo antes de 27 días.
- Si se omite la aplicación de la inyección en el periodo adecuado, deben prescribirse condones u otros métodos de barrera, y diferir la inyección al siguiente ciclo menstrual.
- Si la aplicación de la inyección se efectuó tardíamente (después de 33 días), se adicionarán métodos de barrera durante el resto de ese ciclo menstrual.

5.2.1.5 Seguimiento de la usuaria

Se efectuará 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, se pueden entregar varias ampollitas. El número de las que se proporcionen puede estar determinado por razones programáticas, logísticas o financieras.

5.2.2 Hormonales inyectables que sólo contienen progestina

5.2.2.1 Forma de Administración

Los anticonceptivos hormonales inyectables que sólo contienen progestina, se aplican por vía intramuscular.

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 y las de NET-EN, cada dos meses, independientemente de cuando se presente el sangrado.

5.2.2.2 Lineamientos generales para la prescripción

Los anticonceptivos inyectables que sólo contienen progestina, se obtienen en unidades de atención médica, durante el desarrollo de programas de distribución comunitaria, o adquirirse en las farmacias, pero bajo prescripción médica.

Se deben realizar los siguientes procedimientos para su prescripción:

- Proporcionar consejería
- Efectuar historia clínica completa
- Instruir a la mujer sobre 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). En caso de la adolescente núbil, postergar el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal.
- Se tendrá especial atención para evitar el uso indistinto de anticonceptivos hormonales combinados inyectables y los que sólo contienen progestina, en razón de su diferente formulación y duración de efectividad.

- Se utilizarán jeringas y agujas estériles desechables.
- No es un requisito para la prescripción o aplicación del método el examen pélvico.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.2.2.3 Conducta a 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 método, si se presentara alguna de las siguientes situaciones:

- a)** Sospecha o confirmación de embarazo.
- b)** Intolerancia a las irregularidades del ciclo menstrual.

5.2.2.4 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método anticonceptivo

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

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

5.2.2.5 Seguimiento de la usuaria

Se efectuará 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 correcto uso 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. El número que se proporcione está determinado por razones médicas, programáticas, logísticas o financieras de la institución.

5.3 Anticoncepción hormonal poscoito

Es un método que pueden utilizar las mujeres en los tres días siguientes a un coito no protegido con el fin de evitar un embarazo no planeado. Este método no debe usarse de manera regular, y su única indicación es en las situaciones que se describen más adelante.

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.3.1 Forma de administración

Hormonales orales combinados estrógeno + progestina

Tabletas que contienen etinil estradiol 50 m g + 250 m g de levonorgestrel

Tabletas que contienen etinil estradiol 50 m g + 500 m g de dl-norgestrel

Dosis total 4 tabletas

Dos tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de dos tabletas 12 horas después de la primera dosis.

Tabletas que contienen etinil estradiol 30 m g + 150 m g de levonorgestrel

Tabletas que contienen etinil estradiol 30 m g + 300 m g de dl-norgestrel

Dosis total 8 tabletas

Cuatro tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de cuatro tabletas 12 horas después de la primera dosis.

Hormonales orales de progestina sola

Tabletas que contienen levonorgestrel 750 m g

Dosis total 2 tabletas

Una tableta como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de una tableta 12 horas después de la primera dosis.

Un esquema simplificado consiste en la administración de las dos tabletas juntas lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido.

Tabletas que contienen levonorgestrel 30 m g

Dosis total 50 tabletas

Veinticinco tabletas como primera dosis lo antes posible, pero no después de 120 horas después del coito no protegido. Administrar una segunda dosis de 25 tabletas 12 horas después de la primera dosis.

5.3.1.1 Lineamientos generales para la prescripción

Las mujeres en edad fértil, incluyendo las adolescentes, pueden recurrir a este método para evitar un embarazo no planeado en las siguientes condiciones:

- Después de un coito practicado voluntariamente sin protección anticonceptiva.
- Después de un coito practicado de manera involuntaria sin protección anticonceptiva.
- Cuando se esté usando un método anticonceptivo y se presuma falla del mismo, por ejemplo en caso de:
 - a. Ruptura o desprendimiento del condón durante el coito.
 - b. Falla en la ejecución del coito interrumpido (eyaculación en vagina, periné o genitales externos).
 - c. Falla en la toma de anticonceptivos hormonales orales por más de tres días.
 - d. Expulsión del DIU.
 - e. Falla en la estimación del periodo seguro o no fértil cuando se practican métodos tradicionales o naturales de planificación familiar como el ritmo o la abstinencia periódica.
- Retraso en la administración de los anticonceptivos inyectables.

La prescripción de este método deberá acompañarse de un intenso proceso de orientación y consejería, destacando que:

- Una vez establecido el embarazo, no es efectivo. Por lo mismo, no debe utilizarse este método para inducir la menstruación en caso de amenorrea.
- Si el método falla y la mujer queda embarazada, no causa efectos colaterales tanto a ella como al producto.
- La menstruación subsiguiente suele ocurrir en la fecha esperada; en algunos casos, unos días después de la toma de las pastillas, se puede presentar un escaso sangrado por suspensión, que no deberá ser confundido con la menstruación.

- Después de la aplicación del método, se recomienda la abstinencia sexual o la utilización de métodos locales hasta que se presente la menstruación. En casos de alto riesgo anticonceptivo, podrá iniciarse de inmediato un método anticonceptivo regular.
- No es conveniente utilizar este método en forma regular, porque su efectividad es menor a la de los anticonceptivos orales usados en forma convencional.
- Este método no protege de las infecciones de transmisión sexual incluido el VIH-SIDA.

No es indispensable para la prescripción practicar un examen ginecológico ni una prueba de embarazo. Se debe de brindar orientación y consejería sobre los métodos regulares de planificación familiar. Debe de investigarse el riesgo de una infección de transmisión sexual y tomar las medidas diagnósticas y terapéuticas correspondientes. El prestador de servicios se debe de asegurar que la usuaria entendió claramente el método así como las limitaciones del mismo.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.3.1.2 Conducta a seguir en caso de efectos colaterales

La náusea es por mucho el síntoma más frecuente. Se puede atenuar indicando la toma del medicamento con los alimentos o por la noche al acostarse, o se puede prevenir administrando un antiemético antes de la ingesta de la segunda dosis. Si se presenta vómito en las 2 horas siguientes a la ingesta de cualquiera de las dosis, ésta tendrá que repetirse. Si el vómito es intenso se deberá proceder al tratamiento de la descompensación hidroelectrolítica. Cuando no sea posible administrar el medicamento por vía digestiva, se pueden colocar las tabletas por vía vaginal. Bajo esta vía de administración, no será necesario repetir la dosis aún en caso de presentarse vómito.

5.3.1.3 Conducta a seguir en caso de uso irregular del método

El método debe de administrarse en las dosis y tiempo señalados. Cualquier desviación producirá una disminución de la efectividad anticonceptiva. Sólo se recomienda la administración en forma ocasional, para la cual no existen contraindicaciones médicas conocidas. Es importante señalar que en casos de tomas repetidas, aplican las mismas contraindicaciones de los anticonceptivos hormonales orales.

5.3.1.4 Seguimiento de la usuaria

Explique a la usuaria la conveniencia de que acuda al servicio de salud en la fecha esperada de su menstruación para reforzar la orientación-consejería sobre los métodos regulares de planificación familiar y para aclarar cualquier duda sobre el método. Debe aconsejar a la usuaria que regrese a la clínica si su menstruación se retrasa más de una semana o si tiene otro motivo de preocupación. En caso de amenorrea posterior, se deberá descartar una falla anticonceptiva (embarazo), incluyendo la posibilidad de un embarazo ectópico, aun cuando no se ha referido que la frecuencia del mismo esté aumentada.

5.4 Método hormonal subdérmico

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.5.1 Forma de administración

Las cápsulas deben insertarse por debajo de la piel en la cara interna del brazo, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por los fabricantes. La inserción debe efectuarse preferentemente dentro los primeros siete días del ciclo menstrual o en cualquier otro día, siempre que se tenga la seguridad de que no hay embarazo.

5.5.2 Lineamientos generales para la prescripción

Todas las inserciones como las remociones de los implantes subdérmicos, deben ser realizadas por personal de salud capacitado para ello, bajo supervisión médica y realizando las siguientes acciones.

- Proporcionar consejería.
- Historia clínica.
- 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). En caso de la adolescente núbil, postergar el examen pélvico y la toma de citología cérvico-vaginal para consultas subsecuentes.
- No es un requisito para la prescripción o aplicación del método el examen pélvico.

Cuándo debe realizarse la aplicación

- Entre el primero y el séptimo día del ciclo menstrual.
- En cualquier momento del ciclo menstrual, siempre y cuando se esté seguro de que no existe embarazo.
- En el posparto a partir de la sexta semana, si está lactando o después de la tercera semana si no está lactando.
- En el posaborto de manera inmediata o dentro de los primeros siete días.
- Cuando se cambia de un método hormonal oral o inyectable al implante subdérmico, la inserción debe efectuarse el día correspondiente al reinicio del ciclo hormonal oral o aplicación del inyectable.
- La remoción del implante debe efectuarse al término de la recomendación de uso por el fabricante. Los términos varían de 3 a 5 años dependiendo del tipo de implante. También puede realizarse a solicitud y por decisión de la usuaria, en cualquier momento antes de agotar la duración total de la protección anticonceptiva. Si la usuaria lo solicita puede insertarse nuevo implante si éste ya terminó su efecto o cambiar a otro método anticonceptivo.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.5.3 Técnica de inserción y remoción

5.5.3.1 Inserción

La colocación del implante subdérmico se hará siguiendo las recomendaciones técnicas del fabricante y siempre bajo las normas de asepsia para cirugía menor.

Se utilizarán jeringas y agujas estériles desechables para aplicar la anestesia.

Se utilizará el instrumental especial que viene con el método.

La mujer debe estar acostada cómodamente, boca arriba, mientras se insertan los implantes.

Brazo seleccionado: izquierdo, si es diestra; derecho, si es zurda.

Sitio de implantación: las cápsulas deben colocarse bajo una zona de piel sana, en la cara interna del brazo, siguiendo las recomendaciones que proporciona el instructivo que se incluye en la presentación farmacéutica correspondiente.

5.5.4 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales:

Reforzar la consejería en relación a la inocuidad de las irregularidades menstruales, y mantener la/las cápsulas insertadas. En términos generales los trastornos menstruales desaparecen en los tres primeros meses de uso.

- En caso de intolerancia a las irregularidades menstruales, remover la(s) cápsula(s).
- En caso de embarazo, retirar la(s) cápsulas inmediatamente.

5.5.5 Conducta a seguir en caso de presentarse problemas con los implantes:

En implantes múltiples:- En caso de expulsión de uno o más implantes, deben reemplazarse por cápsulas nuevas, sin necesidad de remover o cambiar las no expulsadas. Si ocurre la ruptura de una o más cápsulas, éstas se removerán y serán reemplazadas por cápsulas nuevas, sin necesidad de cambiar el resto.

En implante único: Verificar el proceso de inserción, reforzar la orientación y consejería, reintentar la colocación de un nuevo implante.

En los casos de infección o irritación en el sitio del implante, si es leve o moderada se tratará con las medidas terapéuticas convencionales, si la infección persiste o hay signos de irritación severa en la piel, se deberá retirar el implante y se instalará tratamiento para resolver el problema tópico.

5.5.6 Seguimiento de la usuaria

La primera visita se efectuará dentro del primer mes a partir de la inserción. Después cada año, hasta completar la efectividad del implante, para hacer la sustitución o el cambio de método, según el deseo de la usuaria. Debe instruirse a la usuaria para que, en caso de dudas o problemas relacionados con el método, acuda a consulta en cualquier momento.

5.6 Dispositivo intrauterino (DIU)

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.6.1 Momento de colocación

El DIU puede ser insertado en los siguientes momentos:

- Periodo intergenésico: el DIU se inserta preferentemente durante la menstruación, o en cualquier día de este ciclo, 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: tras la resolución de cualquier evento obstétrico al egreso hospitalario se hace la colocación, antes de que la paciente sea enviada a su domicilio.
- Posaborto: inmediatamente después del legrado o la aspiración endouterina por aborto, en cualquier edad de embarazo.
- Puerperio tardío: entre la cuarta y sexta semana posaborto, posparto y poscesárea.

5.6.2 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.
- De acuerdo con las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU.
- Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia.
- No se recomienda su colocación en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a infecciones de transmisión sexual, por el riesgo de que desarrollen enfermedad pélvica inflamatoria. Debe obtenerse el consentimiento informado, firmado por la usuaria.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.6.3 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 periodos posplacenta, transcesárea, posaborto con más de 12 semanas de gestación y posparto mediato (pre-alta), no debe usarse el insertor.

5.6.4 Intervalo intergenésico

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

Se hará una exploración pélvica bimanual, previa a la colocación del DIU, para precisar forma, tamaño y posición del útero, así como para descartar la existencia de alguna patología pélvica.

Con la ayuda de un espejo vaginal, se visualizará el cérvix y se hará limpieza del cuello uterino, empleando una gasa con solución antiséptica.

Con una pinza de Pozzi, se toma el labio anterior del cuello uterino y traccionar 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, registrando la distancia entre el orificio cervical externo y el fondo de la cavidad. Si la longitud es menor a 6 cm, no se insertará el DIU; si la longitud es mayor a 6 cm se insertará siguiendo los lineamientos señalados en el instructivo de uso, que es proporcionado por el fabricante, o en los manuales de procedimientos elaborados por las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Una vez terminada la inserción, se retira la pinza de Pozzi, se verifica que no exista hemorragia en los sitios de presión, se recortan los hilos guía a 2 cm del orificio externo del cérvix, en caso necesario, y se retira el espejo vaginal.

5.6.5 Inserción posplacenta

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

5.6.5.1 Técnica con pinza

Se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster), una recta y una curva, así como con dos valvas vaginales:

- 1)** Se toma el DIU con la pinza de Foerster curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, a fin de alejar los hilos guías. La pinza se deja a la mano, sobre la mesa de instrumentos.
- 2)** Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior, que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
- 3)** Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 4)** Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y, con la mano libre, se palpa la parte más alta del útero.
- 5)** Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste se encuentra en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU, se la retira, cuidando de no jalar 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. Si el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm, éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta; a continuación se retiran la pinza del cérvix y las valvas vaginales.

5.6.5.2 Técnica manual

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

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

5.6.6 Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza de acuerdo con técnicas, tanto de pinza, como manual.

5.6.6.1 Técnica con pinza

Se efectúa con dos pinzas de anillos (Foerster). El procedimiento es el siguiente:

- 1) Después del alumbramiento, se limpia la cavidad uterina y se coloca una pinza de Foerster en el borde superior de la histerotomía.
- 2) El DIU se toma con una pinza de anillos, en la forma descrita para su inserción en el caso de posplacenta.
- 3) Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
- 4) Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 5) Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentren en el fondo de la cavidad.
- 6) Se libera el DIU y con cuidado se retira la pinza, para no jalar 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, ya que esto ocurre espontáneamente.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU, al efectuar la histerorrafia.

5.6.6.2 Técnica manual

- 1) Se toma el DIU entre los dedos de la mano, en la forma ya descrita para su inserción en el caso de posplacenta.
- 2) La otra mano se coloca en la parte más alta del útero, para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
- 3) Se introduce la mano que lleva el DIU, a través de la histerotomía, depositándolo hasta el fondo de la cavidad uterina.
- 4) Se retira la mano, cuidando de no jalar los hilos guía. El extremo distal de éstos se deja dentro del útero, a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.

Se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU, al realizar la histerorrafia.

5.6.7 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 es resuelto por legrado digital, la inserción puede hacerse con técnica manual o con pinza, según se describió.

5.6.8 Pre-alta

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. Su inserción antes del egreso, constituye un recurso para aquellas mujeres que no lo habían aceptado antes del parto y que tras recibir consejería, optan por este método, así como quienes hubieren superado la causa de contraindicación o precaución.

5.6.9 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizándose las características y consecuencias del método. Los efectos colaterales deben ser atendidos con prontitud. Si las molestias persisten más allá de 60 días, se considerará la posibilidad de reemplazar el DIU y, si aún persistieran, se retira éste,

seleccionándose otro método. En mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, se retirará el DIU por el riesgo de presentarse enfermedad pélvica inflamatoria. Una complicación inmediata que puede presentarse como accidente durante la inserción del DIU, es la perforación uterina en cuyo caso la usuaria será enviada de inmediato a la unidad hospitalaria correspondiente, para su atención adecuada.

5.6.10 Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes se programarán como sigue: la primera, entre la cuarta y sexta semanas posteriores a la inserción; la segunda se efectuará a los seis meses de la inserción y, posteriormente, cada año contando 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 dispositivo mediante la visualización de los hilos guía posterior a un evento obstétrico, se recortarán los hilos guía a una distancia de dos cm por fuera del orificio cervical, investigando la presencia de efectos colaterales; y se descartará embarazo en curso, así como la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU; y, si los hilos no son visibles, no se intentará el retiro del dispositivo.

Invariablemente se asegurará la toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolau), de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

5.7 Oclusión tubaria bilateral

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.7.1 Momento de realización

El procedimiento puede realizarse en el intervalo intergenésico, posparto, transcesárea y posaborto.

5.7.2 Anestesia

Debe indicarse según el caso, anestesia local más sedación, bloqueo epidural o anestesia general.

Se recomendará anestesia local, más sedación en el posparto, posaborto e intervalo intergenésico.

5.7.3 Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica

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

La vía de acceso a la cavidad abdominal puede ser por minilaparotomía, laparoscopia o colpotomía.

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:

- Técnicas de Pomeroy, Parkland, Uchida o Irving
- Salpingectomía y ligadura del borde proximal
- Salpingotomía y ligadura del borde distal (Fimbriectomía).
- Mecánica: por aplicación de anillos de Yoon o electrofulguración.
- Se debe recomendar como procedimiento de elección, minilaparotomía con la técnica de Pomeroy modificada.
- En todos los casos debe realizarse el procedimiento, siguiendo las normas y técnicas quirúrgicas recomendadas por las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

5.7.4 Lineamientos generales para la prescripción

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

- Un proceso amplio de consejería previa a su realización.
- Firma o huella digital de la usuaria o el usuario o de su representante legal, en el formato "Autorización Quirúrgica Voluntaria y consentimiento informado".

- Valoración del riesgo quirúrgico y, cuando proceda, del riesgo anestésico.
- La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico debidamente capacitado para su realización.
- El procedimiento se efectuará en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no existe embarazo.
- El procedimiento puede manejarse como cirugía de corta estancia, en el puerperio de bajo riesgo, en el posaborto y en el intervalo intergenésico.
- El procedimiento debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- Siempre que se cumplan las indicaciones para seleccionar el método, la edad y paridad de la mujer, no serán factores para restringir el acceso al método.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.7.5 Duración de la protección anticonceptiva

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

5.7.6 Conducta a seguir

Después de efectuado el procedimiento, la usuaria debe mantenerse en observación por un periodo mínimo de dos a seis horas.

- Indicar analgésico en caso necesario.
- Reiniciar la actividad laboral a los dos días poscirugía, siempre y cuando no implique esfuerzo físico pesado, durante los primeros siete días.
- Si, después del egreso hospitalario, se detectara algún problema de salud asociado con el procedimiento, la mujer será enviada en forma inmediata a una unidad hospitalaria, para su atención.

5.7.7 Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes deben programarse; la primera, a los siete días poscirugía.

Se instruirá a la paciente para que acuda a consulta del hospital, si se presenta cualquiera de la siguiente sintomatología:

- Infección urinaria.
- Dolor pélvico, abdominal o torácico severo.
- Fiebre.
- Dolor y hemorragia en la herida quirúrgica.

En caso de no existir complicaciones, las siguientes revisiones se efectuarán cada año y, siempre, se asegurará la toma de muestra para citología cérvico-vaginal (Papanicolaou), de acuerdo a lo que indica la Norma Oficial Mexicana correspondiente.

5.8. Vasectomía

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.8.1 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 (Consentimiento informado).

- Firma o huella digital del usuario, o de su representante legal, en el formato "Autorización quirúrgica voluntaria".
- 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 se realizará bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas, y con anestesia local.
- Siempre que se cumplan las indicaciones para seleccionar el método, la edad y la fecundidad no serán factores para restringir el acceso al método.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.8.2 Duración de la protección anticonceptiva

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

La vasectomía no es efectiva en forma inmediata; pueden encontrarse espermatozoides hasta las siguientes 25 eyaculaciones o hasta tres meses después del procedimiento.

5.8.3 Conducta a 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, o trabajo pesado, durante los primeros siete días.
- Se recomienda suspender las relaciones sexuales, los subsecuentes siete días.
- Utilizar suspensorio, traje de baño o calzón ajustado, por siete días, mientras se esté sentado o de pie.
- Prescribir la toma de analgésicos y antiinflamatorios, en caso necesario.
- Si el usuario detecta algún problema relacionado con la cirugía, deberá ser atendido en forma inmediata, por personal capacitado.

5.8.4 Seguimiento del usuario

Las revisiones subsecuentes deberán ser programadas de la siguiente manera: la visita inicial se efectuará durante la primera semana poscirugía. Las siguientes se efectuarán anualmente, durante los primeros dos años o antes, si el usuario lo considera necesario.

Se efectuará estudio de semen para determinar el número de espermatozoides, después de las primeras 25 eyaculaciones, o tres meses después del procedimiento quirúrgico. En caso de ser positivo, repetir al mes. Si persiste positivo, revalorar el caso. Durante este lapso, deberá reforzarse orientación y consejería a la pareja el uso de otro método anticonceptivo.

5.9 Métodos de barrera y espermicidas

VER APENDICE INFORMATIVO A

5.9.1 Métodos de barrera

5.9.1.1 Condón masculino

5.9.1.1.1 Lineamientos generales para la prescripción

Los condones se proporcionarán en unidades de atención médica, durante programas de distribución comunitaria y de mercadeo social, o mediante adquisición libre en farmacias u otros establecimientos comerciales.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.9.1.1.2 En caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar la orientación-consejería y respetar la libre decisión del usuario.

5.9.1.1.3 Seguimiento del usuario

Las visitas de seguimiento se efectuarán de acuerdo a las necesidades del usuario, ya sea para proveerlo de condones o para reforzar las instrucciones en cuanto a su uso.

5.9.1.2 Condón femenino

5.9.1.2.1 Forma de uso

La mujer debe de estar familiarizada con el uso del condón femenino. Es importante que lea cuidadosamente las instrucciones para su colocación antes de intentar su uso en un coito. Para la colocación, la mujer deberá estar en una posición cómoda, puede ser sentada o acostada con las rodillas separadas o parada apoyando un pie sobre un objeto a una altura aproximada de 60 centímetros. La usuaria debe asegurarse que el anillo interno del condón quede colocado por detrás del hueso púbico a una profundidad de aproximadamente 5 cm del introito vaginal. El extremo abierto del condón debe quedar por fuera de la vagina cubriendo los genitales externos.

5.9.1.2.2 Lineamientos generales para la prescripción

Los condones se podrán obtener, durante programas de distribución comunitaria y de mercadeo social, o mediante adquisición libre en farmacias u otros establecimientos comerciales.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.9.1.2.3 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento se efectuarán de acuerdo a las necesidades de la usuaria ya sea para reforzar las instrucciones en cuanto al uso del condón.

5.9.2 Espermicidas

5.9.2.1 Forma de administración

Se aplican dentro de la vagina, de 5 a 20 minutos antes de cada coito, si pasa más de una hora antes de tener otra relación coital se debe aplicar una segunda dosis del espermicida ya sea crema o espuma. Si es una tableta o supositorio se introduce lo más profundo que se pueda en la vagina.

5.9.2.2 Lineamientos generales para la prescripción

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

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.9.2.3 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar orientación y consejería en caso necesario cambiar de método.

5.9.2.4 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para reforzar el uso de estos métodos.

5.9.3 Diafragma

5.9.3.1 Forma de uso

Antes de insertarlo, se debe revisar para comprobar que se encuentra en buen estado, que no tenga agujeros ni rasgaduras.

Aplicar jalea, crema o espermicida en la parte interior y el borde del diafragma ya que con esto aumentará la efectividad de protección.

Empujar el diafragma por el canal vaginal hasta llegar al cuello uterino, de manera que la cavidad que contiene el espermicida cubra la apertura cervical; tocar alrededor del borde para cerciorarse de que está completamente cubierto.

Puede insertarse hasta 6 horas antes del coito, y se puede dejar hasta 24 horas después.

Es necesario aplicar espermicida en cada coito

Se debe lavar con agua y jabón después de usarlo, secarlo y guardarlo en un lugar fresco, seco y oscuro.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.9.4 Métodos tradicionales, naturales o de abstinencia periódica

5.9.4.1 Forma de uso

El uso de estos métodos se basa en la serie de eventos fisiológicos que ocurren durante el ciclo menstrual normal y la efectividad anticonceptiva depende de la capacidad de la mujer para identificar los signos y síntomas asociados con el periodo fértil. La capacitación para estos métodos dura de tres a seis ciclos (meses) y requiere de la abstinencia sexual durante los días del ciclo menstrual donde la probabilidad de embarazo es mayor. Típicamente se proscriben el coito entre un 35 al 50% de los días de un ciclo menstrual.

5.9.4.2 Lineamientos generales para la prescripción

Se cumplirán los siguientes procedimientos:

- Mantener una estrecha relación entre el prestador de servicios y la pareja usuaria.
- Proporcionar una adecuada información, para la cabal comprensión del método.
- La pareja usuaria aceptará el compromiso absoluto de abstinencia sexual durante los periodos de fertilidad en el ciclo menstrual, determinados de acuerdo con los procedimientos descritos para cada método.

VER APENDICE INFORMATIVO B

5.9.4.3 Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Reforzar consejería y cambiar de método.

5.9.4.4 Seguimiento de la usuaria

Las visitas de seguimiento serán para la evaluación del conocimiento y adhesión al método, así como para el reforzamiento de la consejería de métodos más efectivos.

5.10 Método de la Lactancia y Amenorrea (MELA)

VER APENDICE INFORMATIVA A

5.10.1 Criterios de elegibilidad

En situaciones donde se afecta la lactancia materna, se puede afectar la duración de la amenorrea, haciéndola menos útil como un método de planificación familiar. Se incluyen situaciones como la hepatitis viral activa, las lesiones sifilíticas abiertas y el VIH. En mujeres con alto riesgo de contraer VIH, o que sean VIH positivas, o que tienen SIDA, y

el lactante está en una situación de alto riesgo de mortalidad, se les deberá aconsejar amamantar independientemente de su condición de VIH. Cuando el riesgo de mortalidad infantil es bajo, se aconsejará a las mujeres usar un método alternativo de alimentación del lactante. Hay condiciones del recién nacido que afectan la lactancia materna, por ejemplo deformidades congénitas de la boca incluido el paladar hendido, bajo peso al nacimiento o prematuridad, y algunos trastornos congénitos del metabolismo.

Con el fin de proteger la salud del lactante, el método no es recomendable en las mujeres que toman medicamentos tales como: reserpina, ergotamina, antimetabolitos, citostáticos, esteroides a dosis altas, bromocriptina, radioisótopos, litio, anticoagulantes y drogas que modifican el estado de ánimo.

6. Identificación de casos de esterilidad e infertilidad

6.1 Conducta a seguir

6.1.1 Aquellas parejas que soliciten atención primaria a la salud, por esterilidad o infertilidad, deben recibir información acerca de salud reproductiva, sexualidad y características del periodo fértil. El médico debe recabar, en las primeras consultas, la historia clínica de ambos integrantes de la pareja, con especial énfasis en la historia menstrual de la mujer, así como el registro de su temperatura basal, durante dos ciclos. Siempre que sea posible se efectuará la documentación de la ovulación y el análisis del semen.

6.1.2 Estudio y seguimiento de los casos

Se deberá realizar por personal especializado. Preferentemente en unidades hospitalarias de segundo o tercer nivel.

6.1.3 El manejo y el tratamiento de la pareja, se instituirán de acuerdo con el diagnóstico establecido.

7. Concordancia con normas internacionales y mexicanas

La Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar, guarda concordancia con las guías y recomendaciones emitidas por las siguientes organizaciones internacionales:

- The World Health Organization, Family Health Division
- The World Health Organization, Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction.
- Family Health International.
- International Planned Parenthood Federation.
- The Population Council.
- Pathfinder International.
- Engender Health
- The Family Planning Service Expansion and Technical Support Project.
- Social Marketing Project.
- John Snow, Inc.
- The Enterprise Program.
- Family Planning International Assistance.

La comparación entre las diferentes guías y recomendaciones internacionales, se basó en el Catálogo de Lineamientos Para la Prestación de Servicios de Planificación Familiar, elaborado por Family Health International.

8. Bibliografía

Para la aplicación correcta de esta Norma, es necesario consultar:

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, Título Primero, Capítulo I, Artículo 4o.

Ley General de Población, Capítulo I, artículo 3o., fracciones II y IV.

Ley General de Salud, Capítulo VI, artículos 67, 68, 69, 70 y 71.

Ley Federal sobre Metrología y Normalización, Título Tercero, Capítulos I, II, III, IV y V.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, artículo 39.

Reglamento de la Ley General de Población, Capítulo Segundo, Sección II, artículos del 14 al 24 inclusive, Sección III, artículos 25 al 27.

Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, Capítulo VI, artículos 116, 117, 118, 119 y 120.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, Capítulo VI, artículo 17.

Plan Nacional de Desarrollo 2001-2006. Capítulo 3, Sección 3.2, La Transición Demográfica.

Programa Nacional de Población 2001-2006

Programa Nacional de Salud 2001-2006

Programa de Acción de Salud Reproductiva 2001-2006

Declaración de consenso de Bellagio, Italia, Agosto 1988

WHO. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Reproductive Health and Research. Geneva 2000.

Lidegaard O. Oral contraceptives, pregnancy and the risk of cerebral thromboembolism: the influence of diabetes, hypertension, migraine and previous thrombotic disease. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology* 1995;102:153-159.

Heinemann LAJ, Lewis MA, Spitzer WO, Thorogood M, Guggenmoos-Holzmann I, Bruppacher R, and the Transnational Research Group on Oral Contraceptives and the Health of Young Women. Thromboembolic stroke in young women. *Contraception* 1998;57:29-37.

Dunn N, Thorogood M, Faragher B, de Caestecker L, MacDonald TM, McCollum C, Thomas S, Mann R. Oral contraceptives and myocardial infarction: results of the MICA case-control study. *British Medical Journal* 1999;318:1579-1584.

WHO Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Acute myocardial infarction and combined oral contraceptives: results of an international multicentre case-control study. *Lancet* 1997;349:1202-1209.

Chang CL, Donaghy M, Poulter N, and the World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Migraine and stroke in young women: case-control study. *British Medical Journal* 1999;318:13-18.

Schwartz SM, Petitti DB, Siscovick DS, Longstreth WT, Sidney S, Raghunathan TE, Quesenberry CP Jr, Kelaghan J. Stroke and use of low-dose oral contraceptives in young women. A pooled analysis of two US studies. *Stroke* 1998;29:2277-2284.

Cromer BA, Smith RD, Blair JM, Dwyer J, Brown RT. A prospective study of adolescents who choose among levonorgestrel implant (Norplant), medroxyprogesterone acetate (Depo-Provera), or the combined oral contraceptive pill as contraception. *Pediatrics* 1994;94:687-694.

Naessen T, Olsson S-E, Gudmundson J. Differential effects on bone density of progestogen-only methods for contraception in premenopausal women. *Contraception* 1995;52:35-39.

Petitti D, Piaggio G, Mehta S, Cravioto M, Meirik O for the WHO Study of Hormonal Contraception and Bone Health. Hormonal contraception and bone density: a cross-sectional study in an international population. *Obstetrics and Gynecology* 2000;5:736-744.

World Health Organization Collaborative Study of Cardiovascular Disease and Steroid Hormone Contraception. Cardiovascular disease and use of oral and injectable progestogen-only contraceptives and combined injectable contraceptives. *Contraception* 1998;57:315-324.

Hillis SD, Marchbanks PA, Tylor LR, Peterson HB, for the US Collaborative Review of Sterilization Working Group. Poststerilization regret: findings from the United States Collaborative Review of Sterilization. *Obstetrics and Gynecology* 1999;93:889-895.

Coggins C, Elias C, N-9 Formulation Preferences Study Group Committee. Safety of three formulations of nonoxynol-9 containing vaginal spermicides. *Int J Gynecol Obstet* 2000; 68: 267-8.

Amaral E, Faundes A, Zaneveld L, Waller D, Garg S. Study of the vaginal tolerance to Acidform, an acid-buffering, bioadhesive gel. *Contraception* 1999; 60: 361-6.

Outside the context of breastfeeding, progestogen-only contraceptives are somewhat less effective than combined oral contraceptives. See Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. *Contraceptive technology* (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.

Data source: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Cates Jr W, Stewart GK, Guest F, Kowal D. *Contraceptive technology* (17th edition). New York, Ardent Media Inc., 1998.

Wilcox AJ, Dunson DB, Weinberg CR, Trussell J, Baird DD. Likelihood of conception with a single act of intercourse: providing benchmark rates for assessment of post-coital contraceptives. *Contraception* 2001;63:211-5.

Sullivan H, Furniss H, Spona J, Elstein M. Effect of 21-day and 24-day oral contraceptive regimens containing gestodene (60 microg) and ethinyl estradiol (15 microg) on ovarian activity. *Fertility & Sterility* 1999;72:115-20.

Petta CA, Hays M, Brache V, Massai R, Hua Y, Alvarez Sanchez F et al. Delayed first injection of the once-a-month injectable contraceptive containing 25 mg of medroxyprogesterone acetate and 5 mg E(2) cypionate: effects on ovarian function. *Fertility & Sterility* 2001;75:744-8.

Arévalo M, Sinau I, Jennings V. A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. *Contraception* 2000;60:357-60.

Family Planning Counseling: A curriculum prototype; participant's handbook, AVSC International, New York, 1995. Contraceptive Technology Update (CTU) series, Family Health International, Research Triangle Park, NC.

Kulier R, Bouvain M, Walker D, De Candolle G, Campana A. Minilaparotomy and endoscopic techniques for tubal sterilisation (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

Grimes D, Schulz K, Stanwood N. Immediate postabortal insertion of intrauterine devices (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

Grimes D, Schulz K, van Vliet H, Stanwood N. Immediate post-partum insertion of intrauterine devices (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 2 2003. Oxford: Update Software.

González B, Marston-Ainley S, Vansintejam G. "No-Scalpel Vasectomy" Association for Voluntary Surgical Contraception, New York NY 1992. pp. 54.

Gutiérrez D. "Salud Reproductiva: Concepto e importancia", Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud 1992, pp.108.

Hatcher RA, Rinehart W, Blackburn R, Sëller J, Shelton J. "Lo Esencial de la Tecnología Anticonceptiva: Edición Internacional". Baltimore, Facultad de Salud Pública, Universidad de Johns Hopkins, Programa de Información en Población 1999.

INTRAH. "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning". School of Medicine University of North Caroline at Chapel Hill 2000.

INTRAH. "Guidelines for Clinical Procedures in Family Planning". School of Medicine University of North Caroline at Chapel Hill 1992. pp. 345.

Lynn KA, Archer J, Cleveland KH, Witz BJ. "Catalogue of Family Planning Service Delivery Guideline". Family Health International 1992.

Medical Barriers Guidelines Working Group. "Consensus Guidance for Updating Practices: Hormonal Methods and IUDS". DRAFT. MBGWG 1993. Sep. 24

Population Crisis Committee. "Guía de Métodos para el Control de la Natalidad" 1991.

Porter CW, Waife RS, Holtrop HR. "Manual de Anticoncepción". Asociación Colombiana para Estudios de la Población 1998. pp 263.

Siving I, Greensdale F, Schmidt F, Waldman S. "The Copper T 380 Intrauterine Device" The Population Council 1992. pp.30.

Tietjen L, Cronin W, Mc Intosh N. "Infection Prevention for Family Planning Services Programs". Ed. Essential Medical Information Systems, Inc 1992. pp. 254.

WHO. "Implantes Anticonceptivos Subdérmicos de Norplant". WHO/MCH/89.17 Ginebra 1991. pp. 134

WHO. "Esterilización Femenina". OMS Ginebra 1993. pp. 158.

9. Observancia de la Norma

La vigilancia y la aplicación de esta Norma, corresponden a la Secretaría de Salud y a los Gobiernos de las Entidades Federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia.

10. Vigencia

La presente Norma Oficial Mexicana, entrará en vigor a partir del día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

11. Apéndice informativo

A. Métodos anticonceptivos

B. Criterios de elegibilidad médica

TRANSITORIO

PRIMERO.- La presente Resolución entrará en vigor el día siguiente al de su publicación en el **Diario Oficial de la Federación**.

México, D.F., a 9 de enero de 2003.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.

APENDICE INFORMATIVO "A"

HORMONALES COMBINADOS ORALES QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|---|--|---|
| <p>Estrógeno sintético: etinilestradiol. Las dosis diarias no deben exceder los 35 µg.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>una de las siguientes progestinas sintéticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivadas de la 19 Nortestosterona: noretisterona (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). | <p>Existen tres presentaciones para los anticonceptivos hormonales combinados orales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los que contienen dosis constantes de estrógeno y de progestina en cada una de las tabletas o grageas. Se presentan en cajas de 21 tabletas o grageas; algunas presentaciones incluyen siete tabletas adicionales, que no contienen hormonas, sólo hierro o lactosa, resultando ciclos de 28 tabletas o grageas para administración sin interrupción. • Los que contienen dosis variables del estrógeno y la progestina, que se administran dentro del ciclo de 21 días, se denominan trifásicos, por incluir tabletas o grageas con tres cantidades diferentes de hormonas sintéticas. • Aquellos que en el paquete para 21 días contienen 15 tabletas o grageas con el estrógeno solo, seguidas por seis con dosis fijas del estrógeno, más alguna progestina sintética, se denominan secuenciales y no debe recomendarse su uso como método anticonceptivo. | <p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea. • Náusea. • Vómito. • Mareo. • Mastalgia. • Cloasma. • Manchado intermenstrual. |
| <p>Efectividad anticonceptiva, bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva de 99 %; sin embargo la eficacia puede disminuir hasta en un 92% por el uso incorrecto de la píldora.</p> | | |

HORMONALES ORALES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|--|--|---|
| <p>Existen dos fórmulas que contienen dosis bajas de una progestina sintética:</p> <ul style="list-style-type: none"> • linestrenol 0.5 mg y • levonorgestrel 30 µg | <p>Se ofrece en cajas que contienen 35 tabletas o grageas.</p> | <p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado prolongado o amenorrea). • Cefalea. • Mastalgia. |
| <p>Efectividad anticonceptiva</p> <p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 90 al 97%. La protección anticonceptiva está limitada al día en que se ingiere la tableta o la gragea; si se omiten una o más, el método es inefectivo.</p> | | |

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS Y SOLO DE PROGESTINA

HORMONALES COMBINADOS INYECTABLES, QUE CONTIENEN ESTROGENO Y PROGESTINA

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|--|--|---|
| <p>Contienen un éster de estradiol:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cipionato de estradiol (5 mg) • valerianato de estradiol (5 mg) o • enantato de estradiol (5 y 10 mg). <p>Las dosis recomendables del éster de estradiol no deben exceder de 5 mg al mes.</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Una progestina sintética esterificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivada de la 19-nortestosterona: enantato de noretisterona (50 mg), o • Derivada de la 17-hidroxiprogesterona: acetato de medroxiprogesterona (25 mg) y • acetofénido de dihidroxiprogesterona (75 y 150 mg). | <p>Existen cuatro tipos de anticonceptivos hormonales combinados inyectables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cipionato de estradiol 5 mg + acetato de medroxiprogesterona 25 mg en 0.5 ml de suspensión acuosa macrocristalina. • Valerianato de estradiol 5 mg + enantato de noretisterona 50 mg en 1 ml de solución oleosa. • Enantato de estradiol 5 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 75 mg en 1 ml de suspensión acuosa. • Enantato de estradiol 10 mg + acetofénido de dihidroxiprogesterona 150 mg, en 1 ml de suspensión acuosa. | <p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregularidades menstruales. • Cefalea. • Náusea. • Vómito. • Mareo. • Mastalgia. • Incremento de peso corporal. |
| <p>Efectividad anticonceptiva</p> <p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. 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.</p> | | |

HORMONALES INYECTABLES QUE SOLO CONTIENEN PROGESTINA

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|--|--|---|
| <p>Contienen una progestina sintética esterificada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Derivada de la 19-nortestosterona, enantato de noretisterona (200 mg); o • Derivada de la 17-hidroxiprogesterona, acetato de medroxiprogesterona (150 mg). | <p>Existen dos presentaciones de hormonales inyectables:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enantato de noretisterona 200 mg, en ampollita con 1 ml de solución oleosa. • Acetato de medroxiprogesterona 150 mg, en ampollita con 3 ml de suspensión acuosa microcristalina. | <p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Irregularidades menstruales. • Amenorrea. • Cefalea. • Mastalgia. • Aumento de peso. |
| <p>Efectividad anticonceptiva</p> <p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.</p> <p>Duración de la protección anticonceptiva</p> <ul style="list-style-type: none"> • La protección anticonceptiva conferida por NET-EN se extiende, por lo menos, a los 60 días siguientes a la inyección, aunque, en general es más prolongada. • La protección anticonceptiva conferida por DMPA, se extiende por lo menos a los 90 días inmediatamente posteriores a la inyección, aunque, en general, es más prolongada. | | |

ANTICONCEPCION HORMONAL POSTCOITO O METODO DE EMERGENCIA

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|---------|--------------|---------------------|
|---------|--------------|---------------------|

| | | |
|---|---|---|
| | | |
| <p>Hormonales orales combinados estrógeno + progestina</p> <p>Tabletas que contienen etinil estradiol 50 µg + 250 µg de levonorgestrel</p> <p>Tabletas que contienen etinil estradiol 50 µg + 500 µg de dl-norgestrel</p> <p>Tabletas que contienen etinil estradiol 30 µg + 150 µg de levonorgestrel</p> <p>Tabletas que contienen etinil estradiol 30 µg + 300 µg de dl-norgestrel</p> | <p>Los hormonales orales combinados se encuentran bajo la misma presentación que se utilizan para la anticoncepción hormonal oral regular.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Náusea en aproximadamente el 50% de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales combinados y aproximadamente en el 20% de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales de progestina sola. Vómito en aproximadamente el 20% de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales combinados y aproximadamente en el 5% de las mujeres que toman anticonceptivos hormonales de progestina sola. Sangrado intermenstrual Mastalgia Cefalea Sensación de fatiga |
| <p>Hormonales orales de progestina sola</p> <p>Tabletas que contienen levonorgestrel 750 µg</p> <p>Tabletas que contienen levonorgestrel 30 µg</p> | <p>Los hormonales orales de progestina sola son:</p> <ul style="list-style-type: none"> tabletas de 750 µg de levonorgestrel, una presentación especial conteniendo 2 tabletas solamente. En el caso de 30 µg de levonorgestrel, envase calendario regular que contiene 35 grageas. | |
| <p>Efectividad anticonceptiva</p> <p>Esté método es menos eficaz que el método hormonal oral regular. Después de un coito único no protegido, la falla es de aproximadamente 1-2% en las mujeres que aplican el tratamiento en forma correcta, dependiendo del tiempo de la toma y de la formulación utilizada; la probabilidad comparativa de embarazo en mujeres que no toman el tratamiento es de cuatro a ocho veces mayor (8%).</p> <p>Duración de la protección anticonceptiva</p> <p>Este método se debe utilizar sólo en casos de emergencia y no como un método anticonceptivo regular. La protección anticonceptiva se da solo durante el ciclo de tratamiento, siempre y cuando se utilice dentro de las primeras 72 horas posteriores al coito.</p> | | |

METODOS HORMONALES SUBDERMICOS

| FORMULAS | PRESENTACIONES | EFECTOS COLATERALES |
|---|--|---|
| <p>Norplant: consta de seis cápsulas de dimetilpolisiloxano, que contienen 36 mg de levonorgestrel cada una.</p> <p>Implanón: Consta de una cápsula de acetato de etinilvinilo (EVA), que contiene 68 mg de etonogestrel</p> | <p>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. La duración del efecto anticonceptivo es por cinco años.</p> <p>Una cápsula o varilla de 40 mm de longitud por 2 mm de diámetro transversal que libera en promedio de 40 µg de etonogestrel por día durante el primer año, en los 12 meses subsecuentes, esta liberación disminuye a un promedio de 30 µg por día y en el tercer año se estima una liberación promedio de 25 µg diarios. La duración del efecto anticonceptivo es por tres años.</p> | <p>Algunas mujeres pueden presentar:</p> <ul style="list-style-type: none"> Hematoma en el área de aplicación. Infección local. Dermatosis. Irregularidades menstruales (hemorragia, manchado por tiempo prolongado, o amenorrea). Cefalea. Mastalgia. Expulsión del implante. |
| <p>Remoción</p> <p>El retiro del implante debe hacerse meticulosamente, deberá realizarse en fechas establecidas, para facilitar el procedimiento. Es conveniente localizar las cápsulas manualmente antes de iniciar el procedimiento de retiro. Las cápsulas o varillas pueden estar fragmentadas o romperse durante el procedimiento. Si no se tiene la certeza de la localización anatómica del implante, puede recurrirse a los rayos X y/o al ultrasonido.</p> | | |

Se sigue el mismo procedimiento para la inserción, previa asepsia, antisepsia y anestesia. La anestesia deberá infiltrarse exactamente por debajo de los implantes, en su extremo más inferior. Se realizará una pequeña incisión, por donde se extraerán la(s) cápsula(s), una a una, empezando por las más accesibles. Si no es posible la extracción del total de implantes, referir a la usuaria a una unidad hospitalaria, para la solución del problema.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva superior al 99% durante el primer año. Después, disminuye gradualmente. La duración de la protección anticonceptiva es de tres a cinco años después de la inserción, dependiendo del tipo de implante.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU

| FORMULA | PRESENTACION | EFECTOS COLATERALES |
|--|---|---|
| El DIU consiste en un cuerpo de polietileno flexible, que contiene un principio activo o coadyuvante que puede ser un filamento de cobre y/o cobre y plata o un depósito con una progestina. | Su presentación es individual y va acompañado de un insertor, dentro de un empaque esterilizado. Tiene, además, hilos guía para su localización y extracción. | <p>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 se pueden manifestar como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dolor pélvico durante el período menstrual. • Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual. |

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 de los dispositivos tipo T Cu 380A es hasta de diez años y, para los Multiload 375 y 250 de tres a cinco años. El mismo término aplica para los DIU que contienen una progestina. Al terminar el periodo de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún este método, debe reemplazarlo por otro, en forma inmediata después de la remoción.

Efectividad anticonceptiva

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

OCLUSION TUBARIA BILATERAL

| DESCRIPCION | EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | EFECTOS COLATERALES |
|--|---|--|
| Es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas. | <p>Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. No obstante, debe advertirse a la usuaria la probabilidad de falla. El procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o múltiparas, que deseen un método permanente de anticoncepción, en las siguientes condiciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paridad satisfecha. • Riesgo reproductivo alto. • Retraso mental. | No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente, pueden presentarse problemas asociados al procedimiento anestésico (bloqueo epidural o anestesia general), o quirúrgico: (hemorragia o infección). |

VASECTOMIA

| DESCRIPCION | EFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | EFECTOS COLATERALES |
|-------------|----------------------------|---------------------|
| | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>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.</p> | <p>Este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%.</p> | <p>No se conocen efectos colaterales asociados directamente al método. Ocasionalmente, pueden presentarse problemas asociados al procedimiento quirúrgico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Equimosis. • Infección de la herida quirúrgica. • Granuloma. • Hematoma. |
| <p>Existen dos procedimientos: la técnica tradicional (con bisturí) y la de Li Shungiang (sin bisturí).</p> <p>Técnica tradicional con bisturí: Procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan, seccionan o bloquean los conductos deferentes, a través de dos pequeñas incisiones en el escroto.</p> <p>Técnica de Li sin bisturí: Procedimiento quirúrgico, por el cual se ligan y seccionan los conductos deferentes a través una pequeña punción en el rafe escrotal.</p> <p>En ambas técnicas puede utilizarse la electrofulguración, para bloquear los conductos deferentes.</p> | | |

CONDON MASCULINO

| DESCRIPCION | FORMA DE USO | EFECTOS COLATERALES |
|---|--|--|
| <p>Es un dispositivo elaborado de látex, cerrado por un extremo conteniendo un receptáculo para almacenar el semen eyaculado, y abierto en el extremo opuesto el cual termina en un borde o ribete, se aplica al pene en erección durante la relación sexual para evitar el paso de los espermatozoides y de microorganismos a la vagina. Algunos contienen además sustancias espermicidas (nonoxinol-9). Este es el único método que contribuye a la prevención de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/SIDA.</p> <p>Sus características físicas son:</p> <p>Longitud: 170 mm (pequeño) 180 mm (grande)</p> <p>Ancho: 49 mm (pequeño) 53 mm (grande)</p> <p>Grosor: 0.05 a 0.08 mm</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Debe usarse un condón o preservativo nuevo, en cada relación sexual y desde el inicio del coito. • Cada condón debe usarse solamente una vez. • Debe verificarse la fecha de manufactura, la cual no deberá ser mayor a cinco años a partir de su elaboración o bien la fecha de caducidad. • Se coloca en la punta del pene, antes de la penetración y cuando está en erección, presionando la punta del condón entre el dedo pulgar e índice, para evitar que queden burbujas de aire y desenrollándolo el pene en su totalidad hasta la base. • Cuando el hombre no esté circuncidado, debe retraer el prepucio hacia la base del pene, antes de colocar el condón. <p>Después de la eyaculación, se retirará el pene aún erecto de la vagina, sosteniendo el condón de la base, para evitar que se derrame el semen, o que éste se retenga en la cavidad vaginal.</p> <p>Se anudará el preservativo antes de desecharlo, evitando derramar el semen.</p> <p>En caso de ser necesario, se emplearán, únicamente, lubricantes solubles en agua, nunca en aceite, para evitar la pérdida de efectividad del preservativo.</p> | <p>Intolerancia al látex o al espermicida.</p> |
| <p>Efectividad anticonceptiva</p> | | |

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 85 al 97%.

CONDON FEMENINO

| DESCRIPCION | EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | EFFECTOS COLATERALES |
|---|---|--|
| <p>Es una funda transparente, blanda y resistente hecha de poliuretano, con dos anillos de plástico uno en cada extremo. El anillo del extremo cerrado se usa para facilitar la inserción y mantener el condón pegado al cuello uterino, el del extremo abierto es más ancho y permanece fuera de la vagina, cubriendo los genitales de la mujer y la base del pene.</p> <p>Amplía la variedad de métodos anticonceptivos disponibles, es una buena opción para muchas mujeres y sus parejas. Protege el contacto del pene con la vagina, evita el paso de los espermatozoides al conducto cervical, además de proteger contra las infecciones de transmisión sexual incluyendo VIH/SIDA.</p> | <p>Este método brinda protección anticonceptiva del 79 al 98% con uso correcto y frecuente.</p> <p>Duración de la protección anticonceptiva</p> <p>Limitada al tiempo de utilización correcta del método. El condón femenino, al igual que el condón masculino, es desechable y su utilidad se limita a un solo coito.</p> | <p>No existen, pero si en algún momento se presentaran se deberá reforzar la consejería y, en caso necesario, cambiar de método.</p> |

ESPERMICIDAS

| DESCRIPCION | EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | EFFECTOS COLATERALES |
|---|--|---|
| <p>Componentes de las diversas presentaciones</p> <p>Cremas:</p> <p>El vehículo es ácido esteárico y derivados, o glicerina. El espermicida es nonoxinol-9, o cloruro de benzalconio.</p> <p>Ovulos:</p> <p>El vehículo es manteca de cacao, glicerina, estearina o jabón. El espermicida es cloruro de benzalconio, nonoxinol-9, polietilenglicol de monoisoetilfenol, éter o éster polisacárido del ácido polisulfúrico.</p> <p>Espumas en aerosol:</p> <p>El vehículo es polietilenglicol, glicerina o hidrocarburos y freón. El espermicida es nonoxinol-9, o cloruro de benzalconio.</p> | <p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 75 al 90% y se puede aumentar su efectividad combinándolo con otros métodos de barrera.</p> <p>Duración de la protección anticonceptiva</p> <p>Dependiendo del tipo de producto empleado, la protección será limitada a una hora, a partir de la aplicación del espermicida en la vagina.</p> | <p>En personas sensibles a algún componente de la fórmula, su uso puede producir, tanto en el hombre como en la mujer, fenómenos de irritación local incrementando el riesgo de adquirir infecciones.</p> |

DIAFRAGMA

| DESCRIPCION | EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | EFFECTOS COLATERALES |
|---|--|---|
| <p>Es un dispositivo semiesférico elaborado con goma de látex suave, provisto de un arco de metal flexible y recubierto de la misma goma, cuya función es impedir en forma mecánica que el semen llegue al cérvix uterino, se debe utilizar con jalea o crema espermicida.</p> <p>Las medidas de los diafragmas son 65, 70 y 75 mm.</p> <p>Antes de indicar el uso de este método, se debe determinar la medida exacta para cada usuaria, esto se realizará con un examen cérvico vaginal previo.</p> | <p>Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva del 82% y puede aumentar su efectividad combinándolo con otros métodos de barrera.</p> | <p>Su uso puede causar irritación o reacciones alérgicas. Se han reportado casos aislados de choque tóxico.</p> |

METODOS TRADICIONALES, NATURALES O DE ABSTINENCIA PERIODICA

| DESCRIPCION | EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA |
|--|--|
| <p>Estos métodos requieren de gran motivación y participación activa de la pareja, así como de la capacidad que tenga la mujer para identificar los cambios fisiológicos que ocurren durante el mes, en el moco cervical, la temperatura basal y otros signos asociados al periodo de mayor probabilidad de embarazo o periodo fértil.</p> <p>A fin de que la práctica de estos métodos sea más eficaz, las parejas deben entender que el hombre es fértil todo el tiempo, mientras que la mujer sólo ciertos días del mes.</p> <p>Los métodos tradicionales o naturales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Método del calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus. • Método de la temperatura. • Método del moco cervical o de Billings. • Método sintotérmico. | <p>Bajo condiciones habituales de uso, estos métodos brindan protección anticonceptiva del 70 al 80%. Existen condiciones de salud que al afectar la función ovárica, o la regularidad del ciclo menstrual, pueden alterar los signos y síntomas característicos del periodo fértil y por tanto dificultar el adecuado seguimiento del método o disminuir su efectividad por falla en la interpretación. Algunas de estas condiciones son:</p> <p>Lactancia materna</p> <p>Edad (alrededor de la menarquia y la premenopausia)</p> <p>Puerperio</p> <p>Neoplasia cervical intraepitelial</p> <p>Posaborto</p> <p>Cáncer cervico-uterino</p> <p>Tumores hepáticos (benignos o malignos)</p> <p>Enfermedad pélvica inflamatoria actual o en los últimos 3 meses</p> <p>Ectropión cervical</p> <p>ITS actual o en los últimos 3 meses</p> |

Enfermedades tiroideas

Cirrosis severa descompensada

Accidente vascular cerebral

Tratamiento con ansiolíticos, antidepresivos, drogas que alteran el estado de ánimo.

Existen otras condiciones, en las cuales el embarazo no planeado o no deseado representa un riesgo inaceptable para la salud de la mujer y, por lo tanto, debe de considerarse como protección anticonceptiva un método con alta efectividad. Algunas de esas condiciones son las siguientes:

Hipertensión arterial (>160/110)

Diabetes: insulina dependiente o con neuropatía o retinopatía o con más de 20 años de duración.

Patología vascular

Cardiopatía isquémica actual o pasada

Accidente vascular cerebral

Cardiopatía valvular complicada

Cáncer mamario

Cáncer cervico-uterino

Cáncer de ovario y endometrio

VIH/SIDA

Tuberculosis

Cirrosis severa descompensada

Tumores malignos de hígado

Enfermedad trofoblástica del embarazo maligna

Esquistosomiasis con fibrosis hepática

Enfermedad de células falciformes

Método de calendario, del ritmo o de Ogino-Knaus

Como resultado de observar durante un año los ciclos menstruales, la pareja puede estimar su periodo fértil se determina restando 19 días del ciclo más corto, y 12 días del ciclo más largo. Durante este tiempo, se deben evitar las relaciones sexuales. Debido a que pocas mujeres tienen ciclos menstruales regulares, a menudo los cálculos del periodo fértil son demasiados amplios y requieren de abstinencia prolongada.

Método de la temperatura

Este método se basa en un solo signo, que es la elevación de la temperatura basal corporal. Consiste en que la mujer debe efectuar la medición de su temperatura en la mañana, inmediatamente al despertar y antes de levantarse o de llevar a cabo alguna actividad incluyendo comer o tomar bebidas, debe efectuar la medición a la misma hora después de haber dormido por lo menos cinco horas continuas. La medición debe hacerse siempre en el mismo lugar del cuerpo (región axilar, boca, recto o vagina), sin embargo la más exacta es la vía rectal. Se debe llevar el registro gráfico de la temperatura corporal, con la finalidad de reconocer en qué momento se produjo o no la ovulación. Este cambio es discreto, con una variación de 0.2 a 0.4 grados centígrados, el registro debe hacerse diario.

Método sintotérmico

Este método es denominado así, porque combina varios síntomas y signos con la temperatura basal, cambios en el moco cervical y cálculo numérico, para determinar el periodo fértil de la mujer. Se pueden asociar con otros cambios, tales como: dolor abdominal asociado a la ovulación, hemorragia intermenstrual, cambios en la posición, consistencia, humedad y dilatación del cérvix, mastodinia, edema y cambios en el estado de ánimo. Los cambios cíclicos del cérvix se presentan de manera más uniforme.

Las aceptantes de estos métodos pueden ser adiestradas por personal capacitado. Se requiere de un periodo largo de instrucción inicial, y asesoramiento progresivo.

Método del moco cervical o de Billings

Este método identifica los días de fertilidad e infertilidad utilizando la auto-observación del moco cervical durante un ciclo menstrual. Para practicarlo la mujer debe tener la capacidad para establecer la diferencia entre sequedad, humedad y mayor humedad a nivel vaginal y vulvar, esto sólo se logra mediante auto-exploración de donde se obtendrá una muestra de moco cervical y vaginal para verificar su aspecto y elasticidad.

Se considera que durante el ciclo menstrual ocurren cambios en las características del moco cervical en respuesta a la producción de hormonas esteroides por los ovarios. La secreción de moco cervical al inicio del ciclo menstrual es escasa, con poca o nula filantez y se describe como pegajoso, esta fase va seguida de un aumento de las concentraciones de estrógenos, que dan una sensación de humedad y un moco cervical más abundante y lubricante, que se observa cercano a la ovulación, y se caracteriza por una mayor humedad. El síntoma máximo o cúspide, es un moco elástico, que, si se toma entre dos dedos, se observa filante (es decir, que se estira o elonga como clara de huevo). La abstinencia sexual debe comenzar el primer día del ciclo menstrual, en el que se observa el moco abundante y lubricante y continuar hasta el cuarto día después del día cúspide, en el que se presenta el síntoma máximo o la filantez del moco cervical.

Para poder determinar, con seguridad las manifestaciones relativas al ciclo menstrual, deben registrarse: las fechas de inicio y término de la menstruación, los días de sequedad, de moco pegajoso o turbio, y de moco claro y elástico, de acuerdo con la simbología convencional disponible para el método. Al último día de secreción de moco, se le llama día cúspide, se marca con una X y sólo puede confirmarse hasta el día siguiente, cuando vuelven los días secos que determinan el comienzo de la etapa infértil del ciclo menstrual, a partir del cuarto día después del día cúspide. Los tres días siguientes al cúspide, se marcan 1, 2, 3; los últimos días infértiles del ciclo menstrual, comprenden, desde el cuarto día después del día cúspide, hasta el final del ciclo.

Quando se desea prevenir el embarazo, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales:

- todos los días en los que se observe secreción de moco cervical, hasta el cuarto día después del día cúspide;
- los días de menstruación, y
- al día siguiente de cualquier relación sexual en días secos, antes del día cúspide.

Duración de la protección anticonceptiva

La duración de la protección anticonceptiva de los métodos naturales, depende de su práctica constante y correcta.

Efectos colaterales

No se describen efectos colaterales atribuibles a estos métodos. Sin embargo, cuando existe falta de colaboración entre los integrantes de la pareja, esto puede ser motivo de falla del método y tensión emocional.

METODO DE LA LACTANCIA Y AMENORREA (MELA)

| DESCRIPCION | INDICACIONES | EFFECTIVIDAD ANTICONCEPTIVA | SEGUIMIENTO DE LA USUARIA |
|--|--|---|--|
| El MELA es un método anticonceptivo que depende o utiliza el estado de infertilidad resultante de patrones de lactancia materna intensiva y exclusiva, este método se basa en la anovulación. | Las principales indicaciones de la lactancia materna siguen siendo la necesidad de brindar al lactante un alimento ideal y protegerlo contra las enfermedades. No existen condiciones clínicas en las cuales la amenorrea de la lactancia esté restringida y no existe evidencia alguna documentada de un impacto negativo a la salud materna. | <p>Este método puede tener una eficacia del 98% en la prevención del embarazo. Cuando se cumplan los siguientes criterios.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La mujer que está amamantando no debe haber presentado la menstruación desde el parto; este estado se conoce como amenorrea de la lactancia. • La mujer debe amamantar exclusivamente y a libre demanda con 12 tomas o más en 24 horas incluyendo tomas nocturnas. • El lactante debe tener menos de 6 meses de edad <p>Quando no se cumplan cualquiera de estos criterios la mujer debe utilizar otro método anticonceptivo que no interfiera con la lactancia, como el condón o el dispositivo intrauterino.</p> | Las visitas de seguimiento deben hacerse durante el puerperio y el control del recién nacido, reforzando las instrucciones de uso del MELA y brindando consejería para el cambio a otro método compatible con la lactancia, antes de la ablactación del bebé o del término de los primeros seis meses de amamantamiento. |
| Forma de uso: La mujer iniciará la lactancia exclusiva a libre demanda, inmediatamente después del parto sin brindar otro alimento diferente a la leche materna. | | | |
| Duración de la protección anticonceptiva: Limitada al tiempo en que dure la lactancia exclusiva, a libre demanda, siempre que no aparezca la menstruación, no disminuya el número de tetadas y el bebé tenga menos de seis meses de edad. | | | |

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS DE BAJAS DOSIS (AOC)

| CONDICION | CATEGORIA I = Inicio C = Continuidad | COMENTARIOS |
|--|--|--|
| EMBARAZO | 4 | Como no están indicados en esta condición, cualquier riesgo potencial a la salud se considera inaceptable. |
| <p>LACTANCIA MATERNA</p> <p>a) < 6 semanas postparto</p> <p>b) 6 semanas a 6 meses postparto</p> <p>c) > 6 meses postparto</p> | <p>4</p> <p>3</p> <p>2</p> | <p>El recién nacido puede teóricamente quedar expuesto al riesgo de recibir hormonas esteroides sintéticas por la leche materna.</p> <p>En los 6 primeros meses posteriores al parto, el uso de AOC durante la lactancia materna disminuye la cantidad de leche materna y puede afectar adversamente la salud del lactante</p> |
| <p>POSTPARTO</p> <p>(En mujeres no lactantes)</p> <p>a) < 21 días</p> <p>b) > 21 días</p> | <p>3</p> <p>1</p> | <p>La coagulación de la sangre y la fibrinólisis se normalizan en aproximadamente 3 semanas después del parto</p> |
| <p>POST-ABORTO</p> <p>a) Primer trimestre</p> | 1 | <p>Los AIC pueden comenzar a usarse inmediatamente después de un aborto</p> |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| <p>b) Segundo trimestre</p> <p>c) Posterior a un aborto séptico</p> | <p>1</p> <p>1</p> | |
| <p>EDAD</p> <p>a) Desde la menarquía hasta los 40 años</p> <p>b) > 40 años</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en mujeres adolescentes</p> <p>El riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad y puede aumentar con el uso de los AIC</p> |
| <p>TABAQUISMO</p> <p>a) Edad < 35 años</p> <p>b) Edad > 35 años</p> <p>moderado (<20 cigarrillos/día)</p> <p>severo (>20 cigarrillos/día)</p> | <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> | <p>En todas las edades, el fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular</p> <p>El riesgo puede superar al beneficio en mujeres mayores de 35 años y fumadoras. El estrógeno de los AIC, tiene menos efectos sobre la coagulación, la presión arterial y el metabolismo de los lípidos que los estrógenos de los AOC</p> |
| <p>HIPERTENSION ESENCIAL</p> | <p>I</p> <p>C</p> | |
| <p>a) Historia de hipertensión. Cuando la tensión arterial no puede ser evaluada (excluyendo la hipertensión en el embarazo)</p> <p>b) Con registro de tensión arterial confiable</p> | <p>3</p> <p>2/3</p> | <p>Se debe evaluar la causa y las cifras de tensión arterial a la brevedad posible</p> <p>-</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| <p>i) Sistólica 140 a 159 Diastólica 90 a 99</p> <p>ii) Sistólica 160 a 179 Diastólica 100 a 109</p> <p>iii) Sistólica > 180 Diastólica > 110</p> <p>c) Enfermedad vascular</p> <p>HISTORIA DE PRE-ECLAMPSIA</p> | <p>3</p> <p>3/4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1</p> | <p>2/3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1</p> | <p><u>Inicio:</u> Mujeres con hipertensión moderada y sin factores de riesgo adicionales pueden iniciar con los AOC, pero la tensión arterial tiene que ser medida periódicamente. Si las mediciones son confiables, se considera una categoría 2, si no son confiables de debe considerar una categoría 3</p> <p><u>Continuidad:</u> Se observan discretos aumentos de la TA en mujeres usuarias de AOC</p> <p>La hipertensión es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Las mujeres hipertensas que usan los AOC, pueden tener un riesgo mayor de tener una enfermedad cardiovascular. Se deben hacer mediciones periódicas y confiables de la TA</p> <p>Si la hipertensión de una mujer aumenta durante el uso de los AOC, esto puede indicar que los AOC están complicando su enfermedad.</p> <p>La ausencia de enfermedad vascular permite el uso de los AOC</p> |
| <p>DIABETES</p> <p>a) Historia de enfermedad gestacional</p> <p>b) Enfermedad no vascular</p> <p>No-insulino dependiente</p> <p>Insulino dependiente</p> <p>c) Nefropatía/retinopatía/ neuropatía</p> <p>d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > de 20 años de duración</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3/4</p> <p>3/4</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3/4</p> <p>3/4</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición</p> <p>La tolerancia a los carbohidratos puede variar con el uso de los AOC, el mayor riesgo en esta enfermedad son las complicaciones cardiovasculares y el riesgo de trombosis</p> <p>El riesgo para la salud, puede ser mayor que los beneficios esperados. La categoría tiene que ser cuidadosamente considerada después de una extensa evaluación clínica</p> |
| | | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP)</p> <p>a) Historia de TVP/EP</p> <p>b) Padecimiento actual TVP/EP</p> <p>c) Cirugía mayor con inmovilización prolongada</p> <p>sin inmovilización prolongada</p> <p>d) Cirugía menor sin inmovilización</p> | <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> | <p>El riesgo de tromboembolismo venoso asociado a los AOC puede ser sustancial en mujeres con historia de TEV/EP o con el padecimiento actual</p> |
| <p>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</p> <p>a) Várices</p> <p>b) Tromboflebitis superficial</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición</p> |
| <p>CARDIOPATIA ISQUEMICA</p> <p>a) Historia</p> <p>b) Padecimiento actual</p> | <p>4</p> <p>4</p> | <p>En las mujeres con una enfermedad cardiovascular, o con predisposición a la trombosis, el uso de AOC puede aumentar el riesgo de complicaciones</p> |
| <p>AOPLEJIA</p> | | |

| | | |
|--|-----|---|
| Historia de accidente vascular cerebral | 4 | En las mujeres con una enfermedad cardiovascular, o con predisposición a la trombosis, el uso de AOC puede aumentar el riesgo de complicaciones |
| HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS | 2/3 | Algunos tipos de hiperlipidemias son factores de riesgo para enfermedades vasculares. |
| CARDIOPATIA VALVULAR | | |
| a) No complicada | 2 | La relación riesgo/beneficio para la salud depende de la severidad de la condición |
| b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) | 4 | En las mujeres con patología valvular cardíaca debe de evitarse el riesgo de trombosis con el uso de AOC |
| CEFALEAS | | |
| a) Moderada | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad |
| b) Severa: recurrente, incluyendo migraña | 2 | Síntomas neurológicos focales pueden ser una indicación de un aumento del riesgo de apoplejía |
| sin síntomas neurológicos focales | | |
| con síntomas neurológicos focales | 4 | |
| SANGRADO TRANSVAGINAL | | |
| a) Ciclos irregulares sin sangrado abundante | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición. Investigar patología subyacente |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| b) Ciclos irregulares con sangrado abundante y prolongado | | | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición. Investigar patología subyacente |
| SANGRADO TRANSVAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA | I | C | | Debe hacerse una evaluación para descartar embarazo o un proceso pélvico maligno. La categoría se ajustará después de la evaluación. |
| (Sospecha de embarazo o de patología pélvica) Antes de la evaluación | 3 | 2 | | |
| PATOLOGIA MAMARIA | | | | |
| a) Masa no diagnosticada | | | 2 | La mayoría de los nódulos mamarios son benignos. Debe de evaluarse a la brevedad posible |
| b) Patología mamaria benigna | | | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad |
| c) Historia familiar de cáncer | | | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad |
| d) Cáncer | | | 4 | El cáncer de mama es un tumor hormonalmente sensible. Los AOC pueden aumentar el riesgo de avance de la enfermedad |
| Actual | | | 3 | |
| Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años | | | | |
| NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NCI) | | | 2 | Hay una mínima probabilidad de que los AOC, aumenten la progresión de la NCI hacia la enfermedad invasiva |
| CANCER CERVICAL (En espera de tratamiento) | | | 2 | Hay una probabilidad teórica de que el uso de los AOC, pueda afectar el pronóstico de la enfermedad existente. Mientras esperan tratamiento y por corto plazo, las mujeres pueden usar los AOC |
| | | | | |

| | | |
|--|---------------------|---|
| ECTROPION CERVICAL | 1 | No es un factor de riesgo y no hay necesidad de restringir el uso de los AOC |
| CANCER DE OVARIO CANCER DE ENDOMETRIO | 1 | El uso de AOC, reduce el riesgo de desarrollar cualquiera de estos tipos de cáncer. Mientras esperan tratamiento y por corto plazo, las mujeres pueden usar los AOC |
| ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI) Y RIESGO DE EPI. a) EPI anterior (asumiendo que no hay factores de riesgo actual de ITS) con embarazo subsecuente sin embarazo subsecuente b) EPI actual o dentro de los 3 últimos meses | 1 1 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad Los AOC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS |
| ITS a) Actual o en los últimos 3 meses (incluye la cervicitis purulenta) b) Vaginitis sin cervicitis purulenta c) Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o pareja que tiene múltiples parejas) | 1 1 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad No hay razones para restringir el uso de AOC en estas condiciones |
| VIH/SIDA | | |

| | | |
|---|---|--|
| a) VIH positivo | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición |
| b) Alto riesgo de VIH | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición |
| c) SIDA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad |
| PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES | | |
| a) Sintomática | | |
| Tratada quirúrgicamente | 2 | |
| Tratada medicamente | 3 | Los AOC, pueden estar asociados con la aparición de enfermedad de la vesícula biliar |
| Actual | 3 | Los AOC, podrían empeorar el curso de una enfermedad de la vesícula biliar |
| b) Asintomática | 2 | Los AOC, podrían empeorar el curso de una enfermedad de la vesícula biliar Los AOC, pueden estar asociados con la aparición de enfermedad de la vesícula biliar |
| HISTORIA DE COLESTASIS | | |
| a) Relacionada con el embarazo | 2 | Una historia de colestasis relacionada con el embarazo puede predecir un aumento del riesgo de desarrollar colestasis asociada a los AOC |
| b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado | 3 | Una historia de colestasis relacionada a los AOC predice un aumento del riesgo de desarrollar colestasis asociada a los AOC |
| HEPATITIS VIRAL | | |
| a) Activa | 4 | Debido a que los AOC se metabolizan en el hígado, su uso puede afectar adversamente a las mujeres con función hepática deficiente |

| | | |
|----------------------------|---|--|
| b) Portador | 1 | |
| CIRROSIS | | |
| a) Moderada (compensada) | 3 | Debido a que los AOC se metabolizan en el hígado, su uso puede afectar adversamente a las mujeres con función hepática deficiente |
| b) Severa (descompensada) | 4 | |
| TUMORES DE HIGADO | | |
| a) Benigno (adenoma) | 4 | Debido a que los AOC se metabolizan en el hígado, su uso puede afectar el pronóstico de la patología existente |
| b) Maligno (hepatoma) | 4 | |
| FIBROMAS UTERINOS | 1 | Los AOC no causan crecimiento de los fibromas uterinos |
| EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR | 1 | El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres con historia de embarazo ectópico previo. Los AOC proporcionan protección contra los embarazos ectópicos |
| OBESIDAD | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición corporal |
| TIROIDES | | |
| a) Bocio simple | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición |

| | | |
|-----------------------------------|---|--|
| b) Hipertiroidismo | 1 | corporal |
| c) Hipotiroidismo | 1 | |
| TALASEMIA | 2 | El uso de AOC puede inducir al desarrollo de trastornos metabólicos específicos |
| ENFERMEDAD TROFOBlastica | | |
| a) Gestacional benigna | 1 | No hay progresión de esta enfermedad por el uso de AOC |
| b) Gestacional maligna | 1 | |
| ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES | 2 | Las mujeres con esta enfermedad tienen una predisposición a la oclusión de pequeños vasos sanguíneos. No hay diferencias significativas entre mujeres no usuarias y usuarias de AOC en relación con la coagulación sanguínea, viscosidad de la sangre o incidencia y severidad de las crisis dolorosas |
| ANEMIA FERROPENICA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición corporal. El uso de AOC puede ayudar a disminuir las pérdidas de sangre menstrual |
| EPILEPSIA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad Algunas drogas antiepilépticas disminuyen la eficacia de los AOC. Ver sección de interacción con medicamentos |

| | | |
|---|----------------------------|---|
| <p>ESQUISTOSOMIASIS</p> <p>a) No complicada</p> <p>b) Fibrosis hepática (si es severa ver cirrosis)</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad</p> |
| <p>MALARIA</p> | <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad</p> |
| <p>INTERACCION CON MEDICAMENTOS</p> <p>a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas:</p> <p>Antibióticos (rifampicina y griseofulvina)</p> <p>Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona)</p> <p>b) Otros antibióticos</p> | <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> | <p>Los activadores de las enzimas hepáticas comúnmente usados reducen la eficacia de los AOC</p> |
| <p>PARIDAD</p> <p>a) Nulíparas</p> <p>b) Multiparas</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC por situaciones de paridad</p> |
| <p>DISMENORREA SEVERA</p> | <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad. Los AOC pueden disminuir o mejorar la dismenorrea</p> |
| <p>TUBERCULOSIS</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| a) No pélvica | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad. El pronóstico de la enfermedad no se afecta por el uso de los AOC |
| b) Pélvica conocida | 1 | |
| ENDOMETRIOSIS | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad Los AOC, pueden disminuir o mejorar el curso de la enfermedad |
| TUMORES OVARICOS BENIGNOS (Incluyendo quistes) | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta enfermedad |
| CIRUGIA PELVICA ANTERIOR | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en mujeres con cirugías previas |

| ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AIC) | | |
|---|---|--|
| CONDICION | CATEGORIA I = Inicio C = Continuidad | COMENTARIOS |
| EMBARAZO | 4 | Como no est n indicados en esta condición, cualquier riesgo potencial a la salud se considera inaceptable |
| LACTANCIA MATERNA | | |
| a) < 6 semanas postparto | 4 | El recién nacido puede teóricamente quedar expuesto al riesgo de recibir hormonas esteroides sintéticas por la leche materna |
| b) 6 semanas a 6 meses postparto | | |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| <p>c) > 6 meses postparto</p> | <p>3</p> <p>2</p> | |
| <p>POSTPARTO</p> <p>(En mujeres no lactantes)</p> <p>a) < 21 días</p> <p>b) > 21 días</p> | <p>3</p> <p>1</p> | <p>La coagulación de la sangre y la fibrinólisis se normalizan en aproximadamente 3 semanas después del parto</p> |
| <p>POST-ABORTO</p> <p>a) Primer trimestre</p> <p>b) Segundo trimestre</p> <p>c) Posterior a un aborto séptico</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los AIC pueden comenzar a usarse inmediatamente después de un aborto</p> |
| <p>EDAD</p> <p>a) Desde la menarquía hasta los 40 años</p> <p>b) > 40 años</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en mujeres adolescentes</p> <p>El riesgo de enfermedades cardiovasculares aumenta con la edad y puede aumentar con el uso de los AIC</p> |
| <p>TABAQUISMO</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>a) Edad < 35 años</p> <p>b) Edad > 35 años</p> <p>moderado (<20 cigarrillos/día)</p> <p>severo (> 20 cigarrillos/día)</p> | <p>2</p> <p>3</p> <p>3</p> | <p>En todas las edades, el fumar aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular</p> <p>El riesgo puede superar al beneficio en mujeres mayores de 35 años y fumadoras. El estrógeno de los AIC, tiene menos efectos sobre la coagulación, la presión arterial y el metabolismo de los lípidos que los estrógenos de los AOC</p> |
| <p>HIPERTENSION ESENCIAL</p> | <p>I</p> | <p>C</p> |
| <p>a) Historia de hipertensión. Cuando la tensión arterial no puede ser evaluada (excluyendo la hipertensión en el embarazo)</p> <p>b) Con registro de tensión arterial confiable</p> <p>i) Sistólica 140 a 159</p> <p>Diastólica 90 a 99</p> <p>ii) Sistólica 160 a 179</p> <p>Diastólica 100 a 109</p> <p>iii) Sistólica > 180</p> <p>Diastólica > 110</p> <p>c) Enfermedad vascular</p> <p>HISTORIA DE PRE-ECLAMPSIA</p> | <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1</p> | <p>3</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>1</p> <p>Se debe evaluar la causa y las cifras de tensión arterial a la brevedad posible</p> <p>Mujeres con hipertensión moderada pueden usar los AIC, la tensión arterial tiene que ser vigilada periódicamente</p> <p>La hipertensión es un factor de riesgo para las enfermedades cardiovasculares. Los AIC pueden aumentar el riesgo en mujeres hipertensas</p> <p>En ausencia de enfermedad vascular se pueden usar los AIC</p> |
| | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>DIABETES</p> <p>a) Historia de enfermedad gestacional</p> <p>b) Enfermedad no vascular</p> <p>No-insulino dependiente</p> <p>Insulino dependiente</p> <p>c) Nefropatía/retinopatía/ neuropatía</p> <p>d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > de 20 años de duración</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>2</p> <p>3/4</p> <p>3/4</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición</p> <p>La tolerancia a los carbohidratos puede variar con el uso de los AIC, el mayor riesgo en esta enfermedad son las complicaciones cardiovasculares y el riesgo de trombosis</p> <p>El riesgo para la salud, puede ser mayor que los beneficios esperados. La categoría tiene que ser cuidadosamente considerada después de una extensa evaluación clínica</p> |
| <p>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP)</p> <p>a) Historia de TVP/EP</p> <p>b) Padecimiento actual TVP/EP</p> <p>c) Cirugía mayor con inmovilización prolongada</p> <p>sin inmovilización prolongada</p> <p>d) Cirugía menor sin inmovilización</p> | <p>4</p> <p>4</p> <p>4</p> <p>2</p> <p>1</p> | <p>El riesgo de tromboembolismo venoso asociado a los AIC puede ser sustancial en mujeres con historia de TEV/EP o con el padecimiento actual</p> |

| | | |
|---|-------------------|---|
| <p>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</p> <p>a) Várices</p> <p>b) Tromboflebitis superficial</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición</p> <p>No hay datos que hagan suponer que los AIC son más seguros que los AOC</p> |
| <p>CARDIOPATIA ISQUEMICA</p> <p>a) Historia</p> <p>b) Padecimiento actual</p> | <p>4</p> <p>4</p> | <p>En las mujeres con una enfermedad cardiovascular, o con predisposición a la trombosis, el uso de AIC puede aumentar el riesgo de complicaciones</p> |
| <p>APOPLEJIA</p> <p>Historia de accidente vascular cerebral</p> | <p>4</p> | <p>En las mujeres con una enfermedad cardiovascular, o con predisposición a la trombosis, el uso de AIC puede aumentar el riesgo de complicaciones</p> |
| <p>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</p> | <p>2/3</p> | <p>Algunos tipos de hiperlipidemias son factores de riesgo para enfermedades vasculares</p> |
| <p>CARDIOPATIA VALVULAR</p> <p>a) No complicada</p> <p>b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)</p> | <p>2</p> <p>4</p> | <p>La relación riesgo/beneficio para la salud depende de la severidad de la condición</p> <p>En las mujeres con patología valvular cardíaca debe de evitarse el riesgo de trombosis con el uso de AIC</p> |

| | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|---|
| <p>CEFALEAS</p> <p>a) Moderada</p> <p>b) Severa: recurrente, incluyendo migraña</p> <p>sin síntomas neurológicos focales</p> <p>con síntomas neurológicos focales</p> | <p>1</p> <p>2</p> <p>4</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad</p> <p>Síntomas neurológicos focales pueden ser una indicación de un aumento del riesgo de apoplejía</p> <p>No hay información epidemiológica que indique que los AIC son más seguros que los AOC</p> | | | | |
| <p>SANGRADO TRANSVAGINAL</p> <p>a) Ciclos irregulares sin sangrado abundante</p> <p>b) Ciclos irregulares con sangrado abundante y prolongado</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición. Investigar patología subyacente</p> <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición. Investigar patología subyacente</p> | | | | |
| <p>SANGRADO TRANSVAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA</p> <p>(Sospecha de embarazo o de patología pélvica)</p> <p>Antes de la evaluación</p> | <table border="1"> <tr> <td data-bbox="646 1161 722 1455">I</td> <td data-bbox="724 1161 813 1455">C</td> </tr> <tr> <td data-bbox="646 1465 722 1539">3</td> <td data-bbox="724 1465 813 1539">2</td> </tr> </table> | I | C | 3 | 2 | <p>Debe hacerse una evaluación para descartar embarazo o un proceso pélvico maligno. La categoría se ajustará después de la evaluación.</p> |
| I | C | | | | | |
| 3 | 2 | | | | | |
| <p>PATOLOGIA MAMARIA</p> <p>a) Masa no diagnosticada</p> <p>b) Patología mamaria benigna</p> | <p>2</p> <p>1</p> | <p>La mayoría de los nódulos mamarios son benignos. Debe de evaluarse a la brevedad posible</p> <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad</p> | | | | |

| | | |
|--|----------------------------|---|
| <p>c) Historia familiar de cáncer</p> <p>d) Cáncer</p> <p>Actual</p> <p>Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años</p> | <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad</p> <p>El cáncer de mama es un tumor hormonalmente sensible. Los AIC pueden aumentar el riesgo de avance de la enfermedad</p> |
| <p>NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NIC)</p> | <p>2</p> | <p>Hay una mínima probabilidad de que los AIC, aumenten la progresión de la NIC hacia la enfermedad invasiva</p> |
| <p>CANCER CERVICAL</p> <p>(En espera de tratamiento)</p> | <p>2</p> | <p>Hay una probabilidad teórica de que el uso de los AIC, pueda afectar el pronóstico de la enfermedad existente. Mientras esperan tratamiento y por corto plazo, las mujeres pueden usar los AIC</p> |
| <p>ECTROPION CERVICAL</p> | <p>1</p> | <p>No es un factor de riesgo y no hay necesidad de restringir el uso de los AIC</p> |
| <p>CANCER DE OVARIO</p> <p>CANCER DE ENDOMETRIO</p> | <p>1</p> | <p>El uso de AIC, reduce el riesgo de desarrollar cualquiera de estos tipos de cáncer. Mientras esperan tratamiento y por corto plazo, las mujeres pueden usar los AIC</p> |
| <p>ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI) Y RIESGO DE EPI.</p> <p>a) EPI anterior (asumiendo que no hay factores de riesgo actual de ITS)</p> <p>con embarazo subsiguiente</p> <p>sin embarazo subsiguiente</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad</p> <p>Los AIC pueden reducir el riesgo de EPI en mujeres con ITS</p> |

| | | |
|---|---|---|
| b) EPI actual o dentro de los 3 últimos meses | 1 | |
| ITS | | |
| a) Actual o en los últimos 3 meses (incluye la cervicitis purulenta) | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad |
| b) Vaginitis sin cervicitis purulenta | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad |
| c) Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o pareja que tiene múltiples parejas) | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en estas condiciones |
| VIH/SIDA | | |
| d) VIH positivo | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición |
| e) Alto riesgo de VIH | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición |
| f) SIDA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad |
| PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES | | |
| a) Sintomática | | |
| Tratada quirúrgicamente | 2 | |
| Tratada médicamente | 2 | A diferencia de los AOC, los AIC han mostrado tener un efecto mínimo sobre la función hepática en mujeres sanas y no tienen el efecto de metabolismo de primer paso por el hígado |

| | | |
|---|-----|--|
| Actual | 2 | |
| b) Asintomática | 2 | |
| HISTORIA DE COLESTASIS | | |
| c) Relacionada con el embarazo | 2 | A diferencia de los AOC, los AIC han mostrado tener un efecto mínimo sobre la función hepática en mujeres sanas y no tienen el efecto de metabolismo de primer paso por el hígado |
| b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado | 2 | |
| HEPATITIS VIRAL | | A diferencia de los AOC, los AIC han mostrado tener un efecto mínimo sobre la función hepática en mujeres sanas y no tienen el efecto de metabolismo de primer paso por el hígado. Debido al metabolismo hepático de los AIC podrían en teoría tener efectos adversos en mujeres con función hepática comprometida. En casos de enfermedad activa, los AIC deberán ser suspendidos, hasta que la función hepática se normalice o hasta 3 meses después de que la mujer esté asintomática |
| b) Activa | 3/4 | |
| d) Portador | 1 | |
| CIRROSIS | | |
| Moderada (compensada) | 2 | |
| Severa (descompensada) | 3 | Debido a que los AIC se metabolizan en el hígado, su uso puede afectar adversamente a las mujeres con función hepática deficiente |
| TUMORES DE HIGADO | | |
| c) Benigno (adenoma) | 3 | Debido a que los AIC se metabolizan en el hígado, su uso puede afectar el pronóstico de la patología existente |

| | | |
|----------------------------|-----|--|
| d) Maligno (hematoma) | 3/4 | |
| FIBROMAS UTERINOS | 1 | Los AIC no causan crecimiento de los fibromas uterinos |
| EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR | 1 | El riesgo de embarazo ectópico aumenta en mujeres con historia de embarazo ectópico previo. Los AIC proporcionan protección contra los embarazos ectópicos |
| OBESIDAD | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición corporal |
| TIROIDES | | |
| d) Bocio simple | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta condición corporal |
| e) Hipertiroidismo | 1 | |
| f) Hipotiroidismo | 1 | |
| TALASEMIA | 2 | El uso de AIC puede inducir al desarrollo de trastornos metabólicos específicos |
| ENFERMEDAD TROFOBLASTICA | | |
| a) Gestacional benigna | 1 | No hay progresión de esta enfermedad por el uso de AIC |
| b) Gestacional maligna | 1 | |
| | | |

| | | |
|--|-------------------|--|
| ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES | 2 | Las mujeres con esta enfermedad tienen una predisposición a la oclusión de pequeños vasos sanguíneos. No hay diferencias significativas entre mujeres no usuarias y usuarias de AIC en relación con la coagulación sanguínea, viscosidad de la sangre o incidencia y severidad de las crisis dolorosas |
| ANEMIA FERROPENICA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AOC en esta condición corporal. El uso de AIC, puede ayudar a disminuir las pérdidas de sangre menstrual |
| EPILEPSIA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad Algunas drogas antiepilépticas disminuyen la eficacia de los AIC. Ver sección de interacción con medicamentos |
| <p>ESQUISTOSOMIASIS</p> <p>b) No complicada</p> <p>e) Fibrosis hepática (si es severa ver cirrosis)</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad</p> |
| MALARIA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad |
| <p>INTERACCION CON MEDICAMENTOS</p> <p>a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas:</p> <p>Antibióticos (rifampicina y griseofulvina)</p> <p>Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona)</p> | <p>3</p> <p>3</p> | <p>Los activadores de las enzimas hepáticas comúnmente usados reducen la eficacia de los AIC</p> <p>Debe brindarse orientación-consejería a la mujer para que adopte un método no hormonal</p> |

| | | |
|---|---|--|
| c) Otros antibióticos | 1 | |
| PARIDAD | | |
| a) Nulíparas | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC por situaciones de paridad |
| b) Multiparas | 1 | |
| DISMENORREA SEVERA | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad. Los AIC pueden disminuir o mejorar la dismenorrea |
| TUBERCULOSIS | | |
| a) No pélvica | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad. El pronóstico de la enfermedad no se afecta por el uso de los AIC |
| b) Pélvica conocida | 1 | |
| ENDOMETRIOSIS | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad. Los AIC, pueden disminuir o mejorar el curso de la enfermedad |
| TUMORES OVARICOS BENIGNOS (Incluyendo quistes) | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en esta enfermedad |
| CIRUGIA PELVICA ANTERIOR | 1 | No hay razones para restringir el uso de AIC en mujeres con cirugías previas |

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES POSTCOITALES

| CONDICION | CATEGORIA I = Inicio C = Continuidad | COMENTARIOS |
|---|--|---|
| EMBARAZO | 4 | No hay razones para indicarlos en esta situación. En caso de que se administren no se interrumpe el embarazo |
| HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES SEVERAS Cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral y otras condiciones tromboembólicas | 2 | Las dosis que se administran son tan pequeñas que no tienen un impacto clínicamente significativo |
| ANGINA DE PECHO | 2 | Las dosis que se administran son tan pequeñas que no tienen un impacto clínicamente significativo |
| MIGRAÑA FOCAL AGUDA | 2 | Las dosis que se administran son tan pequeñas que no tienen un impacto clínicamente significativo |
| PATOLOGIA HEPATICA SEVERA (Incluye ictericia) | 2 | Las dosis que se administran son tan pequeñas que no tienen un impacto clínicamente significativo |
| HISTORIA DE EMBARAZO ECTOPICO | 1 | No hay evidencia que este método aumente el riesgo de embarazo ectópico en las mujeres con riesgo preexistente |
| USO PREVIO DEL METODO | 2 | Aunque no existe evidencia de que la administración repetida del método es perjudicial, se debe dar orientación – consejería para que la mujer adopte un método anticonceptivo regular |
| VIOLACION | 1 | No hay restricción para el uso en esta condición. Es la opción más adecuada si se inicia en el lapso de 72 horas después de la violación. No protege contra infecciones de transmisión sexual |

ANTICONCEPTIVOS SOLO DE PROGESTINA (ASP)

CATEGORIA

I = Inicio C = Continuidad

| CONDICION | PASTILLAS | INYECTABLES | IMPLANTES SUBDERMICOS | COMENTARIOS |
|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| EMBARAZO | 4 | 4 | 4 | Como no están indicados en esta condición, cualquier riesgo potencial a la salud se considera inaceptable |
| LACTANCIA MATERNA a) < 6 semanas postparto b) 6 semanas a 6 meses postparto c) > 6 meses postparto | 3 1 1 | 3 1 1 | 3 1 1 | Preocupa que el neonato esté expuesto a hormonas esteroides durante las 6 semanas posteriores al parto No se han detectado efectos clínicamente valorables sobre la salud y el crecimiento de los niños alimentados con leche materna, de mujeres que usan (ASP) a las 6 semanas posteriores al parto |
| POSTPARTO (En mujeres no lactantes) a) < 21 días b) > 21 días | 1 1 | 1 1 | 1 1 | Los ASP pueden usarse con seguridad por las mujeres que NO están amamantando inmediatamente después del parto |
| POST-ABORTO a) Primer trimestre | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden comenzar a usarse inmediatamente después de un aborto |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| b) Segundo trimestre | 1 | 1 | 1 | |
| c) Posterior a un aborto séptico | 1 | 1 | 1 | |
| EDAD | | | | En mujeres menores de 16 años hay cuestionamientos teóricos sobre los efectos antiestrogénicos causados por APS |
| a) Desde la menarquía hasta los 16 años | 2 | 2 | 2 | |
| b) > 16 años | 1 | 1 | 1 | |
| TABAQUISMO | | | | |
| a) Edad < 35 años | 1 | 1 | 1 | No existen datos epidemiológicos para restringir el uso de los APS en estas condiciones. No aumentan el riesgo de trombosis |
| b) Edad > 35 años | | | | |
| moderado (< 20 cigarrillos/día) | 1 | 1 | 1 | |
| severo (> 20 cigarrillos/día) | 1 | 1 | 1 | |
| HIPERTENSION ESENCIAL | | | | |
| a) Historia de hipertensión. Cuando la tensión arterial no puede ser evaluada (excluyendo la hipertensión en el embarazo) | 2 | 2 | 2 | No se han documentado cambios significativos en la presión sanguínea con el uso de los ASP |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| b) Con registro de tensión arterial confiable | | | | |
| i) Sistólica 140 a 159 | | | | |
| Diastólica 90 a 99 | 1 | 2 | 1 | |
| ii) Sistólica 160 a 179 | 1 | 2 | 1 | |
| Diastólica 100 a 109 | | | | |
| iii) Sistólica > 180 | 2 | 3 | 2 | |
| Diastólica > 110 | | | | Los inyectables podrían afectar negativamente el perfil de lípidos del plasma, disminuyendo las lipoproteínas de alta densidad |
| c) Enfermedad vascular | 2 | 3 | 2 | En ausencia de enfermedad vascular no hay razón para restringir el uso de los ASP |
| HISTORIA DE PRE-ECLAMPSIA | 1 | 1 | 1 | |
| DIABETES | | | | |
| a) Historia de enfermedad gestacional | 1 | 1 | 1 | |
| b) Enfermedad no vascular | | | | |
| No-insulino dependiente | 2 | 2 | 2 | |
| Insulino dependiente | 2 | 2 | 2 | Los ASP pueden influir levemente sobre el metabolismo de los carbohidratos. Los ASP no representan un riesgo adicional de trombosis |
| c) Nefropatía/retinopatía/ neuropatía | 2 | 3 | 2 | |

| | | | | |
|---|---------|---|---------|--|
| d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración | 2 | 3 | 2 | |
| TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP) | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones. No representan un riesgo adicional de trombosis |
| a) Historia de TVP/EP | 1 | 1 | 1 | |
| b) Padecimiento actual TVP/EP | | | | |
| c) Cirugía mayor | 1 | 1 | 1 | |
| con inmovilización prolongada | 1 | 1 | 1 | |
| sin inmovilización prolongada | 1 | 1 | 1 | |
| d) Cirugía menor sin inmovilización | | | | |
| TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL | | | | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones. No representan un riesgo adicional de trombosis |
| a) Várices | 1 | 1 | 1 | |
| b) Tromboflebitis superficial | 1 | 1 | 1 | |
| CARDIOPATIA ISQUEMICA | | | | Los inyectables podrían afectar negativamente el perfil de lípidos del plasma, disminuyendo las lipoproteínas de alta densidad. El efecto podría ser más notable con los inyectables |
| a) Historia | 1/2 C/3 | 3 | 1/2 C/3 | |

| | | | | |
|--|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| b) Padecimiento actual | I/2 C/3 | 3 | I/2 C/3 | |
| APOPLEJIA Historia de accidente vascular cerebral | I/2 C/3 | 3 | I/2 C/3 | Los inyectables podrían afectar negativamente el perfil de lípidos del plasma, disminuyendo las lipoproteínas de alta densidad. El efecto podría ser más notable con los inyectables |
| HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS | 2 | 2 | 2 | Algunos tipos de hiperlipidemias son factores de riesgo para enfermedades vasculares |
| CARDIOPATIA VALVULAR a) No complicada b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) | 1 1 | 1 1 | 1 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones. No representan un riesgo adicional de trombosis |
| CEFALEAS a) Moderada b) Severa: recurrente, incluyendo migraña sin síntomas neurológicos focales con síntomas neurológicos focales | I/1 C/1 I/1 C/2 I/1 C/3 | I/1 C/1 1/2 C/2 I/2 C/3 | I/1 C/1 I/2 C/2 I/2 C/3 | No hay un riesgo adicional de trombosis con el uso de los ASP Existe la posibilidad de que las cefaleas aumenten con el uso de inyectables y con el implante, que no pueden ser eliminados inmediatamente |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| <p>SANGRADO TRANSVAGINAL</p> <p>a) Ciclos irregulares sin sangrado abundante</p> <p>b) Ciclos irregulares con sangrado abundante y prolongado</p> | <p>1/2 C/2</p> <p>1/2 C/2</p> | <p>1/2 C/2</p> <p>1/2 C/2</p> | <p>1/2 C/2</p> <p>1/2 C/2</p> | <p>Los ASP pueden producir alteraciones del patrón de sangrado menstrual</p> |
| <p>SANGRADO TRANSVAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA</p> <p>(Sospecha de embarazo o de patología pélvica)</p> <p>Antes de la evaluación</p> | <p>1/3 C/2</p> | <p>1/4 C/2</p> | <p>1/4 C/2</p> | <p>Si hay sospecha de embarazo o de alguna patología pélvica deberá hacerse una evaluación antes de la prescripción</p> |
| <p>PATOLOGIA MAMARIA</p> <p>a) Masa no diagnosticada</p> <p>b) Patología mamaria benigna</p> <p>c) Historia familiar de cáncer</p> <p>d) Cáncer</p> <p>Actual</p> <p>Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1/3 C/4</p> <p>3</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>4</p> <p>3</p> | <p>La mayoría de las masas mamarias en mujeres jóvenes son benignas. Se deberá hacer una evaluación a la brevedad posible</p> <p>El cáncer de mama es un tumor sensible a hormonas</p> |
| <p>ITS</p> <p>a) Actual o en los últimos 3 meses (incluye la cervicitis purulenta)</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | |

| | | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <p>b) Vaginitis sin cervicitis purulenta</p> <p>c) Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o pareja que tiene múltiples parejas)</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones</p> |
| <p>VIH/SIDA</p> <p>g) VIH positivo</p> <p>h) Alto riesgo de VIH</p> <p>i) SIDA</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones</p> |
| <p>PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES</p> <p>a) Sintomática</p> <p>Tratada quirúrgicamente</p> <p>Tratada médicamente</p> <p>Actual</p> <p>b) Asintomática</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en estas condiciones</p> |
| <p>HISTORIA DE COLESTASIS</p> <p>a) Relacionada con el embarazo</p> <p>b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>Existe una ligera probabilidad de que una historia de colestasis relacionada con los AOC pueda producir colestasis con los ASP</p> |

| | | | | |
|----------------------------|---|---|---|--|
| | 2 | 2 | 2 | |
| HEPATITIS VIRAL | | | | |
| Activa | 3 | 3 | 3 | Como los ASP se metabolizan en el hígado, pueden complicar una patología existente |
| Portador | 1 | 1 | 1 | |
| CIRROSIS | | | | |
| Moderada (compensada) | 2 | 2 | 2 | Como los ASP se metabolizan en el hígado, pueden complicar una patología existente |
| Severa (descompensada) | 3 | 3 | 3 | |
| TUMORES DE HIGADO | | | | |
| f) Benigno (adenoma) | 3 | 3 | 3 | El uso de los ASP puede contribuir al desarrollo de hepatoma, como en el caso de los AOC |
| b) Maligno (hepatoma) | 3 | 3 | 3 | |
| FIBROMAS UTERINOS | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta patología. |
| EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR | 2 | 1 | 1 | Las pastillas tienen una tasa ligeramente mayor de riesgo |
| OBESIDAD | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta condición |

| | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|--|
| TIROIDES | | | | |
| g) Bocio simple | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| h) Hipertiroidismo | 1 | 1 | 1 | |
| i) Hipotiroidismo | 1 | 1 | 1 | |
| TALASEMIA | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| ENFERMEDAD TROFBLASTICA | | | | |
| a) Gestacional benigna | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta condición |
| b) Gestacional maligna | 1 | 1 | 1 | |
| ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| ANEMIA FERROPENICA | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| EPILEPSIA | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| | | | | |

| | | | | |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|--|
| <p>ESQUISTOSOMIASIS</p> <p>d) No complicada</p> <p>g) Fibrosis hepática</p> <p>(si es severa ver cirrosis)</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad</p> |
| <p>MALARIA</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad</p> |
| <p>INTERACCION CON MEDICAMENTOS</p> <p>a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas:</p> <p>b) Antibióticos (rifampicina y griseofulvina)</p> <p>c) Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona)</p> <p>d) Otros antibióticos</p> | <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> | <p>2</p> <p>2</p> <p>1</p> | <p>3</p> <p>3</p> <p>1</p> | <p>Se puede reducir el efecto anticonceptivo, por las bajas dosis administradas como en el caso de los implantes o por el primer paso por el hígado, como en el caso de las pastillas.</p> |
| <p>PARIDAD</p> <p>a) Nulíparas</p> <p>b) Multíparas</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones por motivo de la edad de la mujer</p> |
| <p>DISMENORREA SEVERA</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>1</p> | <p>Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta</p> |

| | | | | |
|--|--------|--------|--------|--|
| | | | | enfermedad |
| TUBERCULOSIS a) No pélvica b) Pélvica conocida | 1 1 | 1 1 | 1 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| ENDOMETRIOSIS | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| TUMORES OVARICOS BENIGNOS (Incluyendo quistes) | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta enfermedad |
| CIRUGIA PELVICA ANTERIOR | 1 | 1 | 1 | Los ASP pueden ser utilizados sin restricciones en esta condición |

| DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS | | | |
|----------------------------|--------------------|-------------------------|---|
| CATEGORIA | | | |
| I = Inicio C = Continuidad | | | |
| CONDICION | LIBERADOR DE COBRE | LIBERADOR DE PROGESTINA | COMENTARIOS |
| EMBARAZO | 4 | 4 | Como no está indicado ningún método en esta condición, cualquier riesgo potencial a la salud se considera inaceptable. El uso de DIU durante el embarazo aumenta el riesgo de aborto espontáneo |

| | | | |
|---|---|---|--|
| POSTPARTO (con o sin amamantamiento, incluye post-cesárea) | | | |
| a) < 48 horas | 2 | 2 | Existe un aumento del riesgo de expulsión del DIU cuando se inserta dentro de las primeras 48 horas postparto. |
| b) 48 horas a 4 semanas | 3 | 3 | Existe un aumento del riesgo de perforación uterina cuando no se tiene experiencia en la colocación |
| c) > 4 semanas | 1 | 1 | No existe restricción alguna |
| d) Sepsis puerperal | 4 | 4 | No debe realizarse la colocación del DIU en presencia de infecciones pélvicas |
| POST-ABORTO | | | |
| a) Primer trimestre | | | El DIU puede colocarse inmediatamente después de un aborto del primer trimestre |
| b) Segundo trimestre | 1 | 1 | |
| c) Posterior a un aborto séptico | 2 | 2 | Puede aumentar el riesgo de expulsión |
| | 4 | 4 | No debe realizarse la colocación del DIU en presencia de infecciones pélvicas |
| EDAD | | | |
| a) Desde la menarquia hasta los 20 años | | | |
| b) > 20 años | 2 | 2 | En mujeres jóvenes nulíparas hay un aumento del riesgo de expulsión del DIU |
| | 1 | 1 | |
| TABAQUISMO | | | |
| a) Edad < 35 años | | | |
| b) Edad > 35 años | 1 | 1 | No existen razones para restringir |

| | | | |
|---|---|---|---|
| moderado (< 20 cigarrillos/día) | | | el uso del DIU en estas condiciones |
| severo (> 20 cigarrillos/día) | 1 | 1 | |
| | 1 | 1 | |
| HIPERTENSION ESENCIAL | | | |
| a) Historia de hipertensión. Cuando la tensión arterial no puede ser evaluada (excluyendo la hipertensión en el embarazo) | 1 | 2 | La progestina podría modificar el perfil de lípidos, aunque las dosis liberadas son muy pequeñas. El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| b) Con registro de tensión arterial confiable | | | |
| i) Sistólica 140 a 159 | | | El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| Diastólica 90 a 99 | 1 | | |
| ii) Sistólica 160 a 179 | | 1 | |
| Diastólica 100 a 109 | 1 | | |
| iii) Sistólica > 180 | | 1 | |
| Diastólica > 110 | 1 | | |
| c) Enfermedad vascular | | 2 | |
| | 1 | | |
| HISTORIA DE PRE-ECLAMPSIA | | | |
| | | 2 | |
| | 1 | | |
| | | 1 | |
| DIABETES | | | |
| a) Historia de enfermedad gestacional | 1 | 1 | El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| b) Enfermedad no vascular | | | |
| No-insulino dependiente | 1 | 2 | La progestina puede modificar el metabolismo de los carbohidratos y los lípidos |
| Insulino dependiente | 1 | 2 | |

| | | | |
|---|---|---------|---|
| c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía | 1 | 2 | |
| d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración | 1 | 2 | |
| TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP) | | | |
| a) Historia de TVP/EP | 1 | 1 | No existen razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones |
| b) Padecimiento actual TVP/EP | 1 | 1 | |
| c) Cirugía mayor | | | |
| con inmovilización prolongada | 1 | 1 | |
| sin inmovilización prolongada | 1 | 1 | |
| d) Cirugía menor sin inmovilización | 1 | 1 | |
| TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL | | | |
| a) Várices | 1 | 1 | No existen razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones |
| b) Tromboflebitis superficial | 1 | 1 | |
| CARDIOPATIA ISQUEMICA | | | |
| a) Historia | 1 | 1/2 C/3 | La progestina podría modificar el perfil de lípidos, aunque las dosis liberadas son muy pequeñas. El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| b) Padecimiento actual | 1 | 1/2 C/3 | |
| APOPLEJIA | | | |
| | 1 | 2 | La progestina podría modificar el perfil de lípidos, aunque las dosis |

| | | | |
|--|---------|---------|---|
| Historia de accidente vascular cerebral | | | liberadas son muy pequeñas. El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS | 1 | 2 | La progestina podría modificar el perfil de lípidos, aunque las dosis liberadas son muy pequeñas. El DIU de cobre puede ser usado sin restricciones |
| CARDIOPATIA VALVULAR | | | |
| a) No complicada | 1 | 1 | Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos en la colocación con el fin de prevenir la endocarditis |
| b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) | 2 | 2 | |
| CEFALEAS | | | No existen razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones La progestina puede aumentar la sintomatología |
| a) Moderada | 1 | 1 | |
| b) Severa: recurrente, incluyendo migraña sin síntomas neurológicos focales | | | |
| con síntomas neurológicos focales | 1 1 | 2 2 | |
| SANGRADO TRANSVAGINAL | | | Con sangrados abundantes el DIU liberador de progestina puede disminuir la sintomatología. Si los sangrados son muy abundantes, se debe de vigilar que no ocurra anemia |
| a) Ciclos irregulares sin sangrado abundante | 1 | I/1 C/2 | |
| b) Ciclos irregulares con sangrado abundante y prolongado | 2 | I/1 C/2 | |
| SANGRADO TRANSVAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA (Sospecha de embarazo o de patología pélvica) | I/4 C/2 | I/4 C/2 | Se debe descartar la presencia de embarazo o de alguna patología pélvica |

| | | | |
|--|---|--|--|
| Antes de la evaluación | | | |
| <p>PATOLOGIA MAMARIA</p> <p>a) Masa no diagnosticada</p> <p>b) Patología mamaria benigna</p> <p>c) Historia familiar de cáncer</p> <p>d) Cáncer</p> <p>Actual</p> <p>Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>2</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1/3 C/4</p> <p>3</p> | <p>El cáncer de mama es un tumor sensible a hormonas. El DIU liberador de cobre puede ser usado sin restricciones</p> |
| NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NCI) | 1 | 2 | El DIU liberador de progestina podría acelerar la progresión de la NCI |
| <p>CANCER CERVICAL</p> <p>(En espera de tratamiento)</p> | 1/4 C/2 | 1/4 C/2 | Aumenta la probabilidad de sangrado e infección durante la colocación, lo que puede complicar la enfermedad. Si la mujer está en riesgo de embarazo el DIU debe retirarse al momento de iniciar el tratamiento |
| ECTROPION CERVICAL | 1 | 1 | No es un factor de riesgo. No hay razones para restringir el uso del DIU |
| <p>CANCER DE OVARIO</p> <p>CANCER DE ENDOMETRIO</p> | 1/4 C/2 | 1/4 C/2 | Aumenta la probabilidad de sangrado e infección durante la colocación, lo que puede complicar la enfermedad. Si la mujer está en riesgo de embarazo el DIU debe retirarse al momento de iniciar el tratamiento |
| PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES | | | |

| | | | |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|---|
| <p>a) Sintomática</p> <p>Tratada quirúrgicamente</p> <p>Tratada médicamente</p> <p>Actual</p> <p>b) Asintomática</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> <p>1</p> | <p>No hay razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones</p> |
| <p>HISTORIA DE COLESTASIS</p> <p>a) Relacionada con el embarazo</p> <p>b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>1</p> <p>2</p> | <p>Existe la probabilidad de que la colestasis producida por los AOC pueda ser un factor de riesgo para el uso del DIU liberador de progestina</p> |
| <p>HEPATITIS VIRAL</p> <p>a) Activa</p> <p>b) Portador</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>3</p> <p>1</p> | <p>Debido al metabolismo hepático de la progestina, se puede complicar la enfermedad. No hay restricciones para el uso del DIU liberador de cobre</p> |
| <p>CIRROSIS</p> <p>a) Moderada (compensada)</p> <p>b) Severa (descompensada)</p> | <p>1</p> <p>1</p> | <p>2</p> <p>3</p> | <p>Debido al metabolismo hepático de la progestina, se puede complicar la enfermedad. No hay restricciones para el uso del DIU liberador de cobre</p> |
| <p>TUMORES DE HIGADO</p> <p>h) Benigno (adenoma)</p> | <p>1</p> | <p>3</p> | <p>Debido al metabolismo hepático de la progestina, se puede complicar la enfermedad. No hay restricciones para el uso del DIU liberador de cobre</p> |

| | | | |
|----------------------------|---|---|--|
| i) Maligno (hepatoma) | 1 | 3 | |
| FIBROMAS UTERINOS | 2 | 2 | Los fibromas pueden deformar la cavidad uterina y por lo tanto, evitar la correcta colocación del DIU |
| EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR | 1 | 1 | El riesgo de embarazo ectópico con el uso del DIU es extremadamente bajo |
| OBESIDAD | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en esta condición |
| TIROIDES | | | |
| j) Bocio simple | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en esta enfermedad |
| k) Hipertiroidismo | 1 | 1 | |
| l) Hipotiroidismo | 1 | 1 | |
| TALASEMIA | 2 | 1 | El DIU liberador de cobre puede aumentar la pérdida de sangre menstrual |
| ENFERMEDAD TROFOBLASTICA | | | |
| a) Gestacional benigna | 3 | 3 | Aumenta el riesgo de perforación uterina durante la colocación por las maniobras terapéuticas endouterinas previas (legrado) |
| b) Gestacional maligna | 4 | 4 | |
| | | | |

| | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|---|
| ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES | 2 | 1 | El DIU liberador de cobre puede aumentar la pérdida de sangre menstrual |
| ANEMIA FERROPENICA | 2 | 1 | El DIU liberador de cobre puede aumentar la pérdida de sangre menstrual |
| EPILEPSIA | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en esta enfermedad |
| ESQUISTOSOMIASIS e) No complicada b) Fibrosis hepática (si es severa ver cirrosis) | 1 1 | 1 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en esta enfermedad |
| MALARIA | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en esta enfermedad |
| INTERACCION CON MEDICAMENTOS a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas: b) Antibióticos (rifampicina y griseofulvina) c) Anticonvulsivantes (fenitoina, carbamazepina, barbitúricos, primidona) d) Otros antibióticos | 1 1 1 | 1 1 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones |
| | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| PARIDAD | | | |
| a) Nulíparas | 2 | 2 | En mujeres nulíparas aumenta el riesgo de expulsión del DIU |
| b) Multíparas | 1 | 1 | |
| ANOMALIAS ANATOMICAS | | | |
| a) Cavidad uterina deformada. Congénita o adquirida incompatible con la inserción del DIU | 4 | 4 | En anomalías que deforman la cavidad aumenta el riesgo de perforación uterina |
| b) Otras anomalías. Incluyendo estenosis o laceraciones del cérvix, sin deformación de la cavidad uterina y que no interfieran con la inserción del DIU | 2 | 2 | Debe de intentarse la inserción por personal con experiencia |
| DISMENORREA SEVERA | 2 | 1 | Los síntomas pueden aumentar con el DIU liberador de cobre. El DIU liberador de progestina se le ha asociado con una mejoría de la sintomatología |
| TUBERCULOSIS | | | |
| a) No pélvica | 1 | 1 | Aumenta el riesgo de infección secundaria y sangrado a la inserción, lo cual puede complicar la enfermedad |
| b) Pélvica conocida | 4 | 4 | |
| ENDOMETRIOSIS | 2 | 1 | Los síntomas pueden aumentar con el DIU liberador de cobre. El DIU liberador de progestina se le ha asociado con una mejoría de la sintomatología |
| TUMORES OVARICOS BENIGNOS (Incluyendo quistes) | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones |
| CIRUGIA PELVICA ANTERIOR | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso del DIU en estas condiciones |
| | | | |

| | | |
|-----------|---|---|
| VIOLACION | 3 | El DIU de cobre deberá de insertarse dentro de los 5 días siguientes a una relación sexual forzada. Ante la posibilidad de una infección de transmisión sexual aumenta el riesgo de una EPI |
|-----------|---|---|

| OCLUSION TUBARIA BILATERAL (OTB) A = Aceptar; C = Cuidado, precaución D = Diferir S = Supervisión sólo casos especiales, muy alto riesgo; NA = No aplica | | |
|---|--|---|
| CONDICION | CATEGORIA | COMENTARIOS |
| EMBARAZO | D | |
| POSPARTO a) < 7 días 7 a 42 días > 42 días b) Pre-eclampsia/eclampsia Pre-eclampsia moderada Pre-eclampsia/eclampsia severa c) Ruptura prolongada de membranas: 24 horas o más d) Sepsis puerperal, intraparto o fiebre puerperal e) Hemorragia severa (> 500 ml) antes o después del parto f) Trauma severo del tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del parto | A D A A D D D D | El procedimiento puede realizarse con seguridad inmediatamente después del parto Aumenta el riesgo de complicaciones si el útero no ha involucionado completamente Hay un incremento de riesgos relacionados con la anestesia Hay un incremento del riesgo de infección postoperatoria Hay un incremento del riesgo de infección postoperatoria Posibilidad de anemia que puede complicarse con el sangrado operatorio. La premedicación relaja el útero y aumenta el riesgo de hemorragia. Aumenta el riesgo de insuficiencia renal por hipotensión prolongada. |

| | | |
|--|--|--|
| g) Ruptura uterina o perforación | D | <p>Pudo haber ocurrido sangrado abundante con riesgo de anemia. El procedimiento puede ser muy doloroso</p> <p>Aumenta el riesgo de infección postoperatoria. Vigilar por la posibilidad de anemia.</p> |
| LACTANCIA MATERNA | A | No hay impacto sobre la lactancia si se usa anestesia local y se minimiza la separación de la madre y el niño(a) |
| <p>POST-ABORTO</p> <p>a) No complicado</p> <p>b) Sepsis post-aborto o fiebre</p> <p>c) Hemorragia severa (> 500 ml)</p> <p>d) Trauma severo del tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del aborto</p> <p>g) Perforación uterina</p> <p>h) Hematometra agudo</p> | <p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> | <p>Puede existir infección local o sistémica. Se Aumenta el riesgo de infección postoperatoria</p> <p>Posibilidad de anemia que puede complicarse con el sangrado operatorio. La premedicación relaja el útero y aumenta el riesgo de hemorragia. Aumenta el riesgo de insuficiencia renal por hipotensión prolongada</p> <p>Pudo haber ocurrido sangrado abundante con riesgo de anemia. El procedimiento puede ser muy doloroso</p> <p>Aumenta el riesgo de infección postoperatoria. Vigilar por la posibilidad de anemia</p> <p>El útero está sensible y agrandado. La mujer puede estar anémica</p> |
| TABAQUISMO | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>a) Edad < 35 años</p> <p>b) Edad > 35 años</p> <p>moderado (< 20 cigarrillos/día)</p> <p>severo (> 20 cigarrillos/día)</p> | <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> | <p>No existe restricción para la utilización del método</p> |
| <p>HIPERTENSION ESENCIAL</p> <p>a) Historia de hipertensión. Cuando la tensión arterial no puede ser evaluada (excluyendo la hipertensión en el embarazo)</p> <p>b) Con registro de tensión arterial confiable</p> <p> i) Sistólica 140 a 159</p> <p> Diastólica 90 a 99</p> <p> ii) Sistólica 160 a 179</p> <p> Diastólica 100 a 109</p> <p> iii) Sistólica > 180</p> <p> Diastólica > 110</p> <p>c) Enfermedad vascular</p> <p>HISTORIA DE PRE-ECLAMPSIA</p> | <p>C</p> <p>C</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>S</p> <p>A</p> | <p>La presión sanguínea debe de estar controlada antes de la cirugía. Existe un aumento en el riesgo de arritmia cardíaca relacionado a la anestesia.</p> <p>El procedimiento deberá realizarse por un equipo quirúrgico experimentado, y con todos los apoyos médicos necesarios. Se debe de decidir el tipo de anestesia más conveniente según el caso.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>DIABETES</p> <p>a) Historia de enfermedad gestacional</p> <p>b) Enfermedad no vascular</p> <p>No-insulino dependiente</p> <p>Insulino dependiente</p> <p>c) Nefropatía/retinopatía/ neuropatía</p> <p>d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > de 20 años de duración</p> | <p>A</p> <p>C</p> <p>C</p> <p>S</p> <p>S</p> | <p>Vigilar control de la glicemia. Referir a un centro hospitalario</p> <p>Existe un aumento del riesgo de infección. Valorar el uso profiláctico de antibióticos. Existe el riesgo de descompensación metabólica. Vigilar la glicemia. Aumenta el riesgo de cetoacidosis</p> <p>El procedimiento deberá realizarse por un equipo quirúrgico experimentado, y con todos los apoyos médicos necesarios. Se debe de decidir el tipo de anestesia más conveniente según el caso</p> |
| <p>TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP)</p> <p>a) Historia de TVP/EP</p> <p>b) Padecimiento actual TVP/EP</p> <p>c) Cirugía mayor con inmovilización prolongada</p> <p>sin inmovilización prolongada</p> <p>d) Cirugía menor sin inmovilización</p> | <p>A</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>A</p> <p>A</p> | <p>Existe el riesgo de recurrencia de embolia; la deambulacion temprana disminuye el riesgo post-operatorio de trombosis y embolia. La mujer no debe estar expuesta a condiciones que eleven la resistencia vascular pulmonar (hipoxia, hiperapnea, acidosis, hiperdistension pulmonar, hipotermia) o condiciones que disminuyan el volumen sanguineo (prolongada restriccion de liquidos) o resistencia vascular sistémica</p> |

| | | |
|---|-------------------|--|
| <p>TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL</p> <p>a) Várices</p> <p>b) Tromboflebitis superficial</p> | <p>A</p> <p>A</p> | <p>No hay razones para restringir el procedimiento en estas condiciones</p> |
| <p>CARDIOPATIA ISQUEMICA</p> <p>a) Historia</p> <p>b) Padecimiento actual</p> | <p>C</p> <p>D</p> | <p>Hay un aumento del riesgo para la anestesia y la cirugía</p> <p>Alto riesgo quirúrgico</p> |
| <p>APOPLEJIA</p> <p>Historia de accidente vascular cerebral</p> | <p>C</p> | <p>Hay un aumento del riesgo para la anestesia y la cirugía</p> |
| <p>HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS</p> | <p>A</p> | <p>No hay razones para restringir el procedimiento en estas condiciones</p> |
| <p>CARDIOPATIA VALVULAR</p> <p>a) No complicada</p> <p>b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda)</p> | <p>C</p> <p>S</p> | <p>Se requiere utilizar antibióticos profilácticos</p> <p>Muy alto riesgo quirúrgico. Con antecedentes de fibrilación auricular inestable o de endocarditis bacteriana evidente, NO realizar el procedimiento.</p> |
| <p>CEFALEAS</p> | | |

| | | |
|---|---------------------|---|
| NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NCI) | A | No hay razones para restringir el procedimiento en estas condiciones |
| CANCER CERVICAL (En espera de tratamiento) | D | El tratamiento del cáncer produce esterilidad |
| ECTROPION CERVICAL | A | No hay razones para restringir el procedimiento en estas condiciones |
| CANCER DE OVARIO CANCER DE ENDOMETRIO | D | El tratamiento del cáncer produce esterilidad |
| ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (EPI) Y RIESGO DE EPI. a) EPI anterior (asumiendo que no hay factores de riesgo actual de ITS) con embarazo subsiguiente sin embarazo subsiguiente b) EPI actual o dentro de los 3 últimos meses | A C D | Valorar la presencia de un proceso infeccioso y la movilidad del útero Aumento del riesgo de infección y de formación de adherencias |
| ITS a) Actual (incluye la cervicitis purulenta) b) En los últimos 3 meses | D A | Aumenta el riesgo de infección postoperatoria |

| | | |
|--|-------------------------------------|---|
| <p>c) Vaginitis sin cervicitis purulenta</p> <p>c) Riesgo aumentado de ITS (parejas múltiples o pareja que tiene múltiples parejas)</p> | <p>A</p> <p>A</p> | |
| <p>VIH/SIDA</p> <p>j) VIH positivo</p> <p>k) Alto riesgo de VIH</p> <p>l) SIDA</p> | <p>A</p> <p>A</p> <p>S</p> | <p>Seguir cuidadosamente los procedimientos para evitar el contagio por material quirúrgico y recomendar el uso del condón después de la cirugía</p> <p>Si existen sintomatología o enfermedades relacionadas, NO realizar el procedimiento</p> |
| <p>PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES</p> <p>a) Sintomática</p> <p>Tratada quirúrgicamente</p> <p>Tratada médicamente</p> <p>Actual</p> <p>b) Asintomática</p> | <p>A</p> <p>A</p> <p>D</p> <p>A</p> | |
| <p>HISTORIA DE COLESTASIS</p> <p>e) Relacionada con el embarazo</p> <p>b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado</p> | <p>A</p> <p>A</p> | <p>No hay razones para restringir el procedimiento en estas condiciones</p> |
| | | |

| | | |
|---|-------------------|---|
| <p>HEPATITIS VIRAL</p> <p>c) Activa</p> <p>f) Portador</p> | <p>D</p> <p>A</p> | <p>Alto riesgo quirúrgico y anestésico. Seguir los procedimientos para evitar contagio durante la cirugía</p> |
| <p>CIRROSIS</p> <p>b) Moderada (compensada)</p> <p>b) Severa (descompensada)</p> | <p>C</p> <p>S</p> | <p>La función hepática y la coagulación están alteradas en estas condiciones. Alto riesgo</p> |
| <p>TUMORES DE HIGADO</p> <p>j) Benigno (adenoma)</p> <p>b) Maligno (hepatoma)</p> | <p>C</p> <p>C</p> | <p>La función hepática y la coagulación están alteradas en estas condiciones. Alto riesgo</p> |
| <p>FIBROMAS UTERINOS</p> | <p>C</p> | <p>Se puede dificultar la cirugía si los fibromas son grandes o deforman la anatomía tubaria</p> |
| <p>EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR</p> | <p>A</p> | |
| <p>OBESIDAD</p> | <p>C</p> | <p>Mayor riesgo de infección de la herida y ruptura de suturas. Mayor dificultad operatoria</p> |
| | | |

| | | |
|---|----------------------------|--|
| <p>TIROIDES</p> <p>m) Bocio simple</p> <p>n) Hipertiroidismo</p> <p>o) Hipotiroidismo</p> | <p>A</p> <p>S</p> <p>C</p> | <p>Alto riesgo quirúrgico y anestésico</p> |
| <p>TALASEMIA</p> | <p>C</p> | |
| <p>ENFERMEDAD TROFOBLASTICA</p> <p>a) Gestacional benigna</p> <p>b) Gestacional maligna</p> | <p>A</p> <p>D</p> | |
| <p>ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES</p> | <p>C</p> | <p>Las mujeres con esta enfermedad tienen una predisposición a la oclusión de pequeños vasos sanguíneos. La drepanocitosis aumenta con la hipoxia. Existe un riesgo aumentado de infarto cardiaco o pulmonar o de accidente vascular cerebral.</p> |
| <p>ANEMIA FERROPENICA</p> <p>a) Hb < 7 g/dl</p> <p>b) Hb entre 7-10 g/dL</p> | <p>D</p> <p>C</p> | <p>Evaluar la causa de la anemia. Se puede presentar hipoxia</p> |
| <p>EPILEPSIA</p> | <p>C</p> | |
| | | |

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <p>ESQUISTOSOMIASIS</p> <p>g) No complicada</p> <p>k) Fibrosis hepática (si es severa ver cirrosis)</p> | <p>A</p> <p>C</p> | <p>Vigilar la función hepática</p> |
| <p>MALARIA</p> | <p>A</p> | <p>No hay razones para restringir la aplicación del método</p> |
| <p>INTERACCION CON MEDICAMENTOS</p> <p>a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas:</p> <p>Antibióticos (rifampicina y griseofulvina)</p> <p>Anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona)</p> <p>b) Otros antibióticos</p> | <p>C</p> <p>A</p> <p>A</p> <p>A</p> | <p>Riesgo de alteraciones en el metabolismo hepático de los anestésicos</p> |
| <p>PARIDAD</p> <p>a) Nulíparas</p> <p>b) Multiparas</p> <p>c) Junto con operación Cesárea</p> | <p>A</p> <p>A</p> | <p>La orientación-consejería debe de asegurarse que la mujer haya comprendido que el procedimiento es de carácter permanente</p> |

| | | |
|--|------------|---|
| | A | No aumenta el riesgo quirúrgico en una condición estable |
| DISMENORREA SEVERA | A | No hay razones para restringir el uso del método en esta condición |
| TUBERCULOSIS a) No pélvica b) Pélvica conocida | A S | No hay razones para restringir el uso del método en esta condición |
| ENDOMETRIOSIS | S | |
| TUMORES OVARICOS BENIGNOS (Incluyendo quistes) | A | No hay razones para restringir el uso del método en esta condición |
| UTERO FIJO DEBIDO A CIRUGIA PREVIA O INFECCION | S | |
| INFECCION LOCAL Infección de la piel abdominal | D | Aumenta el riesgo de infección postoperatoria |
| PATOLOGIA DE LA PARED ABDOMINAL O HERNIA UMBILICAL | S | La reducción de la hernia y la ligadura de las trompas deberá hacerse de ser posible en el mismo tiempo quirúrgico. |
| PATOLOGIA DE VIAS RESPIRATORIAS a) Aguda (bronquitis, neumonía) | | |

| | | |
|--|------------|---|
| b) Crónica (asma, enfisema) | D S | Se deberá resolver primero el problema respiratorio. La cirugía puede exacerbar los síntomas. Peligro de hipoxia y daño cerebral |
| INFECCION SISTEMICA O GASTROENTERITIS | S | Se deberá corregir primero el problema infeccioso |
| HERNIA DIAFRAGMATICA | C | La cirugía puede exacerbar los síntomas. |
| UTERO FIJO DEBIDO A CIRUGIA PREVIA O INFECCION | S | |
| PATOLOGIA RENAL DESNUTRICION SEVERA | C C | Aumenta el riesgo de problemas infecciosos. Vigilar para anemia. |

| VASECTOMIA | | |
|--|------------------|--------------------|
| A = Aceptar; C = Cuidado, precaución D = Diferir S = Supervisión sólo casos especiales, muy alto riesgo; NA = No aplica | | |
| CONDICION | CATEGORIA | COMENTARIOS |
| LESION PREVIA DEL ESCROTO | C | |

| | | |
|--|-------------------------------------|--|
| <p>INFECCIONES LOCALES</p> <p>a) Infecciones de la piel del escroto</p> <p>b) ITS activa</p> <p>c) Balanitis</p> <p>d) Epididimitis u orquitis</p> | <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> <p>D</p> | <p>Existe un aumento del riesgo de infección postoperatoria</p> |
| <p>INFECCION SISTEMICA O GASTROENTERITIS</p> <p>VARICOCELE</p> <p>HIDROCELE</p> | <p>D</p> <p>C</p> <p>C</p> | <p>Existe un aumento del riesgo de infección postoperatoria</p> <p>El aumento de volumen intratesticular puede dificultar la localización de los conductos deferentes. Se debe de corregir de ser posible primero la patología testicular. Referencia a un servicio especializado.</p> |
| <p>FILARIASIS; ELEFANTIASIS</p> | <p>D</p> | <p>El escroto puede estar aumentado de volumen, impidiendo la palpación de los conductos deferentes y los testículos. Referir a un servicio especializado</p> |
| <p>MASA INTRA ESCROTAL</p> | <p>D</p> | <p>Referir a un servicio especializado. Realizar diagnóstico a la brevedad posible</p> |
| <p>CRIPTORQUIDIA</p> | <p>C/S</p> | <p>La criptorquidia aumenta el riesgo de neoplasias testiculares. Cuando se detecte criptorquidia bilateral con fertilidad demostrada, la categoría pasa al tipo S. En todos los casos los hombres con criptorquidia tienen que referirse a un servicio especializado.</p> |
| | | |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| HERNIA INGUINAL | S | La vasectomía puede realizarse al mismo tiempo que se hace la corrección de la hernia |
| TRASTORNOS DE LA COAGULACION | S | Aumenta el riesgo de hematoma postoperatorio |
| DIABETES | C | Aumenta el riesgo de infección postoperatoria. Valorar la administración de antibióticos profilácticos |
| VIH/SIDA | | |
| a) VIH positivo | A | Aumenta el riesgo de contagio durante el proceso quirúrgico. Se deben tomar las medidas de precaución al personal. Aumenta el riesgo de infección postoperatoria |
| b) Alto riesgo de VIH | A | |
| c) SIDA | S | |

| METODOS DE BARRERA (MB) | | | | |
|--------------------------|----------|----------------|-----------|---|
| CONDICION | CONDONES | ESPERMATICIDAS | DIAFRAGMA | COMENTARIOS |
| EMBARAZO | 1 | 1 | 1 | Ninguno de estos métodos es relevante en caso de embarazo. Para la prevención de las ITS se recomienda el uso del condón. |
| LACTANCIA MATERNA | | | | El diafragma y el capuchón cervical no son recomendables hasta que la involución uterina sea completa |
| a) < 6 semanas postparto | 1 | 1 | NR | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| b) 6 semanas a 6 meses postparto | 1 | 1 | 1 | |
| c) > 6 meses postparto | 1 | 1 | 1 | |
| POST-ABORTO | | | | El diafragma y el capuchón cervical no son recomendables hasta 6 semanas después de un aborto del segundo trimestre |
| a) Primer trimestre | 1 | 1 | 1 | |
| b) Segundo trimestre | 1 | 1 | 1 | |
| c) Posterior a un aborto séptico | 1 | 1 | 1 | |
| EDAD | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB dependiendo de la edad de la mujer |
| a) Desde la menarquía hasta los 40 años | 1 | 1 | 1 | |
| b) > 40 años | 1 | 1 | 1 | |
| TABAQUISMO | | | | |
| a) Edad < 35 años | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| b) Edad > 35 años | 1 | 1 | 1 | |
| moderado (< 20 cigarrillos/día) | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| DIABETES | | | | |
| a) Historia de enfermedad gestacional | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| b) Enfermedad no vascular | | | | |
| No-insulino dependiente | | | | |
| Insulino dependiente | 1 | 1 | 1 | |
| c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía | 1 | 1 | 1 | |
| d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > de 20 años de duración | 1 | 1 | 1 | |
| | 1 | 1 | 1 | |
| TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP)/EMBOLIA PULMONAR (EP) | | | | |
| a) Historia de TVP/EP | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| b) Padecimiento actual TVP/EP | 1 | 1 | 1 | |
| c) Cirugía mayor | | | | |
| con inmovilización prolongada | 1 | 1 | 1 | |
| sin inmovilización prolongada | 1 | 1 | 1 | |
| d) Cirugía menor sin inmovilización | 1 | 1 | 1 | |
| TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL | | | | |
| a) Várices | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta condición |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| b) Tromboflebitis superficial | 1 | 1 | 1 | |
| CARDIOPATIA ISQUEMICA | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| a) Historia | 1 | 1 | 1 | |
| b) Padecimiento actual | 1 | 1 | 1 | |
| APOPLEJIA | | | | |
| Historia de accidente vascular cerebral | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta condición |
| HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta condición |
| CARDIOPATIA VALVULAR | | | | El riesgo de infección del aparato urinario con el uso del diafragma puede aumentar el riesgo de una paciente con endocarditis bacteriana sub-aguda |
| a) No complicada | 1 | 1 | 1 | |
| b) Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana subaguda) | 1 | 1 | 1 | |
| CEFALEAS | | | | |
| a) Moderada | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| b) Severa: recurrente, incluyendo migraña | | | | |

| | | | | |
|---|---|----|----|---|
| sin síntomas neurológicos focales | 1 | 1 | 1 | |
| con síntomas neurológicos focales | 1 | 1 | 1 | |
| SANGRADO TRANSVAGINAL | | | | |
| a) Ciclos irregulares sin sangrado abundante | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| b) Ciclos irregulares con sangrado abundante y prolongado | 1 | 1 | 1 | |
| SANGRADO TRANSVAGINAL DE CAUSA DESCONOCIDA | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones. Se deberá hacer la evaluación clínica a la brevedad posible |
| (Sospecha de embarazo o de patología pélvica) Antes de la evaluación | 1 | 1 | 1 | |
| PATOLOGIA MAMARIA | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Masa no diagnosticada | 1 | 1 | 1 | |
| b) Patología mamaria benigna | 1 | 1 | 1 | |
| c) Historia familiar de cáncer | 1 | 1 | 1 | |
| d) Cáncer | | 1 | 1 | |
| Actual | 1 | 1 | 1 | |
| Pasado y sin evidencia de enfermedad durante 5 años | 1 | | | |
| NEOPLASIA CERVICAL INTRAEPITELIAL (NCI) | 1 | NR | NR | El uso de dosis repetidas de nonoxinol-9 puede causar abrasiones cervicales. No se recomienda el uso del |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1 | 1 | 1 | |
| VIH/SIDA | | | | El uso de dosis repetidas de nonoxinol-9 puede causar abrasiones vaginales, lo cual puede aumentar el riesgo de transmisión del VIH |
| m) VIH positivo | 1 | 1 | 1 | |
| n) Alto riesgo de VIH | 1 | 2 | 1 | |
| o) SIDA | 1 | 1 | 1 | |
| PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Sintomática | 1 | 1 | 1 | |
| Tratada quirúrgicamente | 1 | 1 | 1 | |
| Tratada médicamente | 1 | 1 | 1 | |
| Actual | | | | |
| b) Asintomática | 1 | 1 | 1 | |
| HISTORIA DE COLESTASIS | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Relacionada con el embarazo | 1 | 1 | 1 | |
| b) Relacionada con el uso de AOC en el pasado | 1 | 1 | 1 | |
| HEPATITIS VIRAL | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Activa | 1 | 1 | 1 | |
| b) Portador | 1 | 1 | 1 | |
| | | | | |

| | | | | |
|----------------------------|---|---|---|---|
| CIRROSIS | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Moderada (compensada) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Severa (descompensada) | 1 | 1 | 1 | |
| TUMORES DE HIGADO | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| a) Benigno (adenoma) | 1 | 1 | 1 | |
| b) Maligno (hepatoma) | 1 | 1 | 1 | |
| FIBROMAS UTERINOS | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| EMBARAZO ECTOPICO ANTERIOR | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| OBESIDAD | 1 | 1 | 1 | La obesidad severa puede dificultar la colocación del diafragma o del capuchón cervical |
| TIROIDES | | | | |
| Bocio simple | 1 | 1 | 1 | |
| Hipertiroidismo | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| Hipotiroidismo | 1 | 1 | 1 | |
| TALASEMIA | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| ENFERMEDAD TROFOBLASTICA | | | | |
| a) Gestacional benigna | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en estas condiciones |
| b) Gestacional maligna | 1 | 1 | 1 | |
| ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| ANEMIA FERROPENICA | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| EPILEPSIA | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| ESQUISTOSOMIASIS | | | | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| a) No complicada | 1 | 1 | 1 | |
| b) Fibrosis hepática | 1 | 1 | 1 | |
| MALARIA | 1 | 1 | 1 | No hay razones para restringir el uso de los MB en esta enfermedad |
| INTERACCION CON MEDICAMENTOS | | | | |
| a) Drogas de uso común que afectan las enzimas hepáticas: | 1 | 1 | 1 | |
| Antibióticos (rifampicina y griseofulvina) | 1 | 1 | 1 | |
| Anticonvulsivantes (fenitoína, | 1 | 1 | 1 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| <p>carbamazepina, barbitúricos, primidona)</p> <p>b) Otros antibióticos</p> <p>Alergia al látex</p> | 3 | 1 | 3 | <p>Esto no aplica para los condones/diafragmas plásticos</p> |
| <p>PARIDAD</p> <p>a) Nulíparas</p> <p>b) Multíparas</p> | 1 | 1 | 1 | <p>No hay razones para restringir el uso de los MB en esta condición</p> |
| <p>DISMENORREA SEVERA</p> | 1 | 1 | 1 | <p>No hay razones para restringir el uso de los MB en esta condición</p> |
| <p>TUBERCULOSIS</p> <p>a) No pélvica</p> <p>b) Pélvica conocida</p> | 1 | 1 | 1 | <p>No hay razones para restringir el uso de los MB en estas enfermedades</p> |
| <p>ENDOMETRIOSIS</p> | 1 | 1 | 1 | |
| <p>TUMORES OVARICOS BENIGNOS</p> | 1 | 1 | 1 | |
| <p>CIRUGIA PELVICA ANTERIOR</p> | 1 | 1 | 1 | <p>No hay razones para restringir el uso de los MB</p> |

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| | | | | en esta condición |
| HISTORIA DE CHOQUE SEPTICO | 1 | 1 | 3 | Se ha reportado el síndrome de choque tóxico en asociación con el uso de la esponja anticonceptiva y el diafragma |
| INFECCION DE LAS VIAS URINARIAS | 1 | 1 | 1 | Existe un aumento potencial de infecciones del aparato urinario con el uso de diafragmas y espermaticidas |

Fecha de publicación: 21 de enero de 2004

NOTA aclaratoria a la Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar, publicada el 21 de enero de 2004.

Al margen un sello con el Escudo Nacional, que dice: Estados Unidos Mexicanos.- Secretaría de Salud.

NOTA ACLARATORIA A LA RESOLUCION POR LA QUE SE MODIFICA LA NORMA OFICIAL MEXICANA NOM-005-SSA2-1993, DE LOS SERVICIOS DE PLANIFICACION FAMILIAR, PUBLICADA EL 21 DE ENERO DE 2004.

ROBERTO TAPIA CONYER, Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, con fundamento en los artículos 8 fracciones V y XVI, y 10 fracciones VII y XVI del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, me permito ordenar la publicación en el **Diario Oficial de la Federación** de la siguiente:

Nota aclaratoria a la Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar

En la página 40, que en el rubro:

| | |
|--|---|
| Dice: | Debe decir: |
| Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades Regulación | Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades |
| 7 fracciones V, XIX y XX fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud | 7 fracciones V y XIX, y 20 fracción III del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud |

México, D.F., a 23 de enero de 2004.- El Presidente del Comité Consultivo Nacional de Normalización de Prevención y Control de Enfermedades y Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, **Roberto Tapia Conyer**.- Rúbrica.

Fecha de Publicación: 16 de junio de 2004