



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

NOMBRE DEL ALUMNO

RODOLFO MARGARITO SANCHEZ NAJERA

TRABAJO

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

MATERIA

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

GRADO Y GRUPO

5o CUATRIMESTRE

LICENCIATURA EN ENFERMERIA

OCOSINGO, CHIAPAS.

METODOS DE PLANIFICACION FAMILIAR

La planeación familiar tiene un papel clave en la promoción de la salud personal de las mujeres y optimiza de manera única la salud materna y el bienestar fetal al permitir que las parejas planeen y se preparen para los embarazos que desean; por tanto, tiene implicaciones importantes para la salud pública.

Los condones (preservativos) y anticonceptivos orales fueron reconocidos por los U. S. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) como una de las 10 intervenciones de salud pública más importantes del siglo XX. Si se considera que éste fue el siglo en el que se desarrollaron las vacunas y tratamientos para la viruela, polio, fiebre amarilla y muchas otras enfermedades que han asolado a la humanidad durante milenios, este reconocimiento resalta la magnitud de las contribuciones que han hecho estos métodos anticonceptivos. Cada año, 600 000 mujeres mueren en todo el mundo por un embarazo y causas relacionadas con éste y tres millones más sufren discapacidades significativas permanentes.

Muchos métodos anticonceptivos también ayudan a reducir la diseminación de algunas infecciones de transmisión sexual.



A pesar de la efectividad de los anticonceptivos modernos, no han alcanzado aún su potencial completo. Casi la mitad de los embarazos se clasifican como “no intencionales”, lo que significa que la mujer termina el embarazo con un aborto electivo o continúa con un embarazo que no planeó. Muchos embarazos no intencionales ocurren en mujeres que usan anticonceptivos, pero no utilizan en forma correcta el método que eligieron. Cada año se producen casi un millón de embarazos en mujeres que eligen este método. Más de la mitad de estas

personas omiten tres o más pastillas cada ciclo, y muchas no surten de nuevo sus prescripciones en forma oportuna. Los embarazos que se clasifican como “intencionales” incluyen embarazos planeados y preparados, así como embarazos a los que las mujeres son indiferentes.

Cuando los métodos anticonceptivos de las mujeres con actividad sexual se agrupan en niveles con base en su eficacia con el uso típico, resulta evidente que los métodos más eficientes son los prolongados, convenientes y que no requieren una acción continua de la mujer (nivel 1). Por ejemplo, los dispositivos intrauterinos (DIU) y los implantes de progestina proporcionan el nivel más alto de protección contra el embarazo, con tasas de falla el primer año menores de 1%. Otros métodos hormonales, como la inyección que se aplica cada tres meses, los anillos vaginales mensuales, parches semanales y pastillas diarias están en el nivel 2. Cada uno de estos métodos hormonales puede alcanzar tasas muy bajas de embarazo (1%), pero con el uso típico, tienen tasas de falla en el primer año de 7 a 8%. Los métodos anticonceptivos del nivel 3 son los métodos de barrera y los conductuales. En este caso, la diferencia entre la capacidad que ofrece el método y lo que ocurre en realidad es más amplia. Por ejemplo, los condones masculinos tienen una tasa de falla menor de 2% si se usan en forma correcta y consistente. Sin embargo, en la vida real la tasa de embarazo es de 17.4%. Los métodos de barrera femeninos (diafragma cervical y condón femenino) se acompañan de tasas más altas de embarazo. Resulta interesante que los métodos conductuales, como el coito interrumpido y los métodos para conocimiento de fertilidad tienen tasas casi equivalentes a muchos métodos de barrera.

Los mecanismos de acción varían en cada método de planificación familiar. Contrario a la opinión prevaleciente, la acción principal de todos los métodos de control natal es la anticoncepción (la prevención de la fecundación). El aborto es la interrupción de un embarazo establecido. La intercepción se define como una acción que bloquea la implantación (es decir, que actúa después de la fecundación, pero antes que el embarazo se establezca siete días después).

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.

NIVELES DE EFICACIA	
Nivel	Métodos anticonceptivos
1: A largo plazo	Implantes de progestina y dispositivos intrauterinos
2: Hormonal combinado	Inyecciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito Anillos vaginales, parches transdérmicos, anticonceptivos orales
3: De barrera y conductuales	Condomes masculinos, diafragmas, capuchones, condones femeninos, escudo Espermicidas Coito interrumpido, método de conciencia de fertilidad, planeación familiar natural

TASAS COMPARATIVAS DE FALLA ANTICONCEPTIVA ENTRE EL USO TÍPICO Y EL USO PERFECTO

Método anticonceptivo	Porcentaje de falla en el primer año de uso	
	Uso perfecto	Uso típico
Ningún método	85	85
Esterilización masculina	0.10	0.15
Esterilización femenina	0.5	0.5
DIU T-380A de cobre	0.6	0.8
DIU liberador de levonorgestrel	0.1	0.1
DMPA	0.3	6.7
Anticonceptivos orales, combinado	0.3	8.7
Anticonceptivos orales, sólo progestina	0.5	8.7
Diafragma con espermicida	6	16
Condón masculino, látex	2	17.4
Capuchón cervical, antecedente de parto	26	32
Capuchón cervical, nulípara	9	16
Espermicidas	15	29
Conciencia de la fertilidad	19	25.3
Coito interrumpido	—	18.4

ANTICONCEPTIVOS DEL NIVEL 1

Los dispositivos intrauterinos y los implantes son los métodos reversibles más efectivos disponibles para las mujeres con riesgo de embarazo. Las tasas de falla típicas corresponden a las que se observan con el uso correcto. Ambos son muy seguros y pueden usarlos mujeres con trastornos médicos graves en las que el embarazo sería peligroso.

Implantes anticonceptivos

Actualmente sólo se dispone de un implante, un sistema de una sola barra llamado Implanon. La barra anticonceptiva mide 4 cm de largo y 2 mm de diámetro. La progestina etonogestrel se mezcla con la matriz del cilindro plástico. La velocidad con la que se libera el etonogestrel está controlada por una membrana de liberación que cubre la barra. Esta barra está indicada hasta para tres años de uso. En estudios en todo el mundo que reúnen la experiencia en más de 58 000 ciclos-mujer, ninguna mujer ha quedado embarazada cuando la barra estaba en su sitio. Como algunas mujeres concibieron en las dos semanas siguientes al retiro, esos embarazos se incluyen como posibles fallas del método.

El implante se coloca en el tejido subcutáneo de la cara interna del brazo no dominante de la paciente. La colocación se hace en el consultorio en un procedimiento que dura 1 min. Todas las mujeres son candidatas a este método conveniente y rápidamente reversible. Sólo las mujeres con cáncer mamario en los cinco años previos tienen una contraindicación absoluta para usar la barra anticonceptiva. Las mujeres que usan anticonvulsivos como fenobarbital y fenitoína, que aumentan la actividad enzimática del citocromo P-450, tienen tasas de falla más altas, al igual que aquellas que usan remedios sin prescripción, como la hierba de San Juan.

La barra anticonceptiva se diseñó para liberar etonogestrel en niveles suficientes para suprimir la ovulación. Con pruebas ecográficas detalladas y de laboratorio, se demostró que ninguna mujer ovuló durante los 30 meses de uso de este método y durante los últimos seis meses de uso, sólo se produjeron tres ovulaciones. Es probable que en estos últimos casos el embarazo se impidió porque el moco cervical espeso impidió la entrada de los espermatozoides hacia la parte superior del aparato genital. La progestina liberada también afecta al endometrio. Estos cambios endometriales no contribuyen de ninguna manera significativa a la protección contra el embarazo, pero alteran los patrones de sangrado, que se vuelve "impredicible". Las pacientes pueden alternar entre amenorrea, oligomenorrea y menstruación regular. Debe recomendarse el uso de protectores ligeros para la ropa interior a fin de estar preparadas para sangrado y

manchado inesperado. El retorno de la fertilidad es rápido después de retirar el implante, lo cual puede hacerse en un procedimiento de consultorio que dura menos de tres minutos.

Anticonceptivos intrauterinos

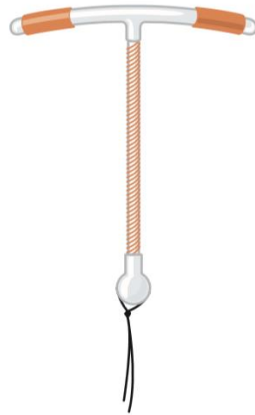
Existen dos anticonceptivos intrauterinos: el T 380A de cobre (DIU-T de cobre) y el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (LNG-IUS). Ambos ofrecen protección contra el embarazo equivalente a la esterilización y deben considerarse con seriedad como alternativa en cualquier mujer que elija el procedimiento. El DIU T-380A de cobre está aprobado por la U.S. Food and Drug Administration para 10 años de uso, pero los estudios muestran que conserva una efectividad elevada al menos por 20 años. Este DIU brinda una protección excelente contra el embarazo, conveniente y reversible en poco tiempo. Las tasas de falla en el primer año son de 0.7%, y las tasas acumulativas a 10 a 12 años son de 1.4 a 1.9%. La mayoría de las mujeres es candidata para el uso del DIU, incluidas las que tienen problemas médicos serios, como hipertensión, obesidad mórbida, diabetes, accidente cerebrovascular, infarto miocárdico y cáncer. Las únicas contraindicaciones absolutas para la colocación inmediata del DIU son infección activa o cáncer en el cérvix o el útero, distorsión de la cavidad uterina o una cavidad uterina que no tenga el tamaño correcto (6 a 9 cm de profundidad) para contener el dispositivo.

El DIU de cobre funciona como anticonceptivo porque inmoviliza y mata a los espermatozoides. Las mujeres que usan este DIU deben revisar cada mes los hilos del dispositivo para verificar que siga en su sitio. Se les debe advertir que la menstruación podría ser más intensa y más prolongada.

Para mujeres con menstruación abundante o dolorosa, el LNG-IUS casi siempre es mejor opción. Este sistema es efectivo al menos por cinco años. Con tasas de falla en el primer año de 0.14%, el LNG-IUS previene la concepción porque espesa el moco cervical e impide la entrada de los espermatozoides hacia la parte superior del aparato genital. Con el tiempo, las dosis altas de progestina producen cambios profundos en el endometrio, lo cual se refleja en los patrones de sangrado de la paciente. Por lo general, las mujeres experimentan episodios frecuentes de hemorragia no programada y manchado en los primeros meses, después de lo cual ésta se vuelve rara. Para los 12 meses, 20% de las mujeres no tienen sangrado ni manchado, el patrón más frecuente es de 1 a 3 días de manchado al mes. Por tanto, la concentración de hemoglobina se eleva.

En casi todos los países, el LNG-IUS está aprobado tanto para anticoncepción como para el tratamiento de sangrado vaginal profuso y

prolongado. En este aspecto es al menos tan efectivo como la ablación endometrial.



Dispositivo intrauterino T 380A de cobre.

ANTICONCEPTIVOS DE NIVEL 2

Todos estos métodos actúan sobre todo por espesamiento del moco cervical y bloqueo del pico de la hormona luteinizante para prevenir la ovulación. Todos estos métodos hormonales tienen casi la misma tasa de falla (8%) y todos tienen una eficacia potencial mucho mayor si se usan en forma correcta y consistente (0.3 a 2%).

Es necesario eliminar las barreras para el uso correcto a fin de ayudar a las mujeres a tener más éxito con estos métodos. Deben seguirse protocolos de inicio rápido para permitir el acceso inmediato a la protección. Cualquiera de estos métodos puede iniciarse en cualquier día del ciclo de la paciente, mientras no esté embarazada; recurrir a la anticoncepción de emergencia si se mantuvo un coito sin protección en los cinco días previos, y utilizar condones al menos en los siete a nueve días siguientes, hasta que el método hormonal le brinde protección confiable. La anticoncepción de emergencia en anticipación a la necesidad brinda un respaldo para los lapsos inevitables en el uso del anticonceptivo actual.

Productos hormonales combinados

Los anticonceptivos hormonales combinados con estrógenos y progestinas sintéticos están disponibles como pastillas para tomar una vez al día, parches transdérmicos que se cambian cada semana y anillos vaginales que se cambian una vez al mes. Existen anticonceptivos orales combinados con distintas progestinas y varias dosis de estrógeno para permitir que los médicos encuentren las formulaciones que funcionan bien en distintas mujeres. Hay formulaciones para

uso por ciclos extendidos a fin de eliminar o minimizar el número de episodios de hemorragia programada inducidos por las pastillas placebo. Esta hemorragia programada no tiene indicación médica, pero algunas mujeres lo desean por razones personales.

Existen muchos otros beneficios a la salud para las mujeres que usan anticonceptivos hormonales combinados. Hay tres formulaciones aprobadas para el tratamiento del acné, y una para el tratamiento del trastorno disfórico premenstrual. Con los métodos hormonales, los episodios de sangrado son menos abundantes, más cortos, menos dolorosos y más predecibles que la menstruación espontánea. El riesgo de cáncer ovárico y endometrial se reduce, y estos beneficios para la salud aumentan mientras más tiempo se utilice el anticonceptivo hormonal.

Para las mujeres sanas en edad reproductiva, los anticonceptivos hormonales combinados son muy seguros. El único riesgo mensurable es el ligero aumento en la incidencia de tromboembolia venosa: trombosis venosa profunda y embolia pulmonar. El riesgo es rebasado por el de tromboembolia venosa durante el embarazo. Los tumores hepáticos benignos son un problema raro, y es posible que aumenten un poco la colestasis sintomática y la hipertensión leve. Los anticonceptivos hormonales modernos de dosis baja no aumentan el riesgo de cáncer mamario, colestasis, fibromas o infarto miocárdico en mujeres sanas. Aquellas con problemas médicos preexistentes, como hipertensión o diabetes, y las mujeres mayores que fuman o son obesas enfrentan mayores riesgos y requieren recomendaciones individualizadas.

Ciertos problemas médicos son contraindicaciones absolutas para el uso de métodos hormonales combinados porque su uso implica más riesgos que el embarazo. Éstos incluyen antecedente de infarto miocárdico, accidente cerebrovascular, cáncer mamario, hipertensión lábil, diabetes avanzada, insuficiencia hepática, migraña con aura o hemorragia uterina anormal.

Aunque la mayoría de las pacientes creen que los anticonceptivos hormonales combinados tienen muchos efectos colaterales, la incidencia de dichos efectos “relacionados con las hormonas” no es mayor en estudios controlados con placebo. La única excepción es el riesgo de melasma. Existen cambios transitorios en los primeros tres meses que incluyen hemorragia no programada o manchado y sensibilidad mamaria. También hay mujeres más sensibles a ciertos compuestos, pero la disponibilidad de una gran variedad de productos y sistemas de aplicación ayuda a ajustar el método a las necesidades de cada individuo.

Pastillas e inyecciones con progestina

Casi todas las mujeres pueden usar métodos que sólo tienen progestina, excepto las que tuvieron cáncer mamario en los cinco años anteriores. Las mujeres que usan fármacos que aumentan el citocromo P-450 no son buenas candidatas para las pastillas que sólo tienen progestina, pero sí lo son para inyecciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA, depot medroxyprogesterone acetate). Todos estos métodos que sólo contienen progestina espesan el moco cervical, pero el DMPA también produce una supresión profunda de las gonadotropinas para inhibir la ovulación.

El efecto de las pastillas que sólo tienen progestina es reversible de inmediato. El regreso de la ovulación luego de DMPA tarda en promedio 10 meses. Con las primeras las mujeres casi siempre experimentan sus propios ciclos, pero con menor pérdida sanguínea. Con el DMPA, al principio hay una cantidad considerable de sangrados no programados, pero con el tiempo la mayoría de las mujeres llega a la amenorrea. Algunas aumentan de peso con este método anticonceptivo. Los beneficios no anticonceptivos del DMPA son impresionantes, incluyen menor incidencia de menorragia, dismenorrea, dolor por endometriosis, cáncer endometrial y crisis agudas de drepanocitosis.

ANTICONCEPTIVOS DEL NIVEL 3

La ventaja de este nivel de anticonceptivos es que sólo deben usarse al momento del coito, característica que también disminuye más su utilización y aumenta sus tasas de falla.

Métodos de barrera

Cuando se usan en forma correcta y consistente, los condones masculinos tienen una tasa de falla de 2%, pero con el uso típico sólo son un poco más efectivos que el coito interrumpido (17.4%). Los condones de látex también tienen una gran capacidad para disminuir todas las enfermedades de transmisión sexual, pero esta protección se compromete con el uso episódico. Para fomentar el uso de los condones de látex, ahora están disponibles en diversos tamaños (desde los más ajustados hasta los más amplios desde la base al glande) y con distintas formas. Se agregaron varias características para atraer a los usuarios; incluyen distintas texturas, sabores y aromas. También se encuentran con una gran variedad de accesorios que incluyen toallitas húmedas refrescantes y anillos vibradores para recompensar el uso del condón.

Para parejas con alergia al látex o mujeres que usan productos vaginales con base de petróleo, existen condones de poliuretano. El poliuretano transmite el

calor corporal y es impermeable a virus y bacterias. No se recomiendan los condones de ciego animal. El uso del condón debe recomendarse siempre para minimizar el riesgo de infecciones de transmisión sexual, pero los condones de látex lubricados con espermicida no ofrecen protección adicional contra este tipo de infecciones o el embarazo.

Los métodos de barrera femeninos incluyen diafragmas, escudo vaginal, capuchón vaginal (Femcap) y condones femeninos de poliuretano; los espermicidas vaginales también se incluyen en esta categoría. Todos los métodos de barrera femeninos funcionan mejor si se usan con una jalea espermicida. Los condones masculinos de látex pueden combinarse con todos estos métodos de barrera, excepto el condón femenino. Con una higiene adecuada, el diafragma, escudo y capuchón pueden utilizarse de nuevo hasta por un año. Los espermicidas están disponibles como espumas, jaleas y esponjas (requieren hidratación) que tienen actividad inmediata, así como en supositorios y películas con acción retardada. El espermicida no se recomienda para aplicaciones múltiples en un periodo de 24 h porque podría aumentar el riesgo de transmisión del VIH.

Métodos conductuales

El retiro o coito interrumpido es el método conductual más efectivo. La posición masculina superior durante el coito permite al varón retirar el pene de los genitales de la mujer antes de la eyaculación.

Para mujeres que iniciaron la lactancia poco antes, la amenorrea por lactancia es muy efectiva. Cuando las mujeres alimentan a sus hijos sólo con leche materna a demanda y no tienen menstruación durante los primeros seis meses después del parto, la tasa de falla es de 2%. Después de seis meses es prudente agregar otro método.

Los métodos de conciencia de la fertilidad utilizan varias técnicas para detectar los días con riesgo. Una vez que se identifican esos días, las parejas pueden practicar la abstinencia periódica o usar otro método conductual o de barrera en ese intervalo. El histórico “método del ritmo” se sustituyó por otros métodos de planeación familiar que incluyen el método estándar por días con sus Cycle Beads (cuentas de ciclo), prueba urinaria (para hormona luteinizante y estrógenos, que predicen la ovulación), sofisticadas computadoras y la técnica Billings para detectar secreciones vaginales en el introito que cambian antes de la ovulación.

Otras prácticas sexuales que usan las parejas para evitar el contacto genital a fin de reducir la probabilidad de embarazo incluyen “coito externo”, estimulación

oral-genital, masturbación mutua o coito rectal. Es probable que estas prácticas no reduzcan el riesgo de enfermedades de transmisión sexual.

Anticoncepción de emergencia

Las pastillas para anticoncepción de emergencia que tienen levonorgestrel o norgestrel están diseñadas como un método de respaldo para usarlas después del coito sin protección. Es una de las innovaciones más importantes en la anticoncepción.

Cualquier mujer puede usar el anticoncepción de emergencia de levonorgestrel (se comercializa como Plan B). La etiqueta del producto advierte que las dos dosis deben tomarse con 12 h de separación, pero una sola dosis con las dos pastillas es igual de efectiva. Se recomienda su uso en las 72 h siguientes a la exposición, por lo que los médicos deben proporcionar a las mujeres con riesgo de un coito no programado una prescripción por anticipado. La anticoncepción de emergencia no es un abortivo ni tiene efecto teratógeno en caso de usarse de manera inadvertida durante el embarazo. Sólo actúa mediante la supresión de la ovulación. Si no está disponible la presentación que sólo contiene levonorgestrel, pueden ofrecerse varias combinaciones de anticonceptivos orales habituales combinados con levonorgestrel o norgestrel más estrógeno.

Esterilización

La esterilización permanente es el método anticonceptivo más usado en México por las mujeres mayores de 30 años.

La vasectomía (interrupción de los conductos deferentes) puede hacerse con anestesia local en un consultorio (vasectomía “sin bisturí”) o como procedimiento quirúrgico ambulatorio. Algo interesante es que no existen datos disponibles sobre su eficacia en el largo plazo. Una vez que el individuo llega a la azoospermia luego de 6 a 10 eyaculaciones después del procedimiento, se considera estéril. La vasectomía no tiene efectos hormonales, metabólicos o autoinmunitarios de largo plazo.

Los procedimientos en las trompas de Falopio son los más usados para la esterilización femenina, aunque la histerectomía por otras indicaciones también esteriliza a la paciente. La interrupción tubaria puede hacerse a través de una incisión de minilaparotomía. Por lo general, se practican técnicas de minilaparotomía con ligadura por sutura e interrupción de la trompa (técnica de Pomeroy) a través de una pequeña incisión subumbilical en el puerperio inmediato. Por lo general se usan técnicas laparoscópicas como procedimientos

de intervalo en mujeres no embarazadas cuando el útero de la paciente está en la pelvis. Las trompas de Falopio pueden interrumpirse con cauterio, broches o anillos. A través del histeroscopio es posible fijar pequeños tapones en las porciones proximales de la trompa para inducir fibrosis y con el tiempo, hacer que la trompa se ocluya.

La reversibilidad de los procedimientos de esterilización varía según la técnica y la extensión de la trompa de Falopio que se destruya en el procedimiento inicial. El intervalo de éxito varía de 30 a 70%. La conveniencia de la ligadura tubaria es evidente, pero es necesario considerar el costo y los riesgos quirúrgicos y anestésicos (p. ej., hemorragia, infección, daño a estructuras intraperitoneales, incluso la muerte).

Los estudios de seguimiento a 10 años demuestran que todos los métodos de esterilización son menos efectivos en mujeres más jóvenes (tasas de falla de hasta 5.4% en mujeres menores de 28 años), pero que los procedimientos de esterilización posparto tienen las tasas más bajas de falla a 10 años.

Las tasas de complicación a largo plazo son bajas, pero como al menos 6 a 10% de las mujeres considera la reversión y muchas más lamentan haberse esterilizado, es indispensable alentar a las mujeres a considerar primero todas las opciones reversibles.

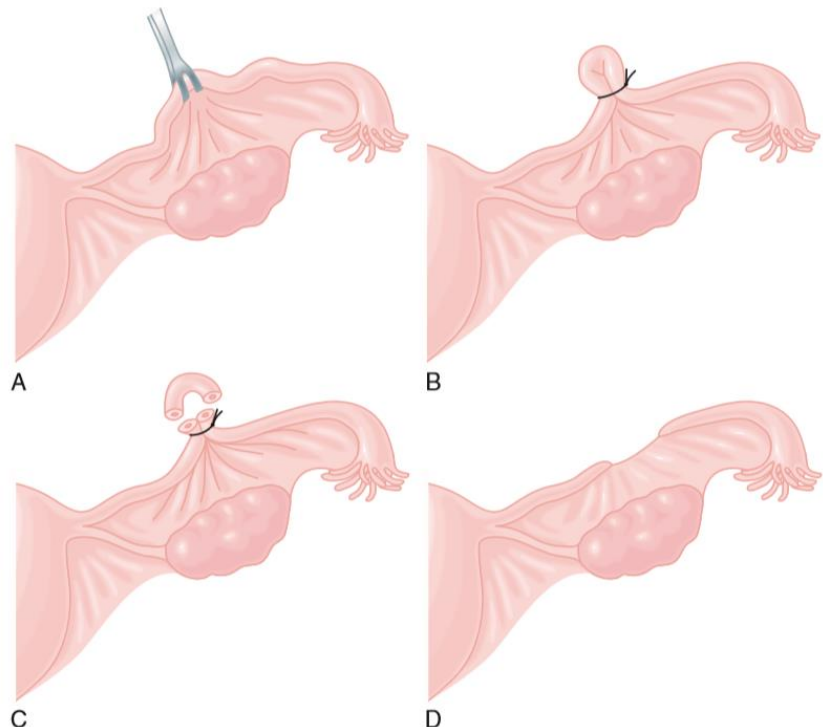
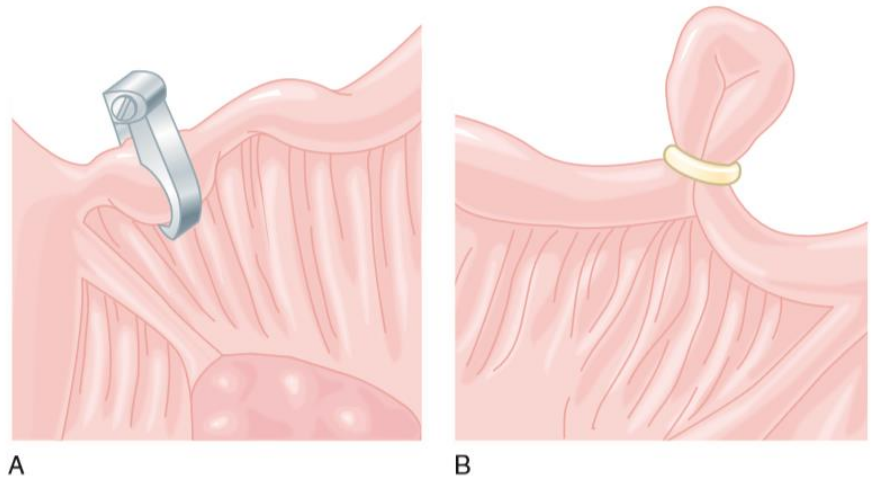


FIGURA 26-2 Método de Pomeroy para ligadura tubaria. A) Se sujeta la trompa con una pinza Babcock. B) Se liga un asa. C) Se corta el asa. D) Varios meses más tarde, los extremos fibróticos de la trompa se separan.

FIGURA 26-3 Oclusión tubaria con **A)** el broche de Hulka y **B)** el anillo de Falope. El anillo hace que una parte de la trompa sufra necrosis, el resultado final se parece al ilustrado en la figura 26-2D. Los procedimientos con cauterio utilizan energía eléctrica para producir destrucción aguda de partes de cada trompa de Falopio.



MÉTODOS DE ESTERILIZACIÓN TUBARIA		
Abordaje quirúrgico	Técnica	Procedimiento quirúrgico
Laparotomía	Pomeroy	Ligadura alrededor de un asa de la trompa de Falopio; escisión distal
	Madlener	Aplastamiento y ligadura de un asa de la trompa
	Irving	Ligadura doble, escisión entre ellas; el extremo proximal se oculta en el miometrio; el distal se sepulta en el ligamento ancho
	Uchida	La serosa tubaria se desprende de la capa muscular; se corta un segmento tubario; el extremo proximal se liga y oculta dentro del ligamento ancho
Laparoscopia	Fimbrectomía	Ligadura del extremo distal de la trompa y mesosalpinge; escisión del extremo de la fimbria
	Electrocoagulación	“Quemadura” eléctrica de dos segmentos adyacentes, con o sin sección
	Anillo de Falope	Se atrae un asa de trompa al tubo aplicador; el anillo plástico se coloca alrededor de ambos extremos del asa
Minilaparotomía	Broche de Hulka	Broche plástico compresivo que se coloca sobre la trompa (no en un asa); se mantiene cerrado con un resorte de acero
	Broche de Filshie	Broche de titanio colocado a través de la trompa, se acompaña de mayor riesgo de infección
Minilaparotomía	Ligadura de Pomeroy; electrocoagulación	Igual que el previo
Transcervical	Inserción de tapón tubario	Colocación de un tapón por vía transcervical histeroscópica que con el tiempo causa fibrosis

ELIGIBILIDAD MÉDICA SEGÚN LA OMS PARA INICIAR ANTICONCEPCIÓN: CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS

Trastorno	Calificador para el trastorno	Nivel de riesgo*					
		<i>Estrógeno-progestina: pastilla, parche, anillo</i>	<i>Sólo progestina: pastilla</i>	<i>Sólo progestina: inyección</i>	<i>Sólo proges- tina: Implants</i>	<i>DIU con progestina</i>	<i>DIU con cobre</i>
Anemia	Talasemia	1	1	1	1	1	2
	Drepanocitosis	2	1	1	1	1	2
	Anemia por deficiencia de hierro	1	1	1	1	1	2
Cáncer mamario	Antecedente familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1
	Vigente	4	4	4	4	4	1
	Pasado, sin evidencia de enfermedad por más de cinco años	3	3	3	3	3	1
Problemas mamarios benignos	Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	1
	Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1
Cáncer cervicouterino	Neoplasia intraepitelial cervical	2	1	2	2	2	1
	En espera de tratamiento	2	1	2	2	4	4
Ectropión cervicouterino		1	1	1	1	1	1
Depresión		1	1	1	1	1	1
Diabetes mellitus	Antecedente sólo de diabetes mellitus gestacional	1	1	1	1	1	1
	Diabetes mellitus sin compromiso vascular	2	2	2	2	2	1
	Diabetes mellitus con daño de órgano terminal o más de 20 años de duración	3	2	3	2	2	1
Interacciones farmacológicas	Antirretrovirales	2	2	2	2	2	2
	Ciertos anticonvulsivos	3	3	2	3	1	1
	Griseofulvina	2	2	1	2	1	1
	Rifampicina	3	3	2	3	1	1
	TODOS LOS DEMÁS ANTIBIÓTICOS	1	1	1	1	1	1
Cáncer endometrial		1	1	1	1	4	4
Endometriosis		1	1	1	1	1	2
Enfermedad vesicular	Cálculos biliares asintomáticos	2	2	2	2	2	1
	Cálculos biliares sintomáticos, sin colecistectomía	3	2	2	2	2	1
	Cálculos biliares tratados con colecistectomía	2	2	2	2	2	1
	Antecedente de colestasis del embarazo	2	1	1	1	1	1
	Antecedente de colestasis relacionada con hormonas	3	2	2	2	2	1
Cefaleas	No migrañosas	1	1	1	1	1	1
Cefaleas: migraña	Sin aura, < 35 años de edad	2	1	2	2	2	1
	Sin aura, > 35 años de edad	3	1	2	2	2	1
	Con aura, cualquier edad	4	2	2	2	2	1
Infección por VIH	Riesgo alto	1	1	1	1	2	2
	Infectada con VIH	1	1	1	1	2	2
	SIDA (sin interacciones farmacológicas)	1	1	1	1	3	3

*Los niveles de riesgo son los siguientes: 1) el método puede usarse sin restricción; 2) las ventajas casi siempre rebasan los riesgos teóricos o comprobados; 3) por lo general, el método no se recomienda, a menos que no se disponga o no sea aceptable otro método más apropiado; 4) no debe usarse el método. Estos métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de transmisión sexual, para esto deben usarse condones. Para más información, véase <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>.

ELECIBILIDAD MÉDICA SEGÚN LA OMS PARA INICIAR ANTICONCEPCIÓN: CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS (CONTINUACIÓN)

Trastorno	Calificador para el trastorno	Nivel de riesgo*					
		<i>Estrógeno-progestina: pastilla, parche, anillo</i>	<i>Sólo progestina: pastilla</i>	<i>Sólo progestina: inyección</i>	<i>Sólo progestina: implante</i>	<i>DIU con progestina</i>	<i>DIU con cobre</i>
Hipertensión	Sólo durante embarazo previo, ahora resuelta	2	1	1	1	1	1
	Bien controlada	3	1	2	1	1	1
	Sistólica 140 a 150 mm Hg o diastólica 90 a 99 mm Hg	3	1	2	1	1	1
	Sistólica >160 mm Hg o diastólica >100 mm Hg	4	2	3	2	2	1
	Con enfermedad vascular	4	2	3	2	2	1
Cardiopatía isquémica	Pasada o vigente	4	2	3	2	2	1
Enfermedad hepática	Cirrosis, leve	3	2	2	2	2	1
	Cirrosis, grave	4	3	3	3	3	1
	Tumores, benignos	4	3	3	3	3	1
	Tumores, malignos	4	3	3	3	3	1
	Hepatitis viral, portadora	1	1	1	1	1	1
	Hepatitis viral, activa	4	3	3	3	3	1
Obesidad	IMC > 30 kg/m ²	2	1	1	1	1	1
Cáncer ovárico		1	1	1	1	3	3
Quistes y tumores benignos del ovario		1	1	1	1	1	1
Enfermedad pélvica inflamatoria	Pasada, con embarazo ulterior	1	1	1	1	1	1
	Pasada, sin embarazo ulterior	1	1	1	1	2	2
	Vigente	1	1	1	1	4	4
Puerperio, sin lactancia	< 48 h	3	1	1	1	3	2
	2 a 21 días	3	1	1	1	3	3
	3 a 4 semanas	1	1	1	1	3	3
	> 4 semanas	1	1	1	1	1	1
Puerperio y lactancia	< 6 semanas posparto	4	3	3	3	Igual que en el puerperio, sin lactancia	
	6 semanas a 6 meses posparto	3	1	1	1	1	1
	> 6 meses posparto	2	1	1	1	1	1
Posterior a aborto	Primer trimestre	1	1	1	1	1	1
	Segundo trimestre	1	1	1	1	2	2
	Justo después de aborto séptico	1	1	1	1	4	4
Infecciones de transmisión sexual	Vaginitis	1	1	1	1	2	2
	Riesgo alto	1	1	1	1	3	3
	Vigente, cultivo para gonorrea, <i>Chlamydia</i> , cervicitis purulenta	1	1	1	1	4	4
Tabaquismo	Edad < 35 años	2	1	1	1	1	1
	Edad > 35 años, menos de 15 cigarrillos/día	3	1	1	1	1	1
	Edad > 35 años, más de 15 cigarrillos/día	4	1	1	1	1	1
Trastorno convulsivo	Sin interacciones farmacológicas	1	1	1	1	1	1

ELEGIBILIDAD MÉDICA SEGÚN LA OMS PARA INICIAR ANTICONCEPCIÓN: CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS Y RELATIVAS (CONTINUACIÓN)

Trastorno	Calificador para el trastorno	Nivel de riesgo*					
		Estrógeno-progestina: pastilla, parche, anillo	Sólo progestina: pastilla	Sólo progestina: inyección	Sólo proges- tina: implante	DIU con progestina	DIU con cobre
Accidente cere- brovascular		4	2	3	2	2	1
Cirugía	Menor, sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1
	Mayor, sin inmovilización prolongad.	2	1	1	1	1	1
	Mayor, con inmovilización prolongada	4	2	2	2	2	1
Trastornos tiroideos	Bocio simple, hipertiroidismo, hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1
Fibromas uterinos	Sin distorsión de cavidad uterina	1	1	1	1	1	1
	Con distorsión de cavidad uterina	1	1	1	1	4	4
Cardiopatía valvular	No complicada	2	1	1	1	1	1
	Complicada	4	1	1	1	2	2
Venas varicosas		1	1	1	1	1	1
Trombosis venosa	Antecedente familiar (familiares en primer grado)	2	1	1	1	1	1
	Tromboflebitis superficial	2	1	1	1	1	1
	DVT previa	4	2	2	2	2	1
	DVT actual	4	3	3	3	3	1

*Los niveles de riesgo son los siguientes: 1) el método puede usarse sin restricción; 2) las ventajas casi siempre rebasan los riesgos teóricos o comprobados; 3) por lo general, el método no se recomienda, a menos que no se disponga o no sea aceptable otro método más apropiado; 4) no debe usarse el método. Estos métodos anticonceptivos no protegen contra infecciones de transmisión sexual, para esto deben usarse condones. Para más información, véase <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf>.

OPCIONES ANTICONCEPTIVAS Y DE FERTILIDAD DURANTE EL PERÍODO POSTPARTO

Para mujeres en período de lactancia:

Esterilización femenina.

Esterilización masculina.

Dispositivo intrauterino (DIU).

Implantes.

Píldora de solo progestágeno.

Método de amenorrea de la lactancia (MELA).

Preservativos.

Para mujeres no en período de lactancia:

Esterilización femenina.

Esterilización masculina.

DIU.

Implantes.

Inyectables.

Anticonceptivos orales combinados.

Preservativos.

Anticonceptivo de emergencia.

Bibliografía

IMPACTO, P. D. (15 de 11 de 2017). *PRACTICAS DE ALTO IMPACTO*. Recuperado el 02 de 04 de 2021, de PRACTICAS DE ALTO IMPACTO:
<https://www.fphighimpactpractices.org/es/briefs/planificacion-familiar-inmediatamente-posparto/>

Neville F. Hacker, M. (2011). *GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA DE HACKER Y MOORE*. MEXICO:
MANUAL MODERNO.

SALUD, S. D. (30 de 05 de 1994). *SALUD.GOB*. Recuperado el 02 de 04 de 2021, de SALUD.GOB:
<http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/005ssa23.html>