

Guía Clínica y Procedimiento para la atención de Planificación Familiar en el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS).

[Proyecto MSH/ULAT Honduras Componente de Planificación Familiar]

[Septiembre 2014]

Palabras clave:

[Métodos; Guía; Procedimientos; Clínica; Planificación Familiar; Anticonceptivos; Salud; Población.]

This report was made possible through support provided by the US Agency for International Development, under the terms of [The United States Agency for International Development (USAID) under the USAID/Honduras] Number [AID-522-C-11-000001]. The opinions expressed herein are those of the author(s) and do not necessarily reflect the views of the US Agency for International Development.

Unidad Local de Apoyo Técnico para Salud
Management Sciences for Health
Tegucigalpa M.D.C.
Honduras C.A.
Telephone: (504) 2235-5919
www.msh.org



IHSS
Instituto Hondureño de Seguridad Social

GUÍA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

2014



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

MEMORANDO

8066-DEI-IHSS

11 de septiembre del 2014

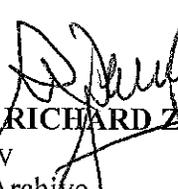
PARA: DR.HUGO RODRIGUEZ
Director Medico Nacional

DE: DIRECCION EJECUTIVA INTERINA

ASUNTO: REF.APROBACION DOCUMENTO

En relación a memorando No.2719-DMN-14, informo a usted que se da por aprobado el documento: "GUÍA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2014", documento validado previamente por el personal técnico de las Unidades Médicas del Instituto.

Atentamente,



DR. RICHARD ZABALA
 RZ/YV
 cc: Archivo


 11/09/14
 2:10 pm



IHSS

Instituto Hondureño de Seguridad Social

30/7/14



Tegucigalpa, M.D.C. 10 de septiembre de 2014

Memo. N°2719-DMN-14

PARA: DR. RICHARD ZABLAH
DIRECTOR EJECUTIVO INTERINO

DE: DR. HUGO RODRÍGUEZ
DIRECTOR MÉDICO NACIONAL

ASUNTO: Documento para Aprobación



En el marco de la implementación de la Estrategia para la Gestión de los Servicios de Planificación Familiar del IHSS, se adjunta el documento: **GUÍA CLÍNICA Y PROCEDIMIENTO DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR 2014** para la correspondiente aprobación por esa instancia y su posterior reproducción por la ULAT con fondos USAID.

Este documento ha sido validado por personal técnico de la Dirección Médica Nacional y personal especialista en Ginecología y Obstetricia de diferentes unidades del IHSS de Tegucigalpa y San Pedro Sula con el apoyo técnico de la ULAT en un taller que para el efecto se realizó el mes de julio del presente año. (Se adjunta copia del listado de participantes).

Atentamente,

Cc/Archivo
/IEZH

Lo Mejor para los Nuestrs

Edificio Administrativo Barrio Abajo Tegucigalpa Teléfono: 2238-26-20



La elaboración de esta guía clínica ha sido posible gracias al generoso apoyo del Pueblo de los Estados Unidos de América a través de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID). El contenido del mismo es responsabilidad del Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS) y no necesariamente refleja el punto de vista de la USAID o del Gobierno de los Estados Unidos.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

AUTORIDADES DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dr. Richard Zablah
Director Ejecutivo Interino

Dr. Hugo Antonio Rodríguez Medina
Director Médico Nacional

EQUIPO TÉCNICO RESPONSABLE UNIDAD DE FARMACOTERAPIA DE LA DIRECCIÓN MÉDICA NACIONAL.

Dra. Fanny Carrasco,
Técnico de la Unidad de Farmacoterapia

Dr. Javier Molina,
Técnico de la Unidad de Farmacoterapia.

Dr. Álvaro Paz,
Técnico de la Unidad de Farmacoterapia.

COLABORACIÓN Y APOYO TÉCNICO DIRECCIÓN MÉDICA NACIONAL.

Dra. Irma Zacapa
Médico Especialista en Salud Pública.
Coordinadora de la Implementación de la Estrategia de Gestión
de los Servicios de Planificación Familiar

Dra. Clara Nolasco
Técnica en Servicios Farmacéuticos

Lic. Sergia Núñez,
Enfermera Coordinadora Nacional de investigación y Promoción

EQUIPO PARA LA REVISIÓN Y ELABORACIÓN

Dra. Ana Ligia Chinchilla
Ginecólogo y Obstetra
Clínica Periférica No 1

Dr. Benigno Alberto Cevallos
Ginecólogo y Obstetra
IHSS Villanueva

Dr. Carlos Roberto Estrada
Ginecólogo y Obstetra
IHSS Choloma

Lic. Dania Rodríguez Castro
Coordinadora del Programa de PF- RNO

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Dra. Eva Lizeth Díaz Ruiz
Ginecólogo y Obstetra
HRN

Dra. Josefa Antonia Díaz
Ginecólogo y Obstetra
IHSS Calpules

Dr. Juan Carlos Ordoñez
Ginecólogo y Obstetra
IHSS Tepeaca

Dra. Karen Yadira Aguilar
Ginecólogo y Obstetra
IHSS Naco

Dra. Kenia Dalila Mendoza
Ginecólogo y Obstetra
HRN

Dr. Martín Portillo
Ginecólogo y Obstetra
Clínica Periférica No 1

Dra. Miriam Marivel Yáñez
Médico General
HRN

Dra. Ninoschka Casco
IHSS Gestión de Servicio
Clínica Periférica No 3

Dr. Salomón Rivera
Ginecólogo y Obstetra
IHSS El Progreso

Dr. Wilfredo Salgado
Ginecólogo y Obstetra
Clínica Periférica No 1

EQUIPO TÉCNICO ULAT/USAID

Dra. Doris Mariela Medina
Asesora Técnica SMI y PF

Dr. José Cipriano Ochoa
Coordinador Componente SMI y PF

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

VIGENCIA

La presente GUÍA PRACTICA CLÍNICA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR entrará en vigencia a partir de la fecha de publicación y sustituye a las contenidas en la edición anterior.

Tegucigalpa, Honduras 2014

*Fue aprobada y autorizando la Socialización e Implementación en:
Memorándum N° 2719-DMN-14/10-10-2014.
Memorándum N°8066-DEI-IHSS/11-10-2014.*

Dr. Hugo Rodríguez
Director Médico Nacional

Dr. Richard Zablah
Director Ejecutivo del IHSS

I. NOMBRE GUÍA CLÍNICA:

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

II. OBJETIVO:

Proporcionar lineamientos técnicos basados en evidencia científica actualizada, a los proveedores de los servicios de salud para recomendar los métodos de planificación familiar de manera adecuada y eficiente a la población derechohabiente en el primer, segundo y tercer nivel de atención en los Servicios Propios, Subrogados y Sistemas Médicos de Empresa y convertirse en una herramienta útil, práctica, para el asesoramiento, indicación, aplicación y seguimiento de los distintos métodos anticonceptivos disponibles

III. DEFINICIÓN:

Atención en planificación familiar: actividades procedimientos e intervenciones, que se ofrecen en forma oportuna integral y confidencial a los hombres y mujeres en edad fértil que incluyen información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método de planificación que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

IV. CAUSAS Y FACTORES RELACIONADOS:

Existen varios factores que nos pueden llevar a utilizar algún método de control sobre la fertilidad, entre ellas están las siguientes:

- Evitar la muerte materna e infantil.
- Evitar riesgos de salud en pacientes con enfermedades de base.
- Evitar el nacimiento de niños (as) con problemas hereditarios
- Dar tiempo a la adaptación psicológica y sexual de la pareja.
- Procrear el número de hijos (as) deseados.
- Permite más oportunidades de realización personal.
- Tiende a espaciar los embarazos.

V. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Según la encuesta de demografía y salud ENDESA del 2011-2012 la tasa general de fecundidad (TGF) para el total en Honduras en el periodo de 2009-2012 es de 2.9 hijos por mujer, la cual bajo en comparación para los años 2003-2006 a 3.3 hijos (as) por mujer.

Embarazo y maternidad de adolescentes

- El 24% de las mujeres de 15 a 19 años de edad alguna vez estuvo embarazada, bien sea porque están gestando por primera vez (5%) o porque ya son madres (19%), lo cual representa un aumento de dos puntos porcentuales desde la ENDESA 2005-2006.
- El porcentaje que ya son madres es bajo en las mujeres de 15 y 16 años y se incrementa rápidamente hasta llegar al 28% a los 18 años y al 36% a los 19 años.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

El 73% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos, en comparación con 65% en el 2005-2006 y 62% en 2001. El uso de métodos modernos pasó del 56% al 64% y el uso métodos tradicionales se mantiene en el 9%.

Entre los métodos modernos, el mayor uso corresponde a la anticoncepción quirúrgica voluntaria (22%). La inyección es ahora el método seleccionado por el 18% de las mujeres en unión, un aumento si se compara con el 14% en el 2005-2006. El 12% de las mujeres en unión usan la píldora, similar al nivel de uso en el 2005-2006 (11%).

Debido al aumento relativo en el número de nacimientos en los extremos de la vida fértil. El embarazo tanto en la adolescencia como en mayores o igual de 35 años edad, compromete la calidad de vida tanto materna como fetal, esto nos lleva a un incremento en el nacimiento de niños con mayor probabilidad de patologías asociadas, así como complicaciones obstétricas y ginecológicas.

Se debe tener un control en la Planificación Familiar para poder ofrecer un mejor nivel de vida, disminuir los riesgos maternos e infantiles, un control de maternidad óptimo y que haya un menor gasto institucional.

VI. MEDIDAS PROMOCIÓN A LA SALUD

La promoción de la planificación familiar para el hombre y la mujer, resulta esencial para lograr el bienestar de la pareja, apoyar la salud y el desarrollo de las comunidades, esto se lograra a través de la educación, orientación, información a los/as derechohabientes sobre la variedad de métodos anticonceptivos, facilitando lo seleccionado por los/as derechohabiente, con la orientación del personal calificado. Durante la orientación los/as consejeras /os abordarán temas de salud sexual y reproductiva y de ITS/VIH/Sida, el cual se convierte en una atención integral. Esto se lograra a través de:

- a. Equipo multidisciplinario de salud (Medico/a, enfermería, trabajadores/as sociales, promotores) capacitados y actualizados en el tema de planificación familiar, salud sexual y reproductivo y de ITS/VIH/Sida.
- b. La asignación de espacios físicos adecuados (Clínicas de planificación familiar o consultorio Médico, ventilado, iluminado, muebles para atender a la pareja, paredes y piso limpio, libre de riesgo, otros) con el equipo y material mínimo necesario para brindar una atención de calidad a la/el derechohabiente.
- c. La existencia de material infamativo impreso y electrónicos (trifolio, hojas volantes, afiches) Audios y visuales (spot informativos, televisivo, radial y por megáfono en SME).

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- d. Medios de comunicación oficial del IHSS (Facebook, Twitter, pantalla electrónica) con información actualizada sobre los métodos de planificación familiar que el IHSS ofrece.
- e. La disponibilidad de los métodos anticonceptivos a promover en el lugar adecuado, momento necesario para el uso de los/as derechohabientes (existencias en las tres modalidades de atención del IHSS, propias, subrogadas y SME)
- f. La prevención en planificación familiar da como resultado la disminución de las muertes maternas, infantil, embarazos no deseados, abortos y la reducción del crecimiento poblacional.

VII. MEDIDAS PREVENTIVAS: identificar las medidas de prevención primaria (promoción, protección y fomento de la salud) y de prevención secundaria (diagnóstico precoz y tratamiento oportuno) de la enfermedad. Así como las acciones preventivas a nivel del hogar, de la pareja conyugal y del ámbito del trabajo.

VIII. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

Para brindar una atención en planificación familiar se deberá obtener una adecuada historia clínica de la usuaria, que incluya los siguientes datos:

1. Exploración general y ginecológica:

- 1.1. Anamnesis: orientada a detección de factores de riesgo cardiovascular (tabaco, obesidad, HTA, migrañas, hiperlipidemias, diabetes, trombo embolismo)
- 1.2. Investigar antecedentes familiares de infarto de miocardio, accidente cerebrovascular y trombo embolismo venoso de familiares directos.
- 1.3. Visión de paridad deseada
- 1.4. Exploración general y ginecológico
 - 1.4.1. Índice de masa corporal y control del peso en caso de haber cambios en el peso habitual
 - 1.4.2. Toma de tensión arterial
 - 1.4.3. Inspección de piel y mucosas: valorar la presencia de acné, cloasma o hirsutismo
 - 1.4.4. Exploración mamaria: descartar nódulos y telorrea
 - 1.4.5. Realizar exploración bimanual y citología vaginal.
 - 1.4.6. Descartar embarazo
- 1.5. Examen físico para identificar varices.

2. Datos Gineco-Obstétricos:

- 1.1. Menarquia
- 1.2. Tipo menstrual
- 1.3. Número de partos y abortos
- 1.4. Fecha de la última regla
- 1.5. Antecedentes y/o presencia de alteraciones del ciclo menstrual
- 1.6. Antecedentes y/o presencia de infecciones genitales
- 1.7. Antecedentes y/o presencia de patología mamaria

3. Datos Anticonceptivos

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

3.1. Métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad:

- 3.1.1. Aceptación de los mismos
- 3.1.2. Efectos secundarios de los mismos
- 3.1.3. Causa de abandono de los mismos

3.2. Método anticonceptivo utilizado en la actualidad

- 3.2.1. Aceptación del mismo
- 3.2.2. Efectos secundarios del mismo

4. Datos Sexuales

- 4.1. Número de parejas sexuales
- 4.2. Apetencia sexual
- 4.3. Orgasmo
- 4.4. Grado de satisfacción
- 4.5. Frecuencia de relaciones con coito vaginal

LABORATORIO Y GABINETE

Únicamente cuando hay una necesidad de descartar una sospecha diagnóstica que limite la entrega de hormonas se solicitarán los siguientes exámenes:

- 1. Prueba de embarazo
- 2. Glucemia basal,
- 3. Colesterol total y sus fracciones si están indicadas,
- 4. Triglicéridos,
- 5. GOT,
- 6. GPT,
- 7. Agregar exámenes de laboratorio para las pacientes que se someterán al método quirúrgico (ver Método Quirúrgico).

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

TABLA DE CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA ANTICONCEPTIVOS HORMONALES DE OMS

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

| CATEGORÍA | CON CRITERIO CLÍNICO | CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO |
|-----------|--|---------------------------------|
| 1 | Use el método en cualquier circunstancia | Sí (Use el método) |
| 2 | En general, use el método | |
| 3 | El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados | No (No use el método) |
| 4 | No se debe usar el método | |

Valorar la aceptación del método, es fundamental para una buena tolerancia.

IX. INDICADORES PARA MONITOREO Y DE EVALUACIÓN

- Porcentaje de efectos adversos y/o complicaciones documentados por el uso de algún método anticonceptivo.
- Tasa de prevalencia de uso métodos anticonceptivos
- Años protección pareja.

X. EQUIPO DE ELABORACIÓN DE LA GUÍA CLÍNICA

| | |
|------------------------------|-------------------------|
| Dra. Ana Ligia Chinchilla | Clínica Periférica No 1 |
| Dr. Benigno Alberto Cevallos | IHSS Villanueva |
| Dr. Carlos Roberto Estrada | IHSS Choloma |
| Lic. Dania Rodríguez Castro | Regional Nor Occidental |
| Dra. Eva Lizeth Díaz Ruiz | HRN |
| Dra. Josefa Antonia Díaz | IHSS Calpules |
| Dr. Juan Carlos Ordoñez | IHSS Tepeaca |
| Dra. Karen Yadira Aguilar | IHSS Naco |
| Dra. Kenia Dalila Mendoza | HRN |
| Dr. Martin Portillo | Clínica Periférica No 1 |
| Dra. Miriam Marivel Yáñez | HRN |
| Dra. Ninoschka Casco | Clínica Periférica No 3 |
| Dr. Salomón Rivera | IHSS El Progreso |
| Dr. Wilfredo Salgado | Clínica Periférica No 1 |

XI. RESPONSABLE DE LA GUÍA CLÍNICA

Dr. Wilfredo Salgado Valladares

XII. FECHA DE ELABORACIÓN Y FECHA PROPUESTA PARA REVISIÓN

Julio 2014.



I. CÓDIGO: Z30 (Z30.0-Z30.9)
Z30.0-Z30.3-Z30.4-Z30.8-Z30.9-Z30.011-Z30.41

II. NIVEL DE ATENCION: I, II, III

III. DEFINICIÓN:

Son preparados que contienen dosis bajas de hormonas iguales a las hormonas naturales que produce el cuerpo de la mujer. Los anticonceptivos hormonales contienen un progestágeno solo o en combinación con un estrógeno.

Tipos de anticonceptivos hormonales

1. Anticonceptivos orales combinados (estrógeno+ progestina)
2. Anticonceptivos orales de solo progestina
3. Anticonceptivos inyectables combinados (estrógenos + progestinas)
4. Anticonceptivos inyectables (solo progestina)
5. Implantes subdérmicos a base de progestina
6. Dispositivo intrauterino con liberación hormonal
7. Anillo vaginal combinado
8. Parche combinados

IV. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

ANTICONCEPTIVOS ORALES E INYECTABLES

El suministro de los métodos hormonales debe ser realizado por personal calificado que incluye médico general capacitado, especialista en ginecología y obstetricia; y todo medico capacitado de cualquier especialidad que capte a la paciente.

Toda usuaria que desee un método anticonceptivo hormonal, debe recibir información y asesoría sobre los beneficios o factores de riesgo para cada método.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

ANTICONCEPTIVO ORAL COMBINADO (ESTRÓGENO Y PROGESTINA)

Son píldoras que contiene dosis bajas de dos hormonas una progestina y un estrógeno iguales a las hormonas naturales producidas por el cuerpo de la mujer
Son conocidas como píldoras o píldoras combinadas de baja dosis

Mecanismo de acción: los anticonceptivos orales combinados (AOC) inhiben la ovulación y su efectividad depende del uso de su forma continua y sistemática de la píldora.

Son anticonceptivos orales de baja dosis o micro dosis: etinilestradiol 0,35, 0,30; 0,20 o 0,25 y 0,15 Mcg y progestina de 150 mcg

Eficacia: cuando se utiliza de manera correcta y sistemática se produce un embarazo por cada 100 en el primer año de uso.

Retorno de la fertilidad: las mujeres que emplean AOC pueden retornar rápidamente a su fertilidad al siguiente ciclo de dejar la píldora

Protección contra ITS: no protegen contra infecciones de transmisión sexual.

Cuando iniciar el uso de AOC:

Toda mujer elegible para el uso de AOC, puede iniciarlos en cualquier momento que lo desee si hay certeza razonable de que no esté embarazada, siempre con un método de respaldo por 7 días. Idealmente debe iniciarse con el ciclo menstrual, de acuerdo a tipo de AOC, del primero al quinto día del sangrado, sin necesidad de protección adicional.

Condiciones especiales:

Mujeres con ciclos menstruales regulares: se iniciara de acuerdo a las medidas descritas anteriormente

Mujer con amenorrea: puede iniciar AOC en cualquier momento si se tiene certeza que no está embarazada y luego abstenerse de relaciones o utilizar un método de protección hasta los 7 días siguientes al método.

Postparto con lactancia: la mujer con más de 6 meses de postparto lactando y con amenorrea puede iniciarlos de acuerdo a indicaciones de mujer con amenorrea

La mujer con más de 6 meses de postparto, lactando y con ciclos menstruales reanudados puede iniciar los AOC siguiendo las recomendaciones para mujeres con ciclos regulares.

Postparto menos de 6 semanas con lactancia no exclusiva: Suministrar AOC e indicarle que los debe iniciar hasta después de 6 semanas posteriores al parto. Suministrar método anticonceptivo adicional si reanúdanlos ciclos menstruales antes de las 6 semanas.

Postparto sin lactancia la mujer los puede iniciar inmediatamente si tiene certeza que no está embarazada sin o abstenerse o utilizar un método de respaldo durante los primeros 7 días

Postaborto: puede iniciar AOC si esta en los primeros 7 días del aborto sin necesidad de método de respaldo, si han pasado más de 7 días puede iniciar en cualquier momento si tiene certeza de no estar embarazada y si se debe dar método de respaldo durante 7 días

- **CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVO SEGÚN OMS 2009**
- **HERRAMIENTA DE TOMA DE DECISIONES, PLANIFICACIÓN FAMILIAR**

- **Nombre genérico del medicamento**

LEVONORGESTREL + ETINILESTRADIOL 0.15 mg + 0.03 mg. Respectivamente, tableta recubierta.

- **Dosis o intervalo de dosificación.**

Se inicia el primer día de la menstruación, o el día indicado por el médico de acuerdo a las guías y procedimientos

- **Duración del tratamiento**

Uso continuo. (Indicación como método anticonceptivo y como regulador del ciclo, no requiere reposo su indicación a menos que existiera una patología concomitante.

- **Cantidad a prescribir**

1 ciclo mensual, receta crónica por tres meses

- **Nombre genérico del medicamento**

CIPROTERONA (como acetato) + ETINILESTRADIOL 2 mg + 0.035 mg respectivamente, tableta recubierta

- **Dosis o intervalo de dosificación.**

Se inicia en el primer día de la menstruación o el día indicado por el médico de acuerdo a las guías y procedimientos,

- **Duración del tratamiento**

Uso continuo. (Indicación: para el manejo el manejo de enfermedades andrógeno dependientes, ovarios poliquísticos irregularidades del ciclo menstrual y anticonceptivo)

- **Cantidad a prescribir**

1 ciclo mensual, receta crónica por tres meses

V. COMPLICACIONES O EFECTOS SECUNDARIOS

6.1 Sangrados. (sangrado infrecuente y escaso, lo refiere la usuaria como “flujo sanguinolento” también llamado “manchado”)

- Olvido de alguna píldora
- Toma inadecuada de la píldora

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Interacciones medicamentosas
- Situaciones de estrés

- a) Si no se dan las situaciones descritas anteriormente y ocurre el sangrado de forma esporádica (uno o dos episodios en tres meses) coincidiendo con los tres primeros meses o después de un tiempo tomándola, hay que tranquilizar a la usuaria porque está justificado el sangrado. Si se dan las situaciones arriba indicadas hay que tranquilizar a la usuaria pero hay que darle las instrucciones oportunas para cada caso.
- b) Si los sangrados ocurren de forma frecuente (seis o más episodios en tres meses):

¿Qué hacer en caso de sangrado ocurren en forma frecuente?

| Situaciones | Actuación |
|--|--|
| Si está tomando preparados de 15 µg de etinilestradiol | cambiar a preparados de 20 µg |
| Si está tomando preparados de 20 µg de etinilestradiol | cambiar a preparados de 30 µg |
| Si está tomando preparados de 30 µg de etinilestradiol | cambiar un preparado que en su composición contenga un gestageno diferente o cambiar al preparado |
| Continúa el sangrado | Si a pesar de estos cambios persiste la pérdida cambiar al preparado que contiene acetato de ciproterona |
| | Si está tomando preparados con progestágeno solo, suspender el tratamiento |

6.2 Hemorragias por disrupción. (Sangrado que lo describen en cantidad similar a una menstruación). Siempre investigar las situaciones descritas en el apartado anterior. Siempre tranquilizar a la usuaria.

- Si ocurre esporádicamente y le resulta molesto se recomienda tomar dos grageas en lugar de una desde que comienza con la hemorragia hasta terminar las 21 o 24 grageas, dependiendo del preparado que esté tomando
- Si ocurre de forma constante (2 o 3 meses):

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

| ¿Qué hacer en caso de Hemorragias por interrupción? | |
|---|---|
| Situaciones | Actuación |
| Si está tomando preparados de 15 µg de etilnilestradiol | cambiar a preparados de 20 µg |
| Si está tomando preparados de 20 µg de etilnilestradiol | cambiar a preparados de 30 µg |
| Si está tomando preparados de 30 µg | cambiar a un preparado que en su composición contenga un gestageno diferente |
| Continua la Hemorragias | Si a pesar de estos cambios persiste la pérdida cambiar al preparado que contiene acetato de ciproterona. Si con este sangrado se presenta de nuevo, es necesario plantearse un estudio ginecológico y valorar la indicación de la AOC. |
| | Si está tomando preparados con progestano solo, suspender el tratamiento |

6.3 Ausencia de hemorragia por deprivación.

Ausencia de hemorragia por deprivación, coincidiendo con la semana de descanso o con la toma de las píldoras placebo en el caso de tomar anticonceptivos combinados orales.

Investigar la existencia de:

- Toma incorrecta de los anticonceptivos orales
- Olvido de la toma de alguna píldora
- Vómitos
- Diarreas
- Interacciones medicamentosas

Hay que recordar e informar a la usuaria que con los preparados de 15 y 20 µg de EE puede ser más habitual, sobre todo durante los tres primeros meses.

a) Si ha existido alguna de las circunstancias anteriormente citadas

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- No continuar con la AOC
 - Hacer test de embarazo
 - Si el test es negativo, comenzar con la píldora en la próxima menstruación
- b) Si no ha existido ninguna de las circunstancias anteriores:
- Continuar con la AOC
 - Hacer test de embarazo (para tranquilizar a la usuaria). En caso de que sea positivo, suspender la AOC.
- c) Si se repite la amenorrea por segunda vez consecutiva:
- Hacer test de embarazo para tranquilizar a la usuaria
 - Suspender la AOC. En este caso existen dos posibilidades a seguir si el test de embarazo es negativo:
1. Esperar la aparición espontánea de la menstruación.
 2. Provocar una menstruación prescribiendo: progesterona inyectable sola
 3. Se producirá la hemorragia por deprivación dentro de los 10 o 15 días siguientes a la toma.

Cuando comience con la menstruación, empezar con un preparado de mayor dosis de estrógenos de la que estaba tomando

6.4 Inapetencia Sexual.

- Investigar un origen anterior a la toma de la píldora
- Investigar otras causas (depresión, exceso de trabajo, estrés, malas relaciones de pareja)
- Valorar un posible rechazo del método
- Si este efecto secundario repercute en sus relaciones personales, suspender la AH y si persiste sin tomar la píldora recomendar consulta psicológica.

6.5 Nerviosismo e irritabilidad

- Durante los tres primeros meses entra dentro de la normalidad, tranquilizar a la usuaria
- Valorar un posible rechazo del método
- Si persiste o aparece después de un tiempo tomando la píldora y tiene una repercusión en sus relaciones personales y de convivencia suspender la AH.

6.6 Cefalea.

Durante los tres primeros meses de la toma de anticonceptivos orales combinados es normal, es importante tranquilizar a la usuaria.

Si son de tipo migrañoso se pueden dar dos circunstancias:

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Usuaría diagnosticada de migraña sin aura que desea tomar AOC, en este caso se prescribe controlando la aparición del aumento de los síntomas y los cambios del patrón clínico. Si aparece alguna de las circunstancias anteriores suspender la AOC:
- Usuaría de AOC que comienza con migraña: Si no presenta aura, vigilar. Si presenta aura, suspender la AOC.

6.7 Ganancia de Peso

Es importante destacar que con las dosis actuales de los anticonceptivos orales, es excepcional observar cambios en el peso achacables a la píldora. Con inyectables de progestágeno solo puede haber un aumento de peso de 1.5-2 kg en el primer año de uso.

Siempre descartar la existencia de otros factores causantes de este aumento de peso, es muy dado achacar a la píldora cualquier problema que aparezca cuando hay mala aceptación de la misma.

6.8 Aparición de Cloasma

Prácticamente excepcional con las dosis actuales. Tratamiento Hidroxiquinonas

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

CONTRAINDICACIONES DE AOC

| Absolutas | Relativas |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Lactancia < 6 semanas post-parto- embarazo- hipertensión moderada o severa (> 160/ 100 mm Hg)- hipertensión con enfermedad vascular- diabetes con complicaciones vasculares incluida HTA- trombosis venosa profunda/ embolismo pulmonar pasados o actuales- antecedente de enfermedad cerebrovascular- enfermedad isquémica coronaria actual o pasada- enfermedad cardíaca valvular complicada- mayor de 35 años y fumadora de 15 cigarrillos / día- migraña focal- migraña sin síntomas focales en mujer mayor de 35 años- tumor maligno de mama- tumor hepático (benigno o maligno)- cirrosis severa- enfermedad hepática aguda- cirugía que precise inmovilización prolongada- Lupus eritematoso sistémico+anticuerpos antifosfolípidicos positivos o desconocidos.- Mutaciones trombogénicas conocidas.- Diabetes de >20 años de duración.<ul style="list-style-type: none">- Hepatitis viral aguda severa o reactivación severa. | <ul style="list-style-type: none">- lactancia 6 semanas – 6 meses posparto- hipertensión moderada (140-159 / 90-99 mmHg- Historia de hipertensión sin posibilidades de control- Hiperlipidemia conocida asociada a factores de riesgo vascular- Mayor de 35 años y fumadora de 15 cigarrillos/ día- Migraña sin síntomas focales en mujer menor de 35 años- Enfermedad hepática crónica- Enfermedad sintomática del tracto biliar- Postparto <21 días.- Historia de hipertensión controlada correctamente.- Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular (edad, tabaco, obesidad, diabetes e HTA).- Sospecha de mutaciones trombogénicas.- |

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Procedimiento

Si comienza con anticoncepción hormonal: Primer control al mes por medico calificado

1. Valorar la aparición de efectos secundarios
2. Comprobar la toma correcta y aclarar dudas
3. Control de PA y peso
4. Prescripción de receta de uso continuo (hasta seis ciclos por usuaria)

VI. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

Usuaris de anticoncepción hormonal:

Control al primer mes y posteriormente cada seis meses

- Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo
- Control de peso si ha habido cambios durante el uso de la anticoncepción hormonal
- Valorar hábitos sexuales
- Exploración ginecológica y citología anual
- Exploración mamaria cada dos años en menores de 40 años y cada año en mayores de 40 años.

Cada 3-5 años:

- Control analítico: perfil lipídico, glucosa y transaminasas.
- Suspender tratamiento si la mujer fuma o si tiene otro factor de riesgo cardiovascular.

Se recomienda una visita de seguimiento anual.

- Existen beneficios adicionales si se hace una visita de seguimiento a los 3 meses después del inicio.
- Aconseje a la usuaria regresar en cualquier momento para analizar los efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar el método.

CAMBIO DE MÉTODO

De otro método hormonal al AOC: la mujer iniciara los AOC inmediatamente si utilizo el método hormonal de forma continua y sistemática o certeza razonable de no estar embarazada, no es necesario esperar hasta la otra regla o utilizar método de respaldo. Si la usuaria cambia de inyectable a AOC, puede iniciar el AOC hasta el día que le toque la dosis de la inyección.

Cambio de método no hormonal que no sea DIU : la mujer iniciar AOC en los primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual, si tiene certeza de no estar embarazada, puede iniciar AOC inmediatamente o cualquier momento, si han transcurrido más de 5 días después del sangrado menstrual deberá abstenerse o utilizar método de respaldo

Cambio de un DIU (incluido DIU hormonal) la mujer iniciara AOC en los primeros 5 días posteriores, al inicio del sangrado menstrual. No necesita método de respaldo, el DIU se puede retirar en ese momento. Pero si tuvo relaciones, en los primeros 5 días del inicio del sangrado iniciara los AOC y se recomienda retirar el DIU hasta el siguiente ciclo.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

RECOMENDACIONES A LA USUARIA

| ¿Qué hacer en caso de...? | |
|--|---|
| Situaciones | Actuación |
| Olvido de 1 píldora activa* | Tomarla en el momento y continuar tomando las siguientes como siempre. |
| Olvido de ≥ 2 píldoras activas** | Continuar tomando las píldoras que quedan en el envase y utilizar preservativo 7 días. |
| Vómito ≤ 3 horas | Tomar otra píldora de un envase nuevo (existe el riesgo de haber expulsado la píldora con el vómito). |
| Olvido superior a tres horas tomando la píldora de progestágeno solo, | Tomar la píldora olvidada y utilizar otro método (preservativo) durante dos días. |
| Vómitos severos > 24 horas | Suspender la anticoncepción hasta que cese el proceso. |
| Diarrea severa > 24 horas | Utilizar preservativo hasta que reinicie la toma de la píldora. |
| Retraso en comienzo del siguiente envase** | Tomar la píldora en ese momento y utilizar preservativo 7 días. |
| Toma de medicamentos | Consultar para descartar interacciones. |
| Si se produce un olvido superior a tres horas tomando la píldora de progestágeno solo, | Tomar la píldora olvidada y utilizar otro método (preservativo) durante dos días. |
| Si está tomando píldoras de progestágeno solo y ocurre alguna circunstancia de las citadas anteriormente y no ha utilizado un método de refuerzo | Hacer un test de embarazo a los 15 días del suceso. |

- Es normal la aparición durante los tres primeros meses de: náuseas, vómitos, mareos, cefalea, mastalgia, sangrados o hemorragias por interrupción, ausencia de hemorragia por privación.
- En caso de aparecer alguno de estos síntomas en este periodo de tiempo, tranquilizar a la usuaria.
- Con los preparados de 15 μg y 20 μg de etinilestradiol, los sangrados intermenstruales y la ausencia de hemorragia por privación son más habituales.
- Con los preparados de progestágenos solo, el patrón de sangrado es diferente. Pueden presentar sangrados de aparición irregular más o menos frecuentes, de cantidad variable, con una tendencia a la amenorrea. Es importante informar a la usuaria de que lo habitual con estos preparados es la aparición de amenorrea de manera continua.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

ANTICONCEPTIVOS DE PROGESTINA SOLA (AOPS)

Son píldoras que contiene dosis baja de progestina igual a la progesterona natural presente en la mujer.

No contienen estrógenos y por lo tanto se puede utilizar durante la lactancia y en mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos. Las píldoras que contienen solo progestina se conocen como minipildora o AOPS (anticonceptivos que contienen progestina)

Mecanismo de acción: Funcionan engrosando el moco cervical (bloquean la llegada del espermatozoide al ovulo) Y distorsionan el ciclo menstrual inhibiendo la ovulación.

Eficacia: La eficacia de los APOS es alta. En las mujeres que amamantan ocurren tres embarazos por cada 1000 y en las que no amamantan ocurren 9 por cada 1000. La eficacia depende de la usuaria.

Para la mujer que menstrúa aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa u omite por completo el uso de la AOPS.

La AOPS sin la protección propia de la lactancia no es tan eficaz como la mayoría de métodos hormonales.

Retorno de la fertilidad: se recupera sin demora después de la suspensión de las AOPS

Protección de las ITS: ninguna.



INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Procedimientos:

Inicio de las AOPS: toda mujer puede iniciar los AOPS en cualquier momento que lo desee si tiene certeza q Inicio de AOPS que no está embarazada, o de acuerdo a los parámetros de consulta o examen físico.

Mujeres con ciclos regulares: la mujer puede iniciar en los primeros 5 días del sangrado menstrual, no la debe usar método de respaldo.

La mujer los puede iniciar si tiene certeza de no estar embarazada,
Si han transcurrido más de 5 días del sangrado puede iniciar las AOPS pero utilizar método de respaldo durante los dos días posteriores al inicio

Amenorrea: las mujer puede iniciar APOS si tiene certeza que no está embarazada, y utilizar método de respaldo los dos primeros días de inicio

Paciente con postparto con lactancia y amenorrea: la mujer que se encuentra entre las 6 semanas y los 6 meses de postparto puede iniciar en cualquier momento, si esta con lactancia exclusiva no necesita protección

La mujer con menos de 6 semanas de postparto se le puede suministrar AOPS, aclarando que las puede iniciar hasta después de las 6 semanas

La mujer con más de 6 semanas de post parto y ciclos reanudados puede iniciar AOPS siguiendo las recomendaciones para mujer con ciclos.

Post-parto sin lactancia materna: la mujer con menos de 4 semanas de postparto puede iniciar la AOPS en cualquier momento sin protección.

La mujer con más de 4 semanas después de parto y amenorrea puede iniciar AOPS en cualquier momento si tiene certeza que no está embarazada y utilizar método de respaldo los dos primeros días de inicio

Si se ha reanudado los ciclos, pude iniciar AOPS siguiendo las recomendaciones de la mujer con ciclos

Post-aborto: la mujer puede iniciar en los primeros 7 dais después del aborto no necesita método de respaldo.

Si han pasado más de 7 días puede comenzar las AOPS si tiene certeza de no estar embarazada o utilizar método de respaldo dos días después del inicio

CAMBIO DE OTRO MÉTODO HORMONAL A AOPS:

La mujer puede iniciar AOPS si utilizo un método previo de forma sistemática y correcta o si tiene certeza razonable de no estar embarazada no es necesario esperar hasta la próxima menstruación.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Si la mujer está cambiando a un método inyectable puede cambiar cuando le corresponda la dosis de la inyección o necesita método de respaldo

Cambio desde un método no hormonal que no sea DIU la mujer puede empezar AOPS dentro de los primeros 5 días posteriores al inicio del sangrado menstrual. Si ha transcurrido más de 5 días del sangrado y hay certeza razonable de no estar embarazada puede iniciar la AOPS inmediatamente o en cualquier momento utilizando método de respaldo

Cambio desde un DIU incluyendo un DIU hormonal: la mujer puede iniciar las AOPS en los primeros 5 días del sangrado menstrual no necesita protección adicional el DIU se retira en cualquier momento, si tiene certeza de no estar embarazada las puede iniciar en cualquier otro momento

Si la mujer tuvo relaciones en el ciclo menstrual actual, y transcurrieron más de 5 días, desde el inicio del sangrado los iniciar pero se retirara el DIU hasta el siguiente ciclo

Si a la mujer no tuvo relaciones en ese ciclo y pasaron más de 5 días, puede iniciar las AOPS y utilizar método de respaldo en los 7 días siguientes si desea protección adicional con el DIU en uso se recomienda retirarlo el siguiente ciclo

Si presenta amenorrea, o sangrado irregular puede iniciar AOPS con indicaciones para mujeres con amenorrea.

Efectos adversos de AOPS

Se describen cambios en patrón de sangrado menstrual, (amenorrea), cefalea no migrañosa, mareos náuseas y vómitos. Tensión o dolor mamario, cambios en el peso.

Contraindicaciones de AOPS

- Lactancia menor de 6 semanas post-parto
- Enfermedad hepática
- Enfermedad isquémica coronaria
- Trombosis venosa profunda
- Embolismo pulmonar
- Migraña focal historia de accidente cerebrovascular
- Cáncer de mama sin evidencias de enfermedad activa
- LES
- Ant de SAAF

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

RECOMENDACIONES A LA USUARIA

| ¿Qué hacer en caso de...? | |
|--|---|
| Situaciones | Actuación |
| Olvido de una o más píldoras por más de tres horas o si la omite por completo en mujeres con ciclos menstruales: | Tomar la píldora omitida lo más antes posible Seguir tomando la píldora diaria una por día (puede tomar dos al tiempo o en el mismo día) Utilizar protección AOC adicional los dos días siguientes |
| Olvido de una o más píldora por más de tres horas en mujer con amenorrea: | tomarla lo más antes posible Seguirla a diario una por día si tiene menos de 6 meses postparto y con lactancia no necesita protección adicional |

Manejo de problemas con el uso de AOPS:

Suspensión de la menstruación en mujeres que están lactando:

- Explicar que la suspensión del ciclo con o sin lactancia no son signos de enfermedad
- Explicar que las mujeres que utilizan AOPS no necesitan tener ciclos menstruales todos los meses
- Explicar que no es infértil con el uso de AOPS
- Explicar que la sangre no se acumula en el cuerpo

Sangrado irregular:

- tranquilizar a la usuaria de AOPS explicándole que las mujeres presentan

Sangrados irregulares estén o no lactando

- Explicar que usando AOPS puede tener sangrados todo el tiempo que los use
- Explicar que también se puede deber a otros medicamentos (rifampicina anticonvulsivantes)
 - Los AINES como el ibuprofeno TID ayudarían un alivio modesto y breve del sangrado

Sangrado profuso o prolongado:

- Explicar que las pacientes que utilizan AOPS pueden experimentar sangrados que no son perjudiciales, y que pueden durar algunos meses
 - Explicar que si el sangrado es prolongado tiene que prevenir el desarrollo de anemia
 - Explicar que si el sangrado persiste debe asistir a consulta y descartar otra patología asociada

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (ESTRÓGENO Y PROGESTINA) AIC

Son preparados inyectables que contienen dos hormonas una progestina y un estrógeno igual a las hormonas naturales estrógeno y progesterona que produce el cuerpo de la mujer. También recibe el nombre de inyectable combinado o la inyección mensual.

Mecanismo de acción: funciona inhibiendo la ovulación

Eficacia: depende de la puntualidad, si se utiliza de forma continua y sistemática, se produce menos de un embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso. El mayor riesgo de embarazarse se produce cuando la mujer se atrasa o la omite.

Retorno a la fertilidad: el retorno de la fertilidad esta en promedio de un mes más que para el resto de los métodos

Protección contra ITS: no protege.

Procedimiento: su prescripción seria idealmente de medicamento de uso continuo, hasta por tres meses siempre y cuando se aplique en el servicio de planificación familiar de cada clínica, sino presenta ninguna complicación

Cuando iniciar el uso del AIC

Toda mujer el elegible para el uso de AIC puede iniciarse en el momento que los desee si tiene certeza que no esté embarazada.

Criterios de aplicación:

Mujer con ciclos regulares: puede iniciar AIC en cualquier momento del ciclo con las siguientes condiciones:

- Si lo hace los primeros 7 días del inicio del sangrado no necesita método de respaldo
- Si lo hace en cualquier otro momento después de transcurrido más de 7 días desde el inicio del sangrado debe tener certeza que no esté embarazada y debe utilizar método de respaldo durante 7 días siguientes a la aplicación del AIC

Mujer con amenorrea: la mujer puede iniciar AIC en cualquier momento si tiene certeza razonable que no esté embarazada, deberá utilizar método de respaldo 7 días después de la aplicación:

Postparto con lactancia la mujer con 6 meses de postparto, lactando y en amenorrea puede iniciar AIC siguiendo las recomendaciones de mujer con amenorrea, y debe dejar la lactancia

Usualmente no se recomiendan los AIC durante la lactancia materna.

Postparto sin lactancia: la mujer en el postparto en los día 21-28(3 o 4 semanas) puede iniciar AIC inmediatamente sin no hay certeza de embarazo. No necesita protección adicional

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

La mujer con más de 4 semanas y ciclos reanudados puede iniciar AIC siguiendo las instrucciones para AIC con ciclo regular

Post-aborto la mujer puede iniciar inmediatamente después del aborto y no necesita método de respaldo

Si ha pasado más de 7 días del aborto, puede iniciarlos en cualquier momento si hay certeza de no estar embarazada, se dejara método de respaldo.

Cambios a otro método

Cambio de otro método hormonal a AIC:

Puede iniciar en cualquier momento si utilizo el método previo de forma sistemática y correcta y si tiene certeza de no estar embarazada, no es necesario esperar el ciclo o utilizar método de respaldo.

Si utilizaba otro método inyectable puede iniciar los AIC en la fecha que le corresponde recibir la dosis de su inyección, no se necesita respaldo

Cambio de un método no hormonal (que no se DIU): la mujer puede iniciar AIC en los primeros 7 días del inicio del sangrado, no método de respaldo; si ha transcurrido más de 7 días desde el inicio del ciclo puede iniciar AIV en cualquier momento con certeza de no embarazo y utilizar método de respaldo en los primeros 7 días siguientes

Cambio desde un DIU la mujer puede comenzar en I AIC en los primeros 7 días del sangrado y no necesita método de respaldo. Se retira DIU en ese momento

La mujer puede iniciar AIC si tiene certeza de no estar embarazada. Si la mujer tuvo relaciones en el ciclo y transcurrieron más de 7 días del sangrado, se recomienda retirar el DIU en el próximo periodo.

Si la mujer no tuvo relaciones en ciclo y pasaron más de 7 días desde el inicio de sangrado puede iniciar las AIC y usar método de respaldo en los primeros 7 días.

Efectos adversos:

Cambios en patrón de sangrado menstrual

Cefalea

Mareos

Náuseas y vómitos

Tensión y dolor mamarios

Cambios en el peso

Cloasma

Contraindicaciones: se mencionan las mismas que para AOC combinados

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

Injectables con progestina sola,

El acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer.

Mecanismo de acción: funciona inhibiendo la ovulación.

Eficacia: si se aplica con regularidad es del 99% (menos de un embarazo por 100 mujeres en el primer año de uso),

Retorno a la fertilidad: En promedio, luego de recibir AMPD y NET-EN, la mujer demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos.

Efectos colaterales, beneficios y riesgos para la salud:

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

Cambios en los patrones de sangrado

Quienes pueden utilizar este método: no contienen estrógeno por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.

Cuando se inicia: toda mujer iniciara los inyectables de progestina sola en cualquier momento que lo desee si tiene certeza razonable que no está embarazada.

Como se inicia:

- A) **Mujer con ciclos menstruales regulares (cada 28 a 30 días).** En los primeros siete días del inicio del sangrado menstrual sin necesidad de protección anticonceptiva adicional. Puede iniciar inyectables de progestina sola (AIPS) en cualquier otro momento si tiene certeza razonable de no estar embarazada. Si han transcurrido más de siete días desde el inicio del sangrado menstrual deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los próximos siete días.
- B) **Mujer con amenorrea:** la mujer puede iniciar AIPS en cualquier momento si tiene certeza razonable que no esté embarazada. Deberá utilizar protección anticonceptiva adicional durante los próximos siete días.
- C) **Post-parto con lactancia:** la mujer que se encuentre entre las seis semanas y seis meses post parto, lactando y en amenorrea, puede iniciar AIPS en cualquier momento si tiene certeza razonable de que no está embarazada. Si la lactancia es exclusiva no necesita protección anticonceptiva adicional. Si la lactancia no es exclusiva necesitara método de protección adicional los próximos siete días después de la inyección. La mujer después de seis semanas de post parto lactando y con ciclos menstruales reanudados puede iniciar AIPS siguiendo las recomendaciones para mujeres con ciclos menstruales regulares.
- D) **Postparto menos de seis semanas con lactancia no exclusiva:** suministrar los AIPS e indicar que debe aplicar hasta cumplir seis semanas después del parto.
- E) **Post-parto sin lactancia:** la mujer que no amamanta y está con amenorrea en el post parto menos de cuatro semanas puede iniciar AIPS en cualquier momento. No necesita utilizar

Nota: existen parches intradérmicos, y el anillo intravaginal de liberación hormonal pero no hay estudios suficientes que comprueben su eficacia, por lo que no están incluidos en las normas de la Secretaria de Salud y en estas guías.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- **Nombre genérico del medicamento**

MEDROXIPROGESTERONA (Acetato) Base 150 mg/ml. suspensión inyectable frasco.
1 ml

- **Dosis o intervalo de dosificación.**

Se inicia al quinto día del ciclo menstrual o en cualquier momento que lo desee si tiene certeza razonable que no está embarazada. o el día indicado por el médico de acuerdo a las guías y procedimientos

- **Duración del tratamiento**

Uso continuo, receta crónica.

- **Cantidad a prescribir**

1 frasco cada tres meses

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

- La inserción del DIU de Cobre (T380A)
- La inserción del DIU hormonal

En ambos debe ser realizada por personal capacitado y calificado, que incluye al médico general y médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

I. CONCEPTO:

El dispositivo intrauterino (DIU) posee una estructura de plástico que varía dependiendo de cada modelo. Sobre esa estructura plástica lleva cobre en forma de alambre o un depósito de levonorgestrel en el caso de los dispositivos liberadores de hormona.

La mayor parte de los dispositivos liberadores de cobre que están en el mercado poseen una superficie de cobre superior a 300 mm² y se les considerada de alta carga. La alta carga de cobre les confiere mayor eficacia y mayor tiempo de uso.

Los DIUs que poseen una superficie de cobre de 380 mm² tienen un tiempo de uso reconocido de 10 años. Los de superficie de 375mm² de 8 años y entre 300 a 375 mm² de 5 años.

Los DIUs liberadores de levonorgestrel, tienen un tiempo de uso reconocido de 5 años. Están indicados además de método contraceptivo en menorragia idiopática y hemorragia uterina disfuncional.

Mecanismo de acción.

Los dispositivos intrauterinos funcionan básicamente impidiendo que los espermatozoides y el ovulo se encuentren

La presencia de un cuerpo extraño en la cavidad endometrial causa cambios morfológicos y bioquímicos de manera que afectan el esperma. En el caso de los DIU de cobre, este también afecta la motilidad espermática, reduciendo la capacidad del esperma de penetrar el moco cervical. La ovulación no se ve afectada con los DIU de Cobre.

Indicaciones.

Ante la ausencia de contraindicaciones, este método puede ser recomendado a cualquier mujer que busque un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. Es recomendado en mujeres que buscan un método anticonceptivo de larga duración, en especial aquellas con alguna contraindicación para el uso de estrógenos o durante la lactancia.

II. CONTRAINDICACIONES DEL DIU

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

| contraindicaciones absolutas y relativas | | | |
|--|--|--|---|
| Tipo de DIU | Categoría | 4 | 3 |
| | Contraindicaciones Absolutas OMS | Contraindicaciones Relativas OMS | |
| Liberador de cobre y liberador de hormona | <ul style="list-style-type: none"> • Embarazo • Sepsis puerperal • Inserción inmediata después de un aborto séptico • Sangrado vaginal inexplicado • Cáncer cervical, de endometrio y de ovario pendiente de tratamiento • EIP actual • ITS actual • Enfermedad trofoblástica maligna o niveles de b-HCG persistentemente elevados • Cavidad uterina distorsionada • TBC pélvica • SIDA, sin tratamiento retroviral | <ul style="list-style-type: none"> • Post-parto entre las 48 h. y la 4 semanas • Riesgo alto de ITS • Enfermedad trofoblástica con niveles b-HCG disminuyendo o indetectables • Conducta sexual de riesgo de ITS como ser: <ul style="list-style-type: none"> • más de una persona • pareja sexual y no siempre usa condón. • Tiene una pareja sexual que posiblemente tenga más parejas sexuales y no usa condón. | |
| Liberador de hormona | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama actual | <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de mama pasado sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años. • Lupus eritematoso sistémico + anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos • Trombosis venosa profunda/embolismo | |

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>pulmonar actual</p> <ul style="list-style-type: none">• Enfermedad arterial coronaria pasada o actual• Migraña focal• Cirrosis severa• Adenoma hepatocelular• Hepatoma maligno |
|--|--|--|---|

II. INFORMACIÓN Y ASESORAMIENTO SOBRE EL DISPOSITIVO.

- **Momento de inserción:** Durante la menstruación en aquellas mujeres que no estén utilizando un método seguro. Si utiliza anticoncepción hormonal o DIU se puede colocar sin menstruación.
- **Normas postinserción del DIU:**
 - No relaciones con coito vaginal durante 3 días
 - No utilizar tampones durante la regla de la inserción del DIU
 - Enseñarles la autorevisión de los hilos después de cada menstruación.
 - Información sobre los efectos secundarios. Con los DIUs liberadores de cobre, es normal la aparición de:
 - Un aumento en la cantidad y duración de la menstruación.
 - La aparición de sangrados antes o después de la menstruación
 - La aparición de sangrados irregulares, coincidiendo con el periodo de la ovulación.
 - Aparición o aumento del dolor menstrual.
 - Aumento de la secreción vaginal de características normales.
- **Con los DIUs liberadores de hormona es normal:**
 - Un cambio del patrón de sangrado menstrual consistente en los tres primeros meses en sangrado intermenstrual y aumento de la menstruación.
 - A partir de ese momento la pérdida menstrual y el número de días de sangrado disminuyen no siendo rara la amenorrea dentro del primer año de uso.
 - Mejora la dismenorrea.
- **Información sobre los motivos de consulta:**
 - Si se produce un retraso menstrual superior a 10 o 15 días con los DIUs de cobre en una mujer con ciclos regulares.
 - Si las menstruaciones son excesivamente abundantes y duraderas.
 - Si aparece dolor en hipogastrio intenso, y/o dispareunia.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Si aparece una elevación de la temperatura superior a 37,50 C. y no existe otra causa que justifique la hipertermia.
- Si no se encuentra los hilos al hacer el tacto.

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES:

Metrorragia:

- Si son sangrados escasos, tranquilizar a la usuaria. Habitualmente la cantidad de regla aumenta entre 10-35 ml.
- Si son más abundantes y persistentes, administrar AINE.

Dismenorrea: Analgésicos, del tipo de los antiinflamatorios no esteroideos:

Ibuprofeno: 600 mg cada 8 horas. Si persiste, derivar a la usuaria para descartar patología ginecológica.

Embarazo: Tranquilizar a la usuaria y referirla para control ecográfico y extracción del DIU cuando la situación lo permita.

Desplazamiento descendente o expulsión. Se sospechará si no se ven los hilos guía en cérvix o se ven de una longitud mayor a la referencia. En estos casos se referirá para la realización de una ecografía.

Perforación uterina: se sospecha de dolor pélvico agudo, fiebre, sangrado, se recomienda ecografía y/o resonancia magnética y referencia hospitalaria.

DIU

- Aconseje a la usuaria regresar en cualquier momento para analizar los efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar el método.
- Aconseje a la usuaria regresar cuando sea el momento de retirar el DIU.
- La primera revisión debe realizarse en dos semanas después de la inserción, la segunda revisión a los dos meses y revisiones periódicas cada seis meses.

I. CÓDIGO:

Z30.2 Esterilización básica e histerectomía

II. DEFINICIÓN:

III. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

IMPLANTE SUBDERMICO

Debe ser realizada por personal capacitado y calificado, que incluye al médico general y médico especialista en Ginecología y Obstetricia.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

Debido a la naturaleza del método y ser de carácter permanente el usuario recibirá la información necesaria.

- La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina u oclusión Tubárica bilateral debe ser realizada por el médico especialista en Ginecología y Obstetricia.
- La vasectomía sin bisturí debe ser realizada por los siguientes médicos debidamente capacitados y calificados en la técnica

IV. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

La frecuencia de las siguientes visitas dependerá del método contraceptivo elegido

Control al primer mes y posteriormente cada seis meses y/o anualmente

- Actualizar anamnesis personal y familiar de factores de riesgo
- Control de peso si ha habido cambios durante el uso de la anticoncepción hormonal
- Valorar hábitos sexuales
- Exploración ginecológica y citología anual
- Exploración mamaria cada dos años en menores de 40 años y cada año en mayores de 40 años.

Cada 3-5 años:

- Control analítico: perfil lipídico, glucosa y transaminasas.
- Suspender tratamiento si la mujer fuma o si tiene otro factor de riesgo cardiovascular.

Se recomienda una visita de seguimiento anual.

- Existen beneficios adicionales si se hace una visita de seguimiento a los 3 meses después del inicio.
- Aconseje a la usuaria regresar en cualquier momento para analizar los efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar el método.

IMPLANTE SUBDERMICO

DEFINICION

Son pequeños tubos de plásticos que contienen prostageno, se implantan debajo de la piel en la parte superior del brazo.

MECANISMO DE ACCION

Funciona principalmente espesando el moco cervical y suprimiendo la ovulación.

Eficaz hasta por 7 años dependiendo el tipo de implante y el peso corporal de la mujer.

Una mujer fértil puede quedar embarazada muy pronto después de la extracción del implante si así lo desea; no son dañinos para la salud, tampoco afectan la calidad de leche materna.

INDICACIONES

Ante la ausencia de contraindicaciones, este método puede ser recomendado a cualquier mujer que busque un método anticonceptivo confiable, reversible e independiente del coito. Es recomendado en mujeres que buscan un método anticonceptivo de larga duración, en especial aquellas con alguna contraindicación para el uso de estrógenos o durante la lactancia.

MOMENTO DE INSERCION

Insertar a las 6 semanas por parto o durante el periodo menstrual y es efectivo después de los primeros 7 días.

La inserción y extracción del implante debe ser por personal debidamente capacitado.

Se recomienda al menos después de colocarlo debe mantenerse seca en la área de colocación del implante por al menos 3 días con un vendaje compresivo suave, según las normas internacionales no requiere reposo después de la aplicación solo los cuidados básicos del sitio de inserción.

CONTRAINDICACIONES

- En el embarazo
- Presencia de ciertos problemas
 - ✓ Antecedentes de tromboembolia
 - ✓ Si ha tenido algún cáncer de mama
 - ✓ Sangrado vaginal inexplicable
 - ✓ Si tiene una enfermedad hepática grave o ictericia
 - ✓ Toma de medicamentos para tuberculosis
 - ✓ Infecciones fúngicas
 - ✓ Dolores abdominales bajos

NORMAS DE POSTINSERCION

- Debe de utilizar otro método anticonceptivo durante los primeros 7 días pos inserción.

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

- Mantener el área seca por 5 días
- El implante deberá extraerse después de 4 a 7 años dependiendo del tipo de implante y el peso corporal de la paciente.

CON LOS IMPLANTES ES NORMAL

Cambios en el patrón del sangrado menstrual o ausencia de esta.

INFORMACIÓN SOBRE LOS MOTIVOS DE CONSULTA

- Deberá regresar a reversión si duele por más de 5 días, se pone rojo o líquido amarillento
- Sangrado menstrual profundo y abundante fuera de lo común.
- Tiene la piel u ojos amarillentos

EFFECTOS SECUNDARIOS Y COMPLICACIONES

- Dolores de cabeza, dolor en el abdomen bajo, mareos, sensibilidad de tacto en los senos, malestar estomacal (nauseas), nerviosismo
- Mayor riesgo de quistes ováricos
- Infección en el sitio de implante
- Incremento de peso

- **Nombre genérico del medicamento**

ETONOGESTREL 68 mg, Implante.

- **Dosis o intervalo de dosificación.**

Se coloca en los primeros días de la menstruación y se sigue los pasos de acuerdo a guías clínicas en el manual de proveedores de OPS/OMS

- **Cantidad a prescribir**

1 implante.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS

I. DEFINICIÓN: Oclusión Tubárica Bilateral (OTB)

Es una intervención quirúrgica para la mujer que tiene como objeto obstruir en forma permanente la luz de las trompas de Falopio para evitar la conjunción del ovulo-espermatide.

La derivación en las personas que solicitan un método quirúrgico debe ir precedida de una entrevista que asegure una decisión voluntaria y basada en una buena información.

Paciente elegible: paciente de 21 años y mayor

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

- ✓ Hemograma
- ✓ Prueba de embarazo
- ✓ Valoración cardiológica si el paciente es mayor de 45 años o si tiene patología previa
- ✓ Electrocardiograma
- ✓ radiografía de tórax
- ✓ Exámenes especiales por una patología medica especifica

Debe hacerse consideración especial con las pacientes beneficiarias y ser remitidas u operadas en los primeros días después de su parto para tener cobertura en la institución, o sugerir la cobertura para estas pacientes al menos 60 días después del parto.

Debe ser enviado a anatomía patológica para verificación de tejido extraído. (Biopsia)

El contenido de la entrevista debe abordar los siguientes aspectos:

1. Existencia de otros métodos anticonceptivos de posible uso
2. La naturaleza de irreversibilidad de este método
3. Contemplar la posibilidad de fallo
4. Contemplar la posibilidad de arrepentimiento
5. Informar sobre el tipo de intervención y de anestesia según el método quirúrgico

Debe firmarse un consentimiento informado para todo proceso quirúrgico y explicarse a la paciente que si el proceso es exitoso es permanente. (Ver anexo)

Manejo del dolor: ibuprofeno 400-600 mg cada 8 horas, por 5 días.

II. INCAPACIDADES

Se dan 14 días de incapacidad después de hacer el procedimiento.

III. COMPLICACIONES:

- Infección del sitio de incisión: se maneja con jabón antiséptico, limpieza, Dicloxacilina 500mg cada 6 hrs por 7 días y analgésicos.
- Hematoma: incisión para el drenaje
- Absceso: incisión para drenaje; uso de antibióticos disponibles, Dicloxacilina 500mg una cada 6 hrs por 7 días.

Es deseable la participación de ambos miembros de la pareja aunque esto no excluye la demanda individual. Lo puede solicitar de forma espontánea solo la mujer.

VASECTOMÍA:

- I. **DEFINICIÓN:** Es un método quirúrgico de planificación familiar permanente para el hombre que consiste en seccionar o bloquear los conductos deferentes para evitar el paso de espermatozoides al pene.

Eficacia: es uno de los métodos más eficaces de planificación familiar, se acompaña de un riesgo pequeño de fracaso que depende que el usuario se asegure a través del examen de semen que ya no está expulsando espermatozoides (12 semanas después del procedimiento). Su eficacia varía de un 97 al 99% después de los tres meses.

Es un método permanente e irreversible. No protege ante las infecciones de transmisión sexual.

No requiere de exámenes antes de su práctica, el paciente debe ser remitido previamente a trabajo social para información y posterior firma de consentimiento informado.

Después del procedimiento se recomienda en las primeras 4 hrs aplicación de hielo local y ropa interior ajustada; se recomienda incapacidad por 5 días y control espermático a las 12 semanas, se reanuda la actividad sexual unas semanas después del procedimiento con protección hasta no tener espermograma de control. Debe ser enviado material a anatomía patológica para identificación de tejido.

II. COMPLICACIONES:

- Sangrado o coágulos después del procedimiento: desaparecen sin manejo en un par de días o semanas.
- Absceso: limpieza e incisión, administración de antibióticos **Dicloxacilina** 500mg cada 6 hrs por 7 días.
- Infección del sitio de incisión: limpieza y antibiótico por 7 días, **Dicloxacilina** 500mg cada 6 hrs por 7 días

MÉTODOS NATURALES Y DE BARRERA

I. NOMBRE GUÍA CLÍNICA:
PLANIFICACIÓN FAMILIAR IHSS

II. CÓDIGO:
Z30.8 Otras atenciones especificadas para la anticoncepción
Z30.9 Asistencia para la anticoncepción, no especificada

III. DEFINICIÓN:
Métodos Naturales: son aquellos que se basan en el conocimiento de los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, y la adaptación de las relaciones sexuales completas con eyaculación intravaginal en las fases infértiles del ciclo menstrual. Se trata de evitar la concepción sin el uso de fármacos, procedimientos mecánicos ni quirúrgicos.

Métodos de Barrera: Se definen como aquellos que, por un mecanismo físico, impiden la unión del espermatozoide y el óvulo evitando así el embarazo y en el caso del condón previenen ITS y VIH/SIDA.

IV. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

**MÉTODOS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR
PLANIFICACIÓN FAMILIAR NATURAL - MÉTODOS DE BARRERA Y MÉTODOS NATURALES**

El suministro de estos métodos debe ser realizado por personal calificado, que incluye al médico general y Gineco- Obstetra, así como personal de salud capacitados para este fin.

V. SEGUIMIENTO DEL PACIENTE

La frecuencia de las siguientes visitas dependerá del método contraceptivo elegido

En aquellas mujeres que utilicen métodos que no requieran revisiones posteriores (como por ejemplo los métodos de barrera), se les ofrecerá la consulta de planificación familiar para el diagnóstico precoz del cáncer ginecológico siguiendo las recomendaciones expuestas anteriormente.

Se recomienda una visita de seguimiento anual.

- Existen beneficios adicionales si se hace una visita de seguimiento a los 3 meses después del inicio.
- Oriente a la usuaria regresar en cualquier momento para analizar los efectos secundarios u otros problemas, o si desea cambiar el método.

MÉTODOS DE BARRERA Y MÉTODOS NATURALES

Métodos de Barrera

Condón Femenino: o condón vaginal es un método anticonceptivo de barrera de uso vaginal alternativo al preservativo masculino. Consiste en una delgada funda que se ajusta a las paredes de la vagina y se puede llevar puesto hasta 8 horas. A diferencia del preservativo masculino no queda ajustado a tensión y por la humedad y temperatura propias de la vagina se adhiere cómodamente y su presencia es casi inapreciable. (En este momento no estará incluido dentro de los insumos que proporcionara el instituto por estar en nivel 3 de evidencia)

Diafragma: Consiste en un aro metálico flexible con una membrana de látex o silicona, que se inserta en la vagina manualmente, tiene forma de cúpula, se coloca sobre el cuello uterino, el diafragma se coloca hasta 6 horas antes de una relación sexual es necesario conocer las medidas de la vagina de cada mujer por los distintos tamaños de diafragma, tiene una efectividad de 84 a 92%. (En este momento no estará incluido dentro de los insumos que proporcionara el instituto por estar en nivel 3 de evidencia)

Preservativo masculino o condón: Es un de forro o funda que se adaptan al pene erecto. Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren a la vagina, evitando así el embarazo. Confieren protección contra las ITS y VIH/SIDA. La mayoría están hechos de una fina goma de látex.

Mecanismo de acción.

El condón actúa como una barrera mecánica que impide el contacto del semen y los fluidos corporales con la compañera sexual. Algunos condones poseen lubricantes o espermicidas.

Indicaciones.

- Prevención del embarazo.
- Prevención de enfermedades de transmisión sexual.
- Método anticonceptivo agregado a otras terapias (doble protección).

Espermicidas: son sustancias químicas que alteran la movilidad o matan los espermatozoides. Normalmente se utilizan para incrementar la efectividad de métodos barrera de contracepción, como los condones masculino/femenino o el diafragma, o bien solos, en óvulos vaginales. Estos se formulan a partir de cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio. (En este momento no estará incluido dentro de los insumos que proporcionara el instituto por estar en nivel 3 de evidencia)

MÉTODOS NATURALES

Los métodos basados en el conocimiento de los procesos fisiológicos que dan lugar a la ovulación, requieren la cooperación de la pareja. La pareja debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles. Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico. No presentan efectos secundarios ni riesgos para la salud.

Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad podrían no ser apropiados para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

Métodos basados en el “Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuando empieza y termina el periodo fértil de su ciclo menstrual. (El periodo fértil es cuando ella puede quedar embarazada.)

Para la utilización de los métodos naturales es necesario un mínimo conocimiento de la fisiología del ciclo menstrual y de la vida media de las células reproductoras:

- La ovulación tiene lugar, en el 98% de los casos, 14 + 2 días antes de la siguiente menstruación, al menos en los ciclos regulares
- El espermatozoide puede sobrevivir en el moco cervical durante 3-6 días.
- El ovocito tiene una vida media de 12-24 horas.
- La progesterona se eleva en plasma desde 8 horas antes de la ovulación y produce un aumento de la temperatura corporal.
- Las características del moco cervical varían a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y gestágenos.

La fase fértil del ciclo menstrual de la mujer es el comprendido entre 6 días antes de la ovulación y 1 día después de la misma. Dada la dificultad que existe para conocer exactamente el día que se ha producido la ovulación, a este periodo fértil se añaden unos márgenes de tiempo, más o menos amplios en función del método, para aumentar la seguridad de los métodos naturales. Para saber qué días determinan esa fase se usan distintos métodos:

- Método del moco cervical o Billings.
- Método de la temperatura basal.
- Método del ritmo.

I. TIPOS DE MÉTODOS:

1. **Método De Billings** o El método del moco cervical está basado en los cambios que éste sufre a lo largo del ciclo en función de los niveles de estrógenos y de progesterona: Teniendo en cuenta que la ovulación ocurre el día 14, y que el óvulo puede ser fecundado

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

sólo durante 24-36 horas, se calcula el período fértil o de inseguridad, en función de la duración del ciclo más largo y el más corto.

2. El método de la temperatura basal se basa en el efecto termogénico de la progesterona. El período de «seguridad» empieza la noche del tercer día de hipertermia confirmada y finaliza con la llegada de la menstruación. (Recuerda que en la ovulación se produce un aumento de la temperatura, por encima de 37°C, debido a la acción hipertérmica de la progesterona).
3. **El método del ritmo** calcula de forma teórica los periodos del ciclo de máxima fertilidad.
4. **El Collar del Ciclo:** Es el método que enseña a la mujer la evolución del ciclo menstrual identificado sus días fértiles y no fértiles.

OTROS MÉTODOS NATURALES

1. **MELA:** (Método de Lactancia – Amenorrea): Durante la lactancia, los niveles elevados de prolactina suprimen en un grado variable el eje hipotálamo hipofisario, pero los niveles de PRL varían considerablemente y es imprevisible la duración de la amenorrea.

El método de amenorrea de lactancia no protege contra ITS/VIH. Si existe riesgo de ITS/VIH (incluso durante el embarazo o posparto) se recomienda el uso correcto y consistente de condones, ya sea solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Se ha comprobado que los condones masculinos de látex protegen contra ITS/VIH.

Las mujeres con condiciones que hacen del embarazo un riesgo inadmisibles deben ser informadas de que el método de amenorrea de lactancia podría no ser apropiado para ellas debido a su relativamente alto porcentaje de fallas en el uso típico.

Condiciones en las cuales la lactancia materna puede ser usada de manera segura y eficaz para espaciar los nacimientos, Estas recomendaciones incluyen los siguientes tres criterios, los que en su totalidad deben cumplirse para asegurar la protección adecuada de un embarazo no planificado:

(1) Amenorrea; (2) amamantando total o casi totalmente; y (3) menos de seis meses posparto.

2. **Coito Interrumpido:** Es la eyaculación fuera de la vagina durante el acto sexual

RECOMENDACIONES GENERALES

1. Identificar a la usuaria del método.
2. Orientar sobre la correcta utilización del método.
3. Motivar a la paciente sobre el uso de dos métodos a la vez para una mejor eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos -- 4ª ed.. (2012). Recuperado el 1 de Julio de 2014, de Organización Mundial de la Salud: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789243563886_spa.pdf
2. Marjoribanks Jane, P. M. (4, 2014). Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for dysmenorrhoea. Recuperado el 1 de Julio de 2014, de The Cochrane Collaboration: <http://cochrane.bvsalud.org/cochrane/main.php?lib=COC&searchExp=mefenamic%20and%20acid%20and%20dismenorrea&lang=es>
3. Paniagua., I. B. (30/08/2013). FISTERRA. Recuperado el 1 de Julio de 2014, de GUIA CLINICA ANTICONCEPCION: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/anticoncepcion/>
4. Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Proyecto de Conocimientos sobre la Salud. Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2011.
5. Normas y Procedimientos de Atención para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad, Secretaria de Salud, 2010
6. Planificación familiar un manual para proveedores, OMS/OPS revisión 2011;
7. PLM/CAD versión 2014
8. Alonso Roca R. Planificación Familiar. En: Guía de actuación en Atención Primaria. SEMFYC; 1998
9. Atención directa de enfermería. Conceptos generales y procedimientos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud; 1987
10. Blasco Valle M, Tobajas Asensio JA. Manual práctico de Planificación Familiar: asistencia primaria. Madrid: M. Blasco; 1986
11. Chi I, MD, DrPH. The TCu380A, MLCu375, and NovaT μ UDs and μ UD daily releasing 20mg Levonorgestrel four pillars of UD contraception for the nineties and beyond? Contraception, 2003;47(4):325-347
12. Dexeus Trías de Bes. Anticoncepción. 2 ed. Barcelona: Salvat; 1989
13. Division of Family Health. Improving Access to Quality Care in Family Planning. Medical Eligibility Criteria for Initiating and Continuing Use of Contraceptive Methods. Geneva: World Health Organization; 1995
14. Farley TMM. Evolución del desempeño del DIU. Bol Med JPPF 1 997;3 1(4)
15. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción oral esteroidal. Bol Med IPPF 1995;29 (4)
16. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción oral esteroidal. Bol Med IPPF 1998;32(6): 1-8
17. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción inyectable. Bol Med LPPF 1999;33(2): 1- 4

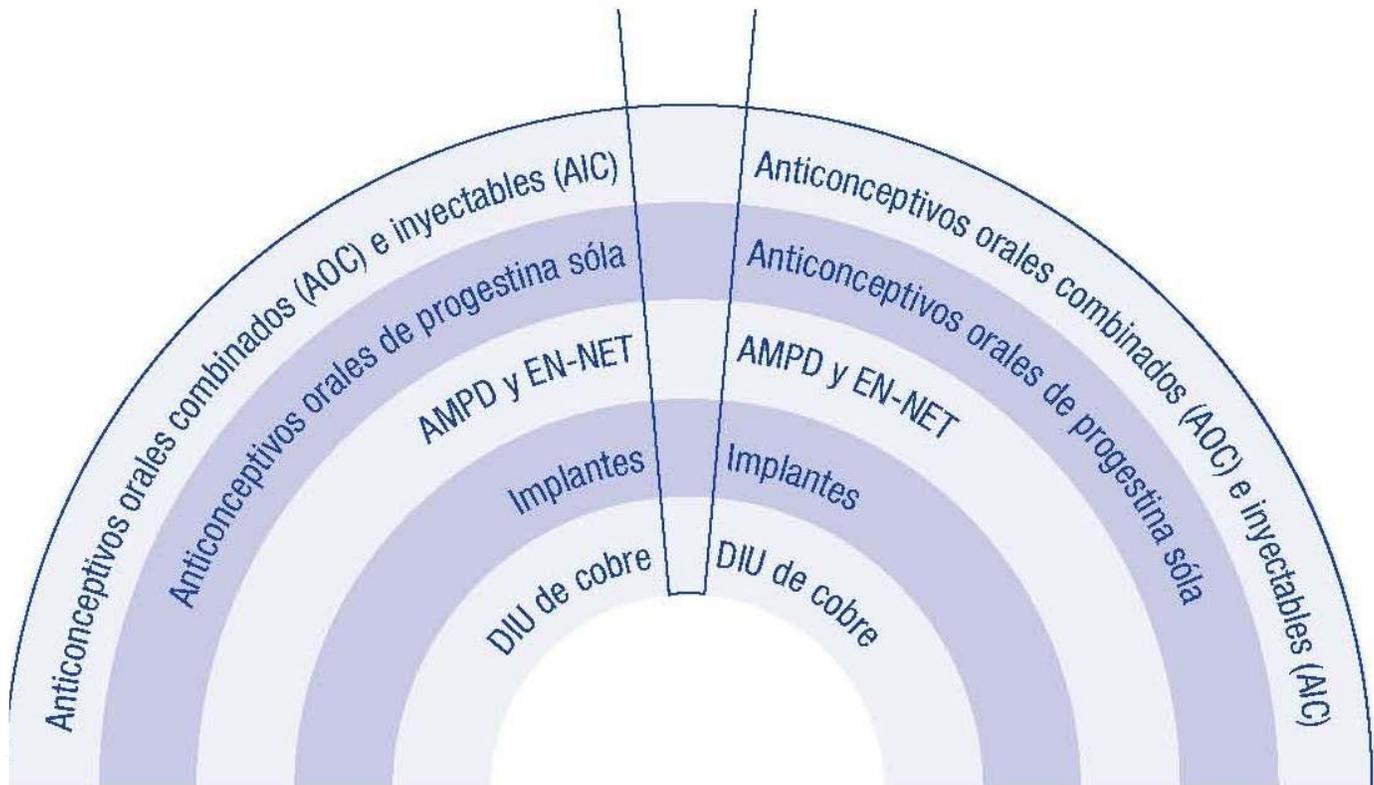
INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

18. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre esterilización voluntaria quirúrgica. Bol Med JPPF 1999;33 (4): 1-4
19. Grupo Internacional para Asesoramiento Médico de la Federación Internacional de Planificación de la familia (IMAP). Declaración del IMAP sobre la anticoncepción de emergencia. Bol Med IPPF 2000;34(3): 1-4
20. Guía de Medicina Clínica Preventiva. US. Preventive services Task Force. Barcelona: Medical Trends; 1998
21. López-Arregui E., Perpiñá Cano J., Álvarez Gonzalez D., Dueñas Díez J. Anticoncepción hormonal oral y alteraciones neurológicas. En: Manual de Anticoncepción Hormonal Oral. Zaragoza: ENO Reproducciones;1997. p.381-.419
22. Manual de Planificación familiar para médicos. Publicaciones Médicas de Federación Internacional de la Familia(IPPf); 1989
23. Martín Zurro A, Cario Perez JT. Atención Primaria. Concepto, organización y práctica clínica. 4a ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999
24. Muñoz González R. Introducción al trabajo de la matrona en Atención Primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Instituto Nacional de la Salud; 1989
25. Plan General de Centros de Orientación familiar. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Dirección General de la Salud Pública, Subdirección de programas y promoción de la salud; 1985
26. Protocolo de Planificación familiar. FMC- Protocolos 1995; 2, sup 2
27. Prescripción y manejo de anticonceptivos hormonales orales. Conferencia de Consenso. Toledo; octubre 1997
28. Treiman K, Liskin L, Kols A, Rinehart W. IUDs an update. Baltimore: Johns Hopkins University;1995.(Population Reports,serie B, number 6)
29. Van Kets H, Van der Pas H, Thiery M, Wildemeersch D, Vrijens M, Van Trappen Y et al. The GyneFix implant systems for interval, postabortal and postpartum contraception: a significant advance in long-term reversible contraception. International Study Group on Intrauterine Drug Delivery. Eur J Contracept Reprod Health Care 1997;2(1):1-13 [Medline]

INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL

| CONDICIÓN | AOC | AIC | P/A | AOPS | AMPD EN-NET | Implantes LNG/ETG | DIU-Cu | DIU-LNG |
|--|---------------------------------|---------------------------------|------------------|--|--|--|---------------------------------|---------------------------------|
| I = inicio, C = continuación, LM = lactancia materna, NA = no aplica | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA | | | | | | | | |
| EMBARAZO | NA [†] | NA [†] | NA [†] | NA [†] | NA [†] | NA [†] | 4 [†] | 4 [†] |
| EDAD | Menarquia a <40 = 1 ≥40=2 | Menarquia a <40 = 1 ≥40=2 | | Menarquia a <18 = 1 18-45=1 >45=1 | Menarquia a <18 = 2 18-45=1 >45=2 | Menarquia a <18 = 1 18-45=1 >45=1 | Menarquia a <20 = 2 ≥20=1 | Menarquia a <20 = 2 >20=1 |
| PARIDAD | | | | | | | | |
| a) Nullípara | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| b) Mujeres que han tenido 1 o más partos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| LACTANCIA MATERNA | | | | | | | | |
| a) < 6 semanas posparto | 4 | 4 | 4 | 3 [†] | 3 [†] | 3 [†] | | |
| b) 6 semanas a < 6 meses (principalmente con lactancia materna) | 3 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | | |
| c) ≥ 6 meses posparto | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | | |
| POSPARTO (en mujeres que no estén amamantando) | | | | | | | | |
| a) < 21 días | | | | 1 | 1 | 1 | | |
| (i) sin otros factores de riesgo de TEV | 3 [†] | 3 [†] | 3 [†] | | | | | |
| (ii) con otros factores de riesgo de TEV | 3/4 [†] | 3/4 [†] | 3/4 [†] | | | | | |
| b) ≥ 21 días | | | | 1 | 1 | 1 | | |
| (i) sin otros factores de riesgo de TEV | 2 [†] | 2 [†] | 2 [†] | | | | | |
| (ii) con otros factores de riesgo de TEV | 2/3 [†] | 2/3 [†] | 2/3 [†] | | | | | |
| c) > 42 días | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | |
| POSPARTO (en mujeres que estén o no estén amamantando, incluso después de una cesárea) | | | | | | | | |
| a) < 48 horas incluida la inserción inmediatamente después del alumbramiento de la placenta | | | | | | | 1 | 1=sin LM 3=LM |
| b) ≥ 48 horas a <4 semanas | | | | | | | 3 | 3 |
| c) ≥ 4 semanas | | | | | | | 1 | 1 |
| d) Sepsis puerperal | | | | | | | 4 | 4 |
| POSTABORTO | | | | | | | | |
| a) Primer trimestre | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] | 1 [†] |
| b) Segundo trimestre | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 |
| c) Inmediatamente después de aborto séptico | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 4 |
| EMBARAZO ECTÓPICO PREVIO | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Disco para determinar la elegibilidad de un Método Anticonceptivo



1 Use el método en cualquier circunstancia

2 En general, use el método

3 Habitualmente no se recomendará el método, a no ser que no haya otros métodos más apropiados disponibles o aceptables

4 NO se debe usar el método

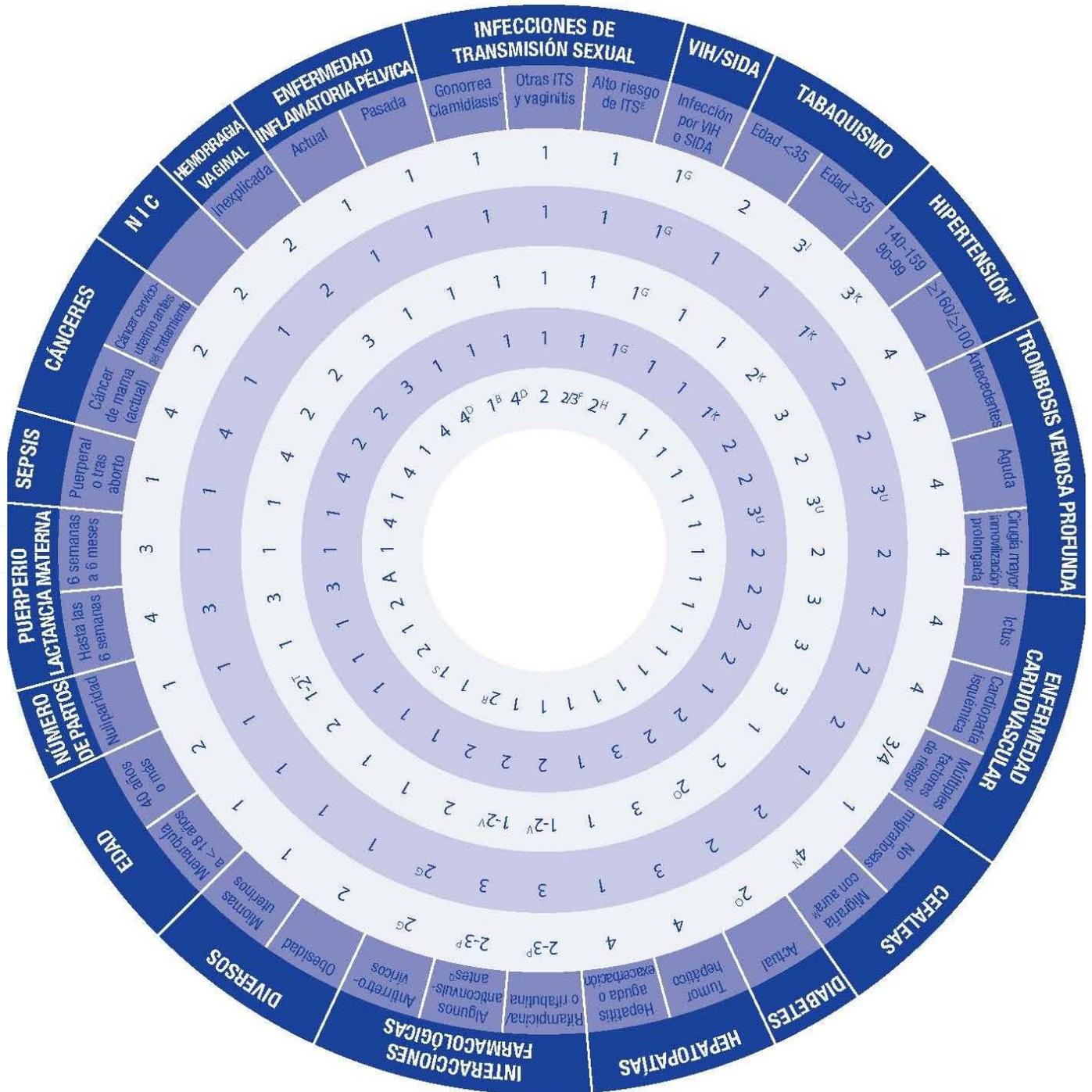
Disco OMS para determinar elegibilidad médica de métodos anticonceptivos

Este instrumento resume los criterios médicos que hay que tener en cuenta a la hora de elegir el método anticonceptivo inicial, y está basado en la directriz OMS *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, 3ª ed. (2005) y su Actualización 2008.



Organización
Mundial de la Salud

Disco para determinar la elegibilidad de un Método Anticonceptivo



Disco para determinar la elegibilidad de un Método Anticonceptivo

Características y afecciones en las que todos los métodos entran dentro de las categorías 1 y 2 (se pueden utilizar)

| | | |
|---|---|---|
| Alto riesgo de VIH | Edad: 18-39 | Paludismo |
| Anemias, entre ellas la drepanocitosis y la talasemia | Endometriosis | Tras un aborto (sin sepsis) |
| Antecedentes de cirugía pélvica, incluida la cesárea | Epilepsia | Trastornos tiroideos |
| Antecedentes de diabetes gestacional | Esquistosomiasis (bilharziasis) | Tratamientos con antibióticos (excluida la rifampicina o rifabutina) |
| Antecedentes de embarazo ectópico | Hemorragias menstruales irregulares, intensas o prolongadas | Tuberculosis (aunque en caso de tuberculosis genital no se puede utilizar el DIU) |
| Antecedentes de hipertensión durante el embarazo | Hepatitis vírica (portadora o crónica) | Tumores ováricos benignos, incluidos los quistes |
| Cirrosis leve | Intervención quirúrgica sin inmovilización prolongada | Valvulopatía cardíaca no complicada |
| Depresión | Mastopatías; antecedentes familiares, mastopatías benignas y tumoraciones no diagnosticadas | Venas varicosas |

Notas acerca de las afecciones

- A** Puede insertarse < 48 h o \geq 4 semanas después del parto.
- B** 2 si no ha tenido partos posteriormente.
- C** U otras formas de cervicitis purulenta.
- D** Si aparece durante el uso del DIU, se puede seguir utilizando durante el tratamiento.
- E** Si hay alto riesgo de ITS o VIH, aconsejar el uso de preservativos.
- F** 3 si hay gran probabilidad de exposición a gonorrea o clamidiasis.
- G** 2 si está en tratamiento con antirretrovíricos; excepto ARVs reforzados con ritonavir = 3.
- H** 3 si tiene SIDA y no va bien con el tratamiento antirretrovírico.
- I** AOC = 4 si hay gran consumo de tabaco.
AIC = 2 si hay ligero consumo de tabaco.
- J** Si no se puede medir la tensión arterial y no tiene antecedentes conocidos de hipertensión, se pueden utilizar todos los métodos.
- K** Se aplica la misma categoría a la hipertensión controlada.
- L** Los factores de riesgo incluyen la edad avanzada, el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión.
- M** Para comprobar si la migraña se acompaña de aura, pregunte: «¿Ve una mancha luminosa antes de que aparezca el dolor de cabeza?»
- N** AOC y AIC = 2 en caso de migraña sin aura y edad < 35 años. AOC y AIC = 3 en caso de migraña sin aura y edad \geq 35 años.
- O** AOC, AIC, AMPD y EN-NET = 3-4 en caso de diabetes complicada o de duración > 20 años.
- P** AOC = 3. AIC = 2.
- Q** Fenitoína, carbamazepina, barbituratos, primidona, topiramato, oxcarbazepina. Para lamotrigina AOCs/ACIs = 3. Otros métodos = 1
- R** DIU = 3 si el estado clínico no es bueno.
- S** No se puede utilizar el DIU si hay distorsión de la cavidad uterina.
- T** 2 si la edad es > 45 años.
- U** Si la terapia anticoagulante está establecida = 2.
- V** AMPD = 1; EN-NET = 2.

Elaborado en colaboración con:



© Organización Mundial de la Salud, 2009