



Guía 10
Guía para la atención
en planificación familiar
a hombres y mujeres

Pío Iván Gómez

Revisor

Carlos Agudelo Calderón

Director del proyecto

Rodrigo Pardo

Coordinador

Hernando Gaitán

Coordinador

Pío Iván Gómez

Coordinador

Analida Pinilla Roa

Coordinadora

Juan Carlos Bustos

Coordinador

Claudia Liliana Sánchez

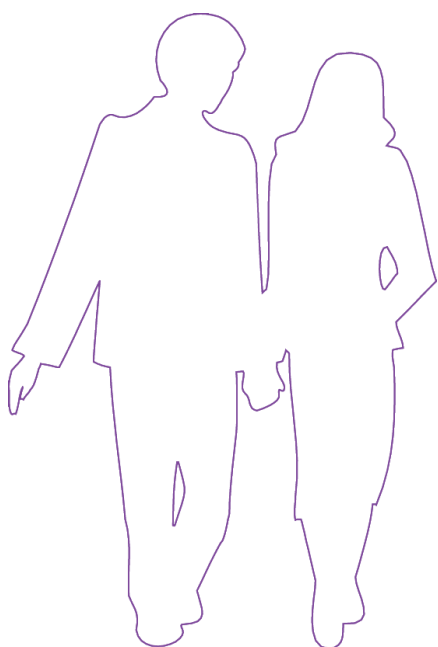
Asistente de investigación

Francy Pineda

Asistente de investigación

Lista de participantes en la socialización

INSTITUCION	NOMBRE
Ministerio de la Protección Social	Lorenza Ospino
Ministerio de la Protección Social	Gloria Puertas
Ministerio de la Protección Social	Luz Helena Monsalve
Ministerio de la Protección Social	Carlos Arturo Hernández
Secretaría de Salud de Cundinamarca	Inés Elvira Ojeda
Secretaría de Salud de Cundinamarca	Luz Mariela Algarra de Beltrán
Secretaria Distrital de Salud	Adriana Galindo
Profamilia	Pío Iván Gómez
Profamilia	Alejandro Ruiz
Profamilia	Juan Carlos Vargas
Colmédica	María Luisa Latorre
FUCS	Patricia Vásquez
FUCS	Beatriz Robayo
Universidad del Bosque	Rita Cecilia Plata de Silva
Universidad Nacional de Colombia	Diego Fernando Portilla
Academia Salud Pública	Alberto Rizo Gil



Contenido

	Página
1. Introducción	517
2. Metodología	517
3. Justificación	519
4. Epidemiología	520
5. Objetivo	520
6. Definición	520
7. Población objeto	521
8. Características de la atención	521
8.1. Consulta de planificación familiar	521
8.1.1 Criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos	524
8.1.1.1 Uso de las tablas de categorías de elegibilidad	525
8.1.1.2 Tablas resumen de categoría de elegibilidad, métodos temporales	526
8.1.1.3 Procedimientos seleccionados por la OMS para proveer métodos de planificación familiar	534
8.1.2 Anticoncepción de emergencia	534
8.1.2.1 Régimen combinado	534
8.1.2.2 Régimen de solo progestinas	535
8.1.2.3 Dispositivos intrauterino (DIU)	536
8.1.2.4 Consejería y seguimiento	537
8.1.2.5 Eficacia de la AE	538
8.1.2.6 Categorías OMS para anticoncepción de emergencia (AE) hormonal	539
8.1.2.7 Categorías OMS para anticoncepción de emergencia con DIU	539
8.2 Consulta de control en planificación familiar	539

	Página
8.3. Aplicación de DIU	540
8.3.1. DIU de intervalo	540
8.3.2. DIU posevento obstétrico (posparto y posaborto)	540
8.4. Esterilización quirúrgica	541
8.4.1. Esterilización quirúrgica masculina	541
8.4.2. Esterilización quirúrgica femenina	542
8.4.3. Formato de consentimiento informado para esterilización masculina o femenina	542
8.4.4. Capacidad del menor adulto para otorgar consentimiento para el acceso a métodos temporales de planificación familiar	543
9. Aspectos a tener en cuenta en la consejería en planificación familiar	545
9.1. Definición de consejería	545
9.2. Derechos	546
9.3. Elección Informada	547
9.4. Consentimiento informado	547
Bibliografía	550
Tablas resumen de categorías de elegibilidad de métodos temporales ..	551
Tablas y Gráficos	
Tabla 1. Categorías para métodos temporales	525
Tabla 2. Categorías para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina (OMS)	526
Tabla 3. Tabla resumen	526
Tabla 4.	534
Tabla 5. Resumen procedimientos	535
Tabla 6.	538
Tabla 7.	539
Tabla 8.	540
Tablas 9.	540
Flujograma 1. Anticoncepción temporal y definitiva	548
Flujograma 2. Anticoncepción de emergencia	548

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el proceso de mejorar el acceso al cuidado de la calidad en la planificación familiar, ha venido desde 1996 revisando los criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Para la norma de planificación familiar publicada en la resolución 412 de 2000 se tuvo en cuenta la segunda edición de los Criterios médicos de elegibilidad, y en esta actualización acogeremos la tercera revisión del documento que se basa en las recomendaciones de la reunión de un grupo de trabajo celebrada en la OMS del 21 al 24 de octubre de 2003, que contó con 36 participantes de 18 países, incluidos los representantes de distintas agencias y organizaciones. El grupo de trabajo estuvo formado por expertos internacionales en planificación familiar, entre los que se contaban médicos, epidemiólogos, responsables de formulación de políticas y directores en programas. Además, el grupo de trabajo incluyó a expertos en identificación y síntesis de evidencia y a usuarios de las guías. Para esta edición se estableció un grupo directivo de las guías para la planificación familiar. Se pidió a todos los miembros del grupo de trabajo que declararan conflictos de intereses si los había, pero no fue el caso.

2. Metodología

Mediante un sistema para identificar la evidencia nueva en forma continua (el sistema de identificación continua de la evidencia de la investigación o CIRE (www.infoforhealth.org/cire/cire_pub.pl), la OMS identificó 151 recomendaciones actuales para las que se contaba con evidencia nueva desde la segunda edición. Se realizaron revisiones sistemáticas para evaluar la totalidad de la evidencia para estas 151 recomendaciones, y para las nuevas condiciones y métodos. Una búsqueda sistemática y exhaustiva en las bases de datos bibliográficos, como MEDLINE, obtuvo todos los estudios principales que describían el uso de

los métodos anticonceptivos entre las mujeres con ciertas condiciones (por ejemplo, el riesgo de accidente cerebrovascular en mujeres con migraña usuarias de anovulatorios orales combinados). La finalidad de estas revisiones sistemáticas fue identificar la evidencia directa para la conveniencia del uso del método anticonceptivo en mujeres con condiciones especiales. Se obtuvo información sobre evidencia indirecta o consideraciones teóricas para estas recomendaciones cuando en la búsqueda no se encontró evidencia directa. La solidez y calidad de la evidencia fueron calificadas usando el sistema de grados de valoración, creación y evaluación de la recomendación (GRADE) (www.gradeworkinggroup.org). El grupo de trabajo proporcionó la clasificación de la evidencia a medida que se consideró cada recomendación relevante. Los aspectos de costos fueron considerados fundamentalmente en términos de la disponibilidad y acceso a los servicios de anticoncepción, así como de las posibles limitaciones de recursos. El grupo de trabajo también consideró las implicaciones programáticas de las recomendaciones. Estas reflejan fundamentalmente cuestiones de seguridad y estas cuestiones se consideraron en vista de su aplicabilidad en una variedad de entornos.

Para la mayoría de las recomendaciones (combinaciones de método y condiciones), existe una cantidad limitada de estudios que tratan el uso de un método específico en mujeres con una condición específica. De este modo, la mayoría de las decisiones relacionadas con los criterios de elegibilidad que usan la evidencia se basaron necesariamente en extrapolaciones de estudios que incluyeron fundamentalmente mujeres sanas, así como en consideraciones teóricas y opiniones de expertos. La evidencia fue particularmente limitada para los productos más nuevos y para aquellos de uso limitado. La totalidad de la evidencia que consideró el grupo de trabajo incluyó:

- Evidencia basada en estudios directos u observaciones del método anticonceptivo utilizado por hombres o mujeres con la condición
- Evidencia derivada de los efectos del método anticonceptivo utilizado por hombres o mujeres sin la condición
- Evidencia indirecta o inquietudes teóricas basadas en estudios en modelos animales adecuados, estudios de laboratorio en personas o situaciones clínicas análogas.

En los casos en los que el grupo de trabajo contó con una revisión sistemática de la evidencia para considerar con el fin de emitir una recomenda-

ción, esa evidencia se citó en el informe final junto a la recomendación. Las recomendaciones para las que no se citó evidencia se basaron en opiniones de expertos o evidencia obtenida de fuentes que no fueron revisiones sistemáticas.

La lista final de 1705 recomendaciones fue aprobada por todos los miembros del grupo directivo de las guías para la planificación familiar y el grupo de trabajo de OMS al concluir la reunión.

La OMS actualizará y adicionará las recomendaciones sobre este documento en períodos que oscilarán de tres a cuatro años a través de las reuniones del grupo. A su vez, las recomendaciones estarán disponibles a través del sitio web (www.who.int/thereproductivehealth). La página web también aportará información adicional que la OMS haya determinado que es relevante para estas recomendaciones, mientras se espera el consenso formal de la siguiente reunión del grupo de trabajo.

3. Justificación

Colombia ha sido considerado uno de los países latinoamericanos más exitosos en lograr un descenso rápido de su fecundidad. A este hecho han contribuido entre otros: la rápida urbanización, el aumento de la escolaridad y la gran aceptación de la planificación familiar por parte de la comunidad. Sin embargo, a pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la Encuesta de demografía y salud (2000) (1), existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas. En el año 2003 se lanzó la Política nacional de salud sexual y reproductiva en la cual se hacen explícitas las estrategias y acciones en cuanto a planificación familiar, las cuales tienen como propósito proporcionar el acceso de toda la población a métodos diversos, seguros, asequibles, aceptables y confiables para la planificación familiar mediante la consejería de calidad, el suministro oportuno del método elegido y la garantía de seguimiento a la utilización del mismo mediante los controles necesarios para la óptima utilización y adaptación a cada usuario. De igual forma, menciona que se deben desarrollar competencias para decidir el número de hijos que se quieran tener y el espaciamiento entre ellos, como decisión que compete a ambos miembros de la pareja. Igualmente, debe enfatizarse que la utilización o no de métodos de planificación familiar es una decisión que se mueve

en el ámbito de la autonomía y la responsabilidad personal y social, en el contexto del proyecto de vida que cada cual escoge para sí (2) .

4. Epidemiología

En Colombia, las mujeres con mayor fecundidad presentan tasas más altas de mortalidad materna. Así, las mujeres con cuatro hijos o más presentan tasas por encima de 120 x100.000 RN vivos y las que tienen 2,4 hijos o menos presentan tasas por debajo de 64 x100.000 RN vivos. La mortalidad materna se comporta de manera inversamente proporcional a la prevalencia del uso anticonceptivo. Las zonas donde la prevalencia del uso de anticonceptivos es superior a 74%, presentan mortalidad materna de 74 x100.000 RN vivos, mientras que donde la prevalencia anticonceptiva es de 62% o menos la mortalidad materna asciende a 111 x100.000 RN vivos. Es, por lo tanto, la planificación familiar una herramienta de gran importancia en la reducción de la mortalidad materna en el país (3).

5. Objetivo

Ofrecer a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método que más se ajuste a sus necesidades y preferencias, contribuyendo a la disminución de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna, dando una respuesta apropiada a hombres y mujeres a sus derechos reproductivos y, en consecuencia, brindándoles una mejor calidad de vida.

6. Definición

Conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones dirigidas a hombres y mujeres en edad fértil, dentro de los cuales se encuentra la información, educación, consejería en anticoncepción, incluyendo la entrega de suministros, para que las personas o parejas ejerzan el derecho a decidir libre y responsablemente, si quieren o no tener hijos, así como su número y el espaciamiento entre ellos. En aras de una atención integral estas actividades, procedimientos e intervenciones deben realizarse en todos los niveles de atención de acuerdo con el grado de complejidad. Los niveles mayores podrán brindarlas en su totalidad.

7. Población objeto

Los beneficiarios de esta norma son todos los hombres y mujeres en edad fértil afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado. Esta norma podrá servir de marco de referencia y aplicación de métodos de planificación para aquellos proveedores que dispensen atención a la población pobre y no asegurada.

8. Características de la atención

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las guías básicas mínimas que deben ser realizadas por las instituciones responsables de la atención en planificación familiar a hombres y mujeres, las cuales deben tener capacidad resolutoria y un equipo de salud capacitado para brindar atención integral humanizada y de calidad, que garantice la información, educación, consejería y oferta anticonceptiva a libre elección informada al hombre, mujer o pareja, así como su seguimiento.

Además de la obligación administrativa y técnica, estas guías implican por parte de sus ejecutores, un compromiso ético para garantizar los derechos reproductivos y la protección anticonceptiva de hombres y mujeres en edad reproductiva.

8.1 Consulta de planificación familiar

Esta consulta es realizada, de acuerdo con el método seleccionado y con el nivel de complejidad, por un médico o enfermero debidamente capacitados en planificación familiar. En el caso del procedimiento de inserción de DIU debe hacerlo un profesional de medicina o enfermería con capacitación y experiencia acumulada de dos años en los últimos cuatro años.

Los pasos que se deben seguir en la consulta son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles (sin exclusión alguna), sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuen-

Para la mayoría de las recomendaciones (combinaciones de método y condiciones), existe una cantidad limitada de estudios que tratan el uso de un método específico en mujeres con una condición específica.

cias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) y de la necesidad de usar siempre doble protección.

Se debe responder a las necesidades y dudas del hombre, de la mujer o de la pareja, en un lenguaje sencillo y apropiado. Este proceso, debe realizarse en forma individual, además permite al profesional de salud asegurarse si el usuario ha entendido todo lo que se le ha explicado sobre el método que desea elegir.

- Realizar anamnesis completa haciendo énfasis en salud sexual y reproductiva (incluir información sobre ITS y citología cervicovaginal), condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos. Se deben incluir preguntas para evidenciar si hay violencia de género como: i) Ha sido usted alguna vez víctima de maltrato? ii) Se siente en riesgo con la persona que la maltrata? iii) Está siendo maltratada actualmente? iv) Desea ayuda? (ver guía de atención a la mujer maltratada)
- Examen físico general y genital (toma de citología si es pertinente)
- Brindar apoyo al usuario para la elección del método, aplicando los criterios de elegibilidad para iniciar el uso de métodos anticonceptivos, que se presentan posteriormente
- De acuerdo con los hallazgos y teniendo como guía los criterios de elegibilidad para iniciar anticonceptivos y los procedimientos seleccionados para proveer métodos de planificación familiar, se debe entregar el método seleccionado. El profesional de enfermería está entrenado y autorizado legalmente para poder hacer la consejería, la consulta y la provisión del método incluida la fórmula
- Orientar, informar y educar al usuario sobre:
 - Signos de alarma por los que debe consultar
 - Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal
 - Prevención de ITS (uso de condón como método de protección adicional).

- La ley 23 y el decreto reglamentario 3380 de 1981 en el artículo 15, estipulan la obligatoriedad de informar anticipadamente al usuario sobre los riesgos y consecuencias de los procedimientos médicos o quirúrgicos que puedan afectarlo física o psíquicamente y a solicitar la firma del consentimiento, donde certifique que fue informado. Por ende, cuando se elijan métodos que requieran algún tipo de procedimiento (DIU, implantes subdérmicos, vasectomía, ligadura tubaria), es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, que incluya firma o huella dactilar
- En caso de vasectomía en el hombre o ligadura tubaria en la mujer, se debe programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía y durante el posoperatorio
- En caso de vasectomía, suministrar métodos temporales para los primeros tres meses luego del procedimiento y dar la orden para el recuento espermático de control a los tres meses
- Se deben consignar en la historia clínica y en el registro estadístico, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado. Si se trata de un método como: DIU, implantes subdérmicos, vasectomía, ligadura tubaria, debe incluirse en la historia clínica el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente, la descripción del procedimiento y la descripción quirúrgica en caso de método permanente
- En casos de anticoncepción posevento obstétrico (por ejemplo: DIU, oclusión tubaria bilateral), se debe brindar consejería en el control prenatal, (la cual es una acción individual de educación y obligatoria) sobre cada uno de los métodos independientemente si son o no permanentes. En caso de que la mujer solicite un método permanente se debe firmar el consentimiento informado en el último control. Durante la hospitalización se debe reforzar la consejería y brindar el método seleccionado por la paciente, antes de su egreso de la institución en donde se atiende el parto o aborto. Para aplicar un método anticonceptivo post evento obstétrico se debe tener en cuenta:
 - El DIU posparto vaginal se debe colocar entre diez minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracavaria se debe colocar antes de la histerorrafia

- La oclusión tubaria bilateral se debe realizar antes del alta, preferiblemente dentro de las primeras 48 horas posteriores al parto o intracesárea.

Las aseguradoras tienen como responsabilidad garantizar los mecanismos efectivos, ágiles, óptimos, integrales, pertinentes que aseguren la integralidad de las acciones de SSR en las usuarias y los usuarios.

8.1.1 Criterios médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos

La Organización Mundial de la Salud resumió en un documento final las recomendaciones principales del grupo de trabajo de la OMS reunido en Ginebra los días 21 a 24 de octubre de 2003(4). Este documento puede descargarse de la página web: http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf

Este documento proporciona las recomendaciones para el adecuado uso de los criterios médicos de elegibilidad en cuatro categorías (Tabla I) construidas con base en la evidencia teniendo en cuenta los últimos ensayos clínicos y datos epidemiológicos y está dirigido a aquellos que elaboran las políticas, a los directores de programas de planificación familiar y a la comunidad científica. Apunta a proveer una guía a programas nacionales de salud reproductiva y planificación familiar en la preparación de normas para la entrega de anticonceptivos. Por esto, la presente Guía acoge estos criterios de elegibilidad.

Las tablas presentadas en esta Guía con los criterios médicos de elegibilidad explican los siguientes métodos de planificación familiar: anticonceptivos orales de bajas dosis, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado, píldoras de solo progestina, inyectable trimestral (acetato de medroxiprogesterona de depósito), implantes subdérmicos de levonorgestrel (LNG), dispositivo intrauterino de cobre (DIU-Cu) y los endoceptivos intrauterinos de levonorgestrel (DIU-LNG).

En el caso de métodos permanentes, ninguna condición médica descarta la opción de realizarse una vasectomía o una esterilización femenina. Algunas condiciones o afecciones pueden requerir que se aplaze el procedimiento o que se efectúe con precaución bajo ciertas condiciones (ver Tabla 2, en sección 8.I.I.3).

Tabla 1
Categorías para métodos temporales

CATEGORÍA	CON DECISIÓN CLÍNICA	CON DECISIÓN CLÍNICA LIMITADA
1	Se puede usar el método en cualquier circunstancia	Se puede usar el método
2	Generalmente, se puede usar el método	
3	Generalmente, no se recomienda el uso de método a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que los métodos disponibles no sean aceptables.	No se debe usar el método
4	No se debe usar el método	

Categoría 1. Una condición para la que no hay ninguna restricción en el uso del método anticonceptivo.

Categoría 2. Una condición donde las ventajas de usar el método pesan más que los riesgos teóricos o probados.

Categoría 3. Una condición donde los riesgos teóricos o probados normalmente pesan más que las ventajas de usar el método.

Categoría 4. Una condición que representa un riesgo de salud inaceptable si el método anticonceptivo se usa.

8.1.1.1 Uso de las tablas de categorías de elegibilidad

El grupo de trabajo de OMS determinó el criterio médico para la iniciación y continuación del uso de todos los métodos evaluados. El problema del criterio de continuación es clínicamente pertinente siempre que una mujer desarrolle la condición mientras ella está usando el método. Se determinó que cuando las categorías para la iniciación y continuación eran diferentes, estas diferencias se nombraron en las columnas 'I=Iniciación' y 'C=Continuación'. Donde I y C no es señalada, la categoría es la misma para la iniciación y la continuación respecto de su uso. Con base en este sistema de clasificación, el criterio de elegibilidad para comenzar y continuar el uso de un método anticonceptivo específico se presenta en este documento en una serie de tablas resumen, las cuales en la columna inicial traen las diferentes condiciones y en la primera fila los diferentes métodos, y al interior de la tabla las categorías de elegibilidad de 1 a 4 (Tabla I). Para mayor información, los criterios de elegibilidad por cada método que hacen parte de esta Guía pueden consultarse en la última versión de criterios de elegibilidad para métodos de planificación familiar de la OMS (http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf)

Tablas de categorías para métodos permanentes (anticoncepción quirúrgica femenina y masculina): para métodos permanentes se usan cuatro categorías (aceptar, cuidado, retrasar y especial) (Tabla 2).

Tabla 2
Categorías para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina (OMS)

A	Aceptar	No hay razones médicas para negar la esterilización a una persona en esta condición.
C	Cuidado	El procedimiento normalmente se realiza en facilidades de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
R	Retrasar	El procedimiento debe retrasarse hasta que la condición sea evaluada y/o corregida. Deben proveerse métodos temporales alternativos de anticoncepción.
E	Especial	El procedimiento debe llevarse a cabo en lugares que cuenten con cirujanos/as y personal experimentado, y el equipo necesario para proveer anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. Estas condiciones requieren, además, la capacidad de decidir sobre el procedimiento más apropiado y el régimen de anestesia. Se deben ofrecer métodos temporales alternos de anticoncepción, si es necesario referir al paciente o si hay cualquier otro retraso.

8.1.1.2 Tablas resumen de categorías de elegibilidad de métodos temporales

Tabla 3
Tabla resumen

CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES E HISTORIA REPRODUCTIVA		
EMBARAZO	R	
EDAD JOVEN*	C	<i>Aclaración</i> : Todas las mujeres deben ser informadas acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Éste es un aspecto de especial importancia en las mujeres jóvenes. <i>Evidencia</i> : Los estudios demuestran que hasta 20% de las mujeres esterilizadas a una edad joven, posteriormente se arrepintieron de esta decisión y que la edad temprana es el predictor de arrepentimiento más significativo que puede identificarse antes de la esterilización. Sin embargo, es una decisión personal y debe ser tomada después de un proceso de consejería.
PARIDAD		
a) Nulípara		A
b) Mujeres que han tenido uno o más partos		A
LACTANCIA MATERNA		A

POSPARTO		
a) < 7 días		A
7 a < 42 días		R
≥ 42 días		A
b) Preeclampsia/eclampsia		
(i) preeclampsia leve		A
(ii) preeclampsia severa/ eclampsia		R
c) Ruptura prolongada de las membranas: 24 horas o más		R
d) Sepsis puerperal, fiebre intra parto o puerperal		R
e) Hemorragia abundante antes o después del parto		R
f) Traumatismo grave del tracto genital: desgarro cervical o vaginal durante el parto		R
g) Ruptura o perforación del útero	E	Aclaración: Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopia y la mujer está estable, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.

POSABORTO		
a) Sin complicaciones		A
b) Sepsis posaborto o fiebre		R
c) Hemorragia profusa posaborto		R
d) Traumatismo grave del tracto genital: desgarro cervical o vaginal durante el aborto		R
e) Perforación del útero	E	Aclaración: Si se efectúa cirugía exploratoria o laparoscopia, puede repararse el problema y proseguir con la esterilización tubárica al mismo tiempo si no hay riesgo adicional involucrado.
f) Hematometra aguda		R
HISTORIA DE EMBARAZO ECTÓPICO		A
TABAQUISMO		
a) Edad < 35 años		A
b) Edad ≥ 35 años		
(i) < 15 cigarrillos/día		A
(ii) ≥ 15 cigarrillos/día		A
OBESIDAD Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m ²	C	Aclaración: El procedimiento puede resultar más difícil. Existe un mayor riesgo de infección y dehiscencia de la herida. La condición podría requerir anestesia general y limitar la función respiratoria. Evidencia: Las mujeres obesas son más propensas a complicaciones cuando se les practica esterilización quirúrgica.
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR ARTERIAL* (tales como edad mayor, fumar, tener diabetes e hipertensión)		E

HIPERTENSIÓN		
Para todas las categorías de hipertensión, las clasificaciones se basan en la presunción de que no existen otros riesgos de enfermedad cardiovascular. Cuando existen múltiples factores de riesgo, el riesgo de enfermedad cardiovascular puede aumentar considerablemente. Una lectura aislada de los niveles de la presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertenso.		
a) Hipertensión controlada correctamente	C	
b) Niveles elevados de presión arterial (bien medidos)	Aclaración: la presión arterial debe ser controlada antes de la cirugía. Existen mayores riesgos relacionados con la anestesia y un riesgo mayor de arritmia cardíaca cuando la presión no está controlada. La vigilancia cuidadosa de la presión arterial durante la cirugía es particularmente necesaria en esta situación.	
(i) sistólica 140–159 o diastólica 90–99		
(ii) sistólica ≥160 ó diastólica ≥100		
c) Enfermedad vascular	E	
HISTORIA DE PRESIÓN ARTERIAL ALTA DURANTE EL EMBARAZO. (Cuando la presión arterial actual se puede medir y es normal)	A	
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) / EMBOLIA PULMONAR (EP)		
a) Historia de TVP/EP	A	Aclaración: para reducir el riesgo de TVP/EP, se recomienda iniciar pronto la deambulaci3n.
b) TVP/EP actual	R	
c) Historia familiar de TVP/EP (familiares de primer grado)	A	
d) Cirugía mayor		
(i) con inmovilización prolongada	R	
(ii) sin inmovilización prolongada	A	
e) Cirugía menor sin inmovilización	A	
Índice de masa corporal (IMC) ≥ 30kg/m ²	C	Aclaración: no son apropiadas las exploraciones de rutina dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes
Mutaciones trombogénicas conocidas (por ejemplo, factor V de Leiden; mutación de protrombina; deficiencias de proteina s, proteina C y antitrombina).	E	

TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL		
a) Venas varicosas		A
b) Tromboflebitis superficial		A
CARDIOPATÍA ISQUÉMICA* (enfermedad actu al o historia)		
a) Cardiopatía isquémica actual		R
b) Historia de cardiopatía isquémica		C
ACCIDENTE CEREBROVASCULAR (historia de accidente cerebrovascular)		
HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS	A	Aclaración: Los estudios de lípidos de rutina no son necesarios dada la poca frecuencia de las afecciones y el alto costo de los exámenes.
VALVULOPATÍA CARDÍACA		
a) Sin complicaciones	C	Aclaración: La mujer requiere antibióticos profilácticos.
b) Con complicaciones (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)	E	Aclaración: La mujer se encuentra en alto riesgo de complicaciones asociadas con la anestesia y la cirugía. Deberá retrasarse el procedimiento ante un caso de fibrilación auricular inestable o endocarditis bacteriana subaguda actual.
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS		
CEFALEAS		
a) No migrañosas (leves o intensas)		A
b) Migraña		
(i) Sin aura		
Edad < 35 años		A
Edad ≥ 35 años		A
(ii) Con aura, a cualquier edad		A
EPILEPSIA		C
TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNOS DEPRESIVOS		C
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL TRACTO REPRODUCTIVO		
PATRONES DE SANGRADO VAGINAL		
a) Patrón irregular sin sangrado abundante		A
b) Sangrado abundante o prolongado (incluye patrones regulares e irregulares)		A

SANGRADO GENITAL DE ETIOLOGÍA DESCONOCIDA (sospecha de una condición grave)		
Antes de la evaluación	R	Aclaración: El cuadro clínico debe evaluarse antes de efectuar el procedimiento.
ENDOMETRIOSIS		E
TUMORES OVÁRICOS		A
BENIGNOS(incluyendo quistes) DISMENORREA SEVERA		A
ENFERMEDAD DEL TROFOBLASTO		
a) Enfermedad trofoblástica gestacional benigna		A
b) Enfermedad trofoblástica gestacional maligna		R
ECTROPIÓN CERVICAL		A
NEOPLASIA INTRAEPITELIAL CERVICAL (NIC)		A
CÁNCER CERVICAL(en espera de tratamiento)		R
ENFERMEDADES DE LA MAMA		
a) Nódulo sin diagnóstico		A
b) Enfermedad benigna de la mama		A
c) Historia familiar de cáncer		A
d) Cáncer de mama		
(i) actual		C
(ii) pasado y sin evidencia de enfermedad actual durante cinco años		A
CÁNCER DE ENDOMETRIO		R
CÁNCER DE OVARIO		R
FIBROMAS UTERINOS		
a) Sin distorsión de la cavidad uterina		C
b) Con distorsión de la cavidad uterina		C

INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL		
a) Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia o gonorrea	R	Aclaración: Si no persisten los síntomas después del tratamiento, se puede llevar a cabo la esterilización.
b) Otras ITS (menos VIH y hepatitis)	A	
c) Vaginitis (incluidos trichomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	A	
d) Mayor riesgo de ITS	A	
VIH/SIDA		
ALTO RIESGO DE VIH	A	Aclaración: no son necesarias exploraciones de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
INFECCIÓN POR VIH	A	
SIDA	E	Aclaración: Si la mujer tiene actualmente una enfermedad relacionada con el SIDA, el procedimiento debe ser retrasado.
OTRAS INFECCIONES		
ESQUISTOSOMIASIS		
a) Sin complicaciones	A	
b) Fibrosis del hígado	C	Aclaración: puede ser necesario evaluar la función hepática.
TUBERCULOSIS		
a) No pélvica	A	
b) Pélvica conocida	E	
PALUDISMO	A	
TRASTORNOS ENDOCRINOS		
DIABETES	Aclaración: si la glicemia no está bien controlada, se recomienda la referencia a un centro de mayor nivel.	
a) Historia de enfermedad gestacional	A	
b) Enfermedad no vascular	Aclaración: existe una posible disminución en la curación y un riesgo mayor de infección de la herida. Se recomienda usar antibióticos preventivos. Evidencia: Las mujeres diabéticas fueron más propensas a tener complicaciones cuando se sometieron a esterilización 22.	
(i) no insulino dependiente	C	
(ii) insulino dependiente	C	
c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía	E	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración	E	
TRASTORNOS TIROIDEOS		
a) Bocio simple	A	
b) Hipertiroidismo	E	
c) Hipotiroidismo	C	
TRASTORNOS GASTROINTESTINALES		
ENFERMEDADES DE LA VESÍCULA BILIAR		
a) Sintomática		
(i) tratada con colecistectomía	A	
(ii) tratada médicamente	A	
(iii) actual	R	
b) Asintomática	A	

HISTORIA DE COLESTASIS		
a) Relacionada con el embarazo		A
b) Relacionada con uso previo de anovulatorios orales combinados		A
HEPATITIS VIRAL		
a) Activa	R	Aclaración: Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico.
b) Portadora	A	
CIRROSIS		
a) Leve (compensada)	C	Aclaración: La función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
b) Grave (descompensada)	E	
TUMORES DEL HÍGADO		
a) Benigno (adenoma)	C	Aclaración: la función hepática y la coagulación podrían resultar afectadas. Debe evaluarse la función hepática.
b) Maligno (hepatoma)	C	
ANEMIAS		
TALASEMIA		C
ANEMIA DREPANOCÍTICA		C
ANEMIA FERROPÉNICA		
a) Hb < 7g/dl	R	Aclaración: debería identificarse la enfermedad subyacente. Tanto el nivel preoperatorio de Hb, como la pérdida de sangre en la operación, son factores importantes en mujeres con anemia. Si la perfusión periférica es inadecuada, esto podría retrasar la cicatrización de la herida.
b) Hb ≥ 7 a < 10g/dl	C	
TRASTORNOS RELEVANTES SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA FEMENINA		
INFECCIÓN LOCAL Infección de la piel abdominal	R	Aclaración: existe un riesgo mayor de infección post operatoria.
TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN		E
ENFERMEDADES RESPIRATORIAS		
a) Agudas (bronquitis, neumonía)	R	Aclaración: el procedimiento debería ser retrasado hasta que se corrija la condición. Mayores riesgos relacionados con la anestesia y otros riesgos perioperatorios.
b) Crónicas		
(i) asma		E
(ii) bronquitis		E
(iii) enfisema		E
(iv) infección pulmonar		E
INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS		R
ÚTERO FIJO DEBIDO A CIRUGÍA PREVIA O INFECCIÓN		E
HERNIA DE LA PARED ABDOMINAL O UMBILICAL	E	Aclaración: de ser posible, la reparación de la hernia y la esterilización tubárica deberían hacerse simultáneamente.
HERNIA DEL DIAFRAGMA		C
NEFROPATÍA		C
DEFICIENCIAS NUTRICIONALES SEVERAS		C
CIRUGÍA ABDOMINAL O PÉLVICA PREVIA	C	Evidencia: las mujeres con cirugía abdominal o pélvica anterior fueron más propensas a complicaciones al realizarse la esterilización.

ESTERILIZACIÓN CONCURRENTE CON CIRUGÍA ABDOMINAL

a) Electiva	C
b) Emergencia (sin asesoramiento previo)	R
c) Cuadro clínico infeccioso	R
ESTERILIZACIÓN CONCURRENTE CON UNA CESÁREA	A

B. Esterilización quirúrgica masculina

CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIONES/EVIDENCIA
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS		
EDAD JOVEN	C	<i>Aclaración:</i> todos los hombres deben ser informados acerca de la permanencia de la esterilización y la disponibilidad de métodos alternos, de largo plazo y gran efectividad. Esto es de mayor importancia entre los hombres jóvenes. <i>Evidencia:</i> los hombres sometidos a vasectomía a edad temprana son más propensos a revertir el procedimiento que aquellos que se someten a vasectomía a una edad más avanzada.
TRASTORNOS DEPRESIVOS		
TRASTORNOS DEPRESIVOS VIH/SIDA	C	
ALTO RIESGO DE VIH	A	<i>Aclaración:</i> no es necesario el examen de rutina. Deben observarse cuidadosamente los procedimientos apropiados para la prevención de infecciones, incluidas las precauciones universales en todo procedimiento quirúrgico. Se recomienda el uso de condones después de la esterilización.
INFECCIÓN POR VIH	A	
SIDA	E	<i>Aclaración:</i> si el hombre padece actualmente de una enfermedad relacionada con el SIDA, el procedimiento debe ser retrasado.
TRASTORNOS ENDOCRINOS		
DIABETES	C	
ANEMIAS		
ANEMIA DREPANOCÍTICA	A	
TRASTORNOS RELEVANTES SÓLO PARA LA ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA MASCULINA		
INFECCIONES LOCALES*		
a) infección de la piel del escroto	R	
b) ITS activa	R	
c) balanitis	R	
d) epididimitis u orquitis	R	
TRASTORNOS DE LA COAGULACIÓN	E	
LESIÓN ESCROTAL PREVIA	C	
INFECCIÓN SISTÉMICA O GASTROENTERITIS*	R	
VARICOCELE GRANDE*	C	
HYDROCELE GRANDE*	C	
FILARIASIS; ELEFANTIASIS*	R	
TUMOR INTRAESCROTAL*	R	
CRIPTORQUIDIA	C	<i>Aclaración:</i> si la criptorquidia es bilateral, y se ha constatado la fertilidad, requerirá cirugía extensa para localizar el conducto deferente, y se convierte en categoría E. Si es unilateral, y se ha constatado la fertilidad, la vasectomía puede hacerse en el lado normal y debe realizarse el espermograma, según la rutina. Si el hombre sigue mostrando una presencia persistente de espermatozoides, se podría requerir una cirugía más extensa para localizar el otro conducto deferente, y se convierte en categoría E.
HERNIA INGUINAL	E	

8.1.1.3 Procedimientos seleccionados por la OMS para proveer métodos de planificación familiar

Los procedimientos (pruebas clínicas y paraclínicos) para iniciar métodos de planificación familiar se clasifican en cuatro clases : A, B, C y D, de acuerdo con la siguiente tabla:

Tabla 4

Clase A:	Esencial y requerido o de otro modo importante para uso seguro de método de planificación familiar.
Clase B:	Tiene sentido médico en algunos casos para uso seguro de planificación familiar, pero no puede ser apropiado para todos los clientes en todos los casos.
Clase C:	Puede ser apropiado como una acción preventiva en salud, pero no está relacionado directamente con el uso seguro de métodos de planificación familiar.
Clase D:	No está realmente relacionado con el uso de métodos de planificación familiar.

En la siguiente tabla se resumen los procedimientos seleccionados en la columna inicial y en la primera fila cada uno de los métodos. Al interior de la tabla las clases A, B, C, D, según corresponda. En algunos casos, hay anotaciones que se explican al final de la tabla.

8.1.2 Anticoncepción de emergencia

La anticoncepción de emergencia se refiere a los métodos de planificación familiar que pueden usar las mujeres para impedir la gestación, después de una relación sexual sin protección. Esta opción no se debe utilizar como método regular de planificación y es indicación reforzar la información educación sobre los métodos regulares de anticoncepción. Un grupo poblacional en el cual la anticoncepción de emergencia es de gran demanda es el de los y las adolescentes en los que se debe informar y educar sobre métodos regulares anticonceptivos, sin olvidar la doble protección (*Guía para la detección temprana de las alteraciones del joven de 10 a 29 años*). La circular 018 de 2004 obliga a las entidades territoriales a proveer métodos anticonceptivos regulares y de emergencia a la población adolescente vulnerable no asegurada en el sistema.

Los esquemas de anticoncepción de emergencia disponibles son (5):

8.1.2.1 Régimen combinado

También conocido como de "Yuzpe" consiste en la toma vía oral de dos tabletas de anticoncepción de altas dosis (cada una conteniendo 250 µg de levonorgestrel y 50 µg de etinilestradiol) dentro de las 72 horas (tres días)

Tabla 5
Resumen procedimientos

Procedimientos	Hormonales combinados (anovulatorios orales e inyectables mensuales)	Inyectables trimestrales (AMPD)	Implantes subdérmicos o minipíldora	Esterilización Femenina		Métodos de barrera	DIU-Cu
Examen pélvico (con espéculo y bimanual) para mujeres; examen genital para hombres	C	C	C	A	A	C ¹	A
Tensión arterial	B A	B A	C A	A	C A	C	C
Examen mamario	B	B	B	C	NA	C	C
Búsqueda de ITS por medio de prueba de laboratorio (para personas asintomáticas)	C	C	C	C A	C	C	A B ²
Citología cervicovaginal	C	C	C	C	NA	C	B C
Pruebas de laboratorio de rutina y obligatorias (por ej: colesterol, glucosa, pruebas de función hepática)	D	D	D	C ³	D	D	D
Procedimientos adecuados para la prevención de infecciones	D/A9	A	A	A	A	C ⁴	A
Puntos generales para la orientación sobre el uso de los métodos de planificación familiar	A ⁵	A	A	A ⁶	A ⁶	B ⁷	A ⁸
La orientación relativa a los cambios en la menstruación, incluso el sangrado ausente o irregular	A	A	A	-	NA	-	A

NR: No relevante.

NA: No aplica.

1. Clase A para diafragmas.

2. Búsqueda de antecedentes de ITS. Por antecedentes es clase A

3. Pruebas para determinar hemoglobina, así como glucosuria, son clase B.

4. Clase A es para ajuste del diafragma.

5. Incluye instrucciones para píldoras olvidadas.

6. Puntos a incluir: método permanente, antes de la operación +y recuperación e instrucciones para después de la cirugía.

7. La consulta es una buena idea, pero no siempre puede ser posible con ventas libres de condones y espermicidas. Sin embargo, clase A para diafragmas.

8. Puntos a incluir: comportamiento con alto riesgo; uso de condones para doble protección.

9. Para orales D e inyectables A.

siguientes de una relación sexual sin protección, seguidas de dos tabletas, 12 horas más tarde. También se pueden utilizar anticonceptivos hormonales de menores dosis 30-35 µg de etinilestradiol (usualmente cuatro tabletas iniciales y cuatro a las doce horas). Lo importante es asegurar una dosis inicial de 100 µg de etinilestradiol y 500 µg de levonorgestrel seguida por una dosis igual doce horas después.

8.1.2.2 Régimen de solo progestinas

Requiere la ingesta de dos tabletas de 750 µg de levonorgestrel dentro de las 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección. El tratamiento no se debe demorar innecesariamente debido a que la eficacia declina con el tiempo.

8.1.2.3 Dispositivo intrauterino (DIU)

El dispositivo intrauterino (tipo T Cu 380 A) tiene buena efectividad si se utiliza en los primeros cinco días posteriores a la relación sexual sin protección y se recomienda como un método adecuado para aquellas mujeres que deseen continuar su uso (3).

8.1.2.4 Consejería y seguimiento

Como con cualquier método anticonceptivo, la AE se debe proveer de una manera respetuosa y que responda a las necesidades de información y consejería. En general, dando la adecuada información y consejería, ayuda a mejorar el cumplimiento y afianza las bases para que la paciente usuaria en un futuro utilice los servicios de los programas de planificación familiar. Las pacientes que soliciten AE deberán recibir información sobre cómo utilizar el método, así como también su efectividad, efectos adversos más comunes y las necesidades de seguimiento.

Cuando sea posible, las pacientes que utilicen AE deberán recibir instrucciones simples por escrito para llevar a casa.

Debido a la naturaleza urgente de la AE, se deben aplicar un número de consideraciones durante la consejería:

- Muchas de las mujeres u hombres que consultan en búsqueda de la anticoncepción de emergencia pueden estar apenadas por no utilizar ningún método o por haber tenido un accidente con el método anticonceptivo que ella o él utiliza (uno de los "accidentes" frecuentes es la ruptura del preservativo, por inadecuada postura). Debido a esto, es necesario que el proveedor atienda respetuosa y abiertamente las inquietudes y experiencias de la paciente y evite aparecer como un juez mientras discute la AE
- Debido a que la consulta en búsqueda de AE no está planeada, muchas usuarias pueden tener otras obligaciones que no permitan que se extiendan en prolongadas consejerías o sesiones informativas sobre la anticoncepción en el futuro. Este tipo de consejería no deberá ser prerrequisito para recibir AE, pero debe estar disponible para todas las pacientes que las requieran en el momento de la visita o en una consulta posterior, por lo tanto, se deberá brindar la adecuada orientación a ésta
- Las mujeres que tuvieron una relación sexual sin protección pueden estar preocupadas sobre su exposición a ITS/VIH/SIDA, por ende, se le debe

explicar a la paciente claramente y que entienda que la AE no ofrece protección contra ITS/VIH/SIDA y se debe remitir o administrar a la paciente los medios diagnósticos o el tratamiento que sea necesario

- Existe un gran número de conceptos errados que deberán ser resueltos durante la consejería. Por ejemplo, algunas mujeres piensan que al usar anticoncepción de emergencia la menstruación les iniciará inmediatamente; la mayoría de las pacientes inician su menstruación en el tiempo o dentro de varios días de la fecha esperada. También tienen la creencia que la AE provee protección anticonceptiva durante el tiempo restante del ciclo; ésta no tiene esa función y se deberá utilizar otro método anticonceptivo (excepto que haya escogido el DIU)
- Algunas pacientes creen que la AE se puede utilizar como un método regular. Se deberá explicar que el uso regular podrá incrementar el riesgo de un embarazo en comparación con el uso sistemático de otro método anticonceptivo. Se debe dar consejería completa para que la mujer o su compañero elijan el método sistemático de su elección. Recordarle que la AE no protege de ITS/VIH/SIDA, por lo tanto, una vez escogido el método a usar posteriormente deberá usarse doble protección
- Posterior al uso de anticoncepción de emergencia, es necesario remitir a consejería de planificación familiar para las indicaciones pertinentes.

8.1.2.5 Eficacia de la AE

Para medir la eficacia comparativa de los dos regímenes hormonales (combinado y de sólo progestinas), la OMS publicó en 1998 el resultado de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego, que comparó el régimen combinado con el de solo progestina en las primeras 72 horas del coito sin protección. Se calculó que el uso de levonorgestrel sólo evitó 85% de los embarazos que hubieran ocurrido sin AE, mientras que el régimen de Yuzpe sólo había evitado 57% .

El estudio de OMS muestra claramente que tanto para el método combinado como el de progestinas la mayor eficacia de la AE se da especialmente cuando ésta se utiliza en las primeras 24 horas. Así, la recomendación es usarla inmediatamente en seguida al coito sin protección para aumentar la eficacia, es por eso que no se debe denominar a la AE como píldora del día siguiente pues le da la falsa seguridad a la mujer que debe esperarse hasta el otro día.

La inserción del dispositivo intrauterino es mucho más efectiva que el uso de anticoncepción de emergencia hormonal, ya que reduce el riesgo de embarazo como consecuencia de las relaciones sexuales sin protección en más de 99%. Además, el dispositivo intrauterino se puede dejar en su lugar para proporcionar un efecto anticonceptivo continuo hasta por diez años. Sin embargo, la decisión de qué método de AE de usarla tomará la mujer luego de brindarle todas las opciones mostrando ventajas, desventajas, duración, eficacia, etc. Es decir, luego de una verdadera elección informada (3).

8.1.2.6 Categorías OMS para anticoncepción de emergencia (AE) hormonal

Tabla 6

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA incluye píldoras de levonorgestrel y anticonceptivos orales combinados)		
CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIÓN/EVIDENCIA
EMBARAZO	NA	<i>Aclaración:</i> Aunque este método no se indica para una mujer con un embarazo conocido o con sospecha, no hay ningún daño conocido a la mujer, el curso del embarazo o el feto si se usan AE accidentalmente.
LACTANCIA	1	
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	
HISTORIA DE COMPLICACIONES CARDÍACAS SEVERAS (enfermedad isquémica cardíaca, ACV, otras condiciones tromboembólicas)	2	
ANGINA DE PECHO	2	
MIGRAÑA	2	
ENFERMEDAD HEPÁTICA SEVERA (incluye ictericia)	2	
USO REPETITIVO DE AE	1	<i>Aclaración:</i> El uso de AE repetitivamente es una indicación para llevar a cabo una adecuada consejería y recurrir a otras opciones anticoncepcionales. El uso de AE frecuentemente puede ser dañino para las mujeres con condiciones clasificadas como 2, 3 ó 4 para anticoncepción hormonal.
VIOLACIÓN	1	

8.1.2.7 Categorías OMS para anticoncepción de emergencia con DIU

Tabla 7

DIU - Cu para anticoncepción de emergencia	Aplican las categorías de elegibilidad anotadas anteriormente, sólo se hace énfasis en esta tabla en gestación en curso y violación.	
CONDICIÓN	CATEGORÍA	ACLARACIÓN/EVIDENCIA
EMBARAZO	4	Aclaración: El DIU no se indica durante el embarazo y no debe usarse debido al riesgo de infección pélvica seria y aborto séptico.
VIOLACIÓN		
a) Alto riesgo de ITS	3	
b) Bajo riesgo de ITS	1	

8.2 Consulta de control en planificación familiar

Consulta de control o seguimiento de programa por medicina general 89.0.3.01, consulta de control o seguimiento de programa por enfermería 89.0.3.05.

El control realizado por un profesional de la medicina o la enfermería, debidamente capacitados en planificación familiar, debe seguir estos pasos:

- Verificar el correcto uso del método
- Anamnesis sobre situación de salud y posibles molestias o efectos colaterales. En caso de vasectomía, revisar el recuento espermático de control
- Examen físico general y genital
- De acuerdo con los hallazgos y la decisión de la usuaria, cambiar el método o reforzar las indicaciones sobre su uso correcto
- En caso de métodos hormonales, se debe entregar la orden de suministro hasta cuando tenga que volver a control
- En DIU posparto o intracésarea, en los controles del mes y los tres meses se deben recortar los hilos, si están visibles
- Brindar orientación, información y educación individual sobre:
 - Signos de alarma por los que debe consultar
 - *Importancia de los controles y su frecuencia:* las usuarias deben ser informados sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal
- Para la prevención de ITS se recomienda usar el condón como método de protección adicional.

- Consignar en la historia clínica, en forma clara, los datos obtenidos en la valoración, los procedimientos realizados y el método suministrado, así como también diligenciar correctamente el registro diario de consulta
- En el siguiente cuadro se presenta la periodicidad que requieren los diferentes métodos para su control.

Tabla 8

Periodicidad de los controles según el método anticonceptivo

MÉTODO	PERIODICIDAD
Naturales:	Cada año
Amenorrea de la lactancia:	A los tres meses posparto
Hormonales:	Cada año
DIU de intervalo:	Al mes y luego cada año
DIU intracavaria o	
Posparto inmediato:	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año
DIU posaborto:	Al mes y luego cada año
Esterilización quirúrgica	
Masculina:	A la semana y luego a los tres meses (con recuento espermático)
Esterilización quirúrgica	
femenina:	A la semana

La provisión de métodos que requieren entrega periódica para cada usuaria debe brindarse de la siguiente manera:

Tabla 9

Provisión de métodos

MÉTODO	PERIODICIDAD
Anovulatorios orales	Mínimo cada tres meses
Injectable trimestral	Mínimo cada seis meses

Parágrafo

Ninguna usuaria o usuario debe salir de la consulta sin haber recibido un método de protección anticonceptiva.

8.3 Aplicación de DIU (inserción de dispositivo intrauterino DIU 69.7.1.00)

8.3.1 DIU de Intervalo

Técnica realizada por un profesional de la medicina o la enfermería debidamente capacitados, previa consejería, elección informada, consentimiento

informado, valoración de la usuaria y teniendo en cuenta los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. Se deben dar instrucciones a las usuarias luego de la aplicación.

8.3.2 DIU Posevento obstétrico (posparto y posaborto)

Técnica realizada por un médico debidamente entrenado, previa consejería (7), elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo con los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse intracésárea, posparto en las primeras 48 horas o posaborto.

Se deben dar instrucciones posaplicación y en la cita de puerperio visualizar si los hilos han descendido para recortarlos. Dar nueva cita para los tres meses posaplicación para terminar de recortar los hilos.

Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

8.4 Esterilización quirúrgica

8.4.1 Esterilización quirúrgica masculina (Vasectomía 63.7.3.00)

- Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración del usuario y de acuerdo con los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad
- Se deben entregar instrucciones posoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses posprocedimiento y hasta que el recuento espermático sea negativo
- Los controles deben realizarse a la semana del procedimiento y luego a los tres meses con recuento espermático
- Es necesario informar al usuario que la cirugía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección
- Es necesario que el usuario reciba información y consejería clara y apropiada. Debe firmarse el consentimiento informado. (artículo 15, ley 23 de 1981)

- Al solicitante se le practicará valoración médica previa a la operación para saber su estado de salud y quienes tengan alguna alteración como: hidrocele grande, elefantiasis, hernias grandes, infección escrotal, anemia grave o trastornos hemorrágicos, deben ser tratados previamente o referidos a un centro de mayor complejidad. Muchas de estas afecciones una vez tratadas permitirán que se practique la vasectomía (Categorías de elegibilidad descritas anteriormente)
- Los médicos que realicen la vasectomía sin bisturí deben estar capacitados y poseer el entrenamiento adecuado, certificado y haber efectuado bajo supervisión un número suficiente de casos que le permitan realizarla sin dificultad
- De tres a cinco días después de la cirugía, y si no presenta dolor, podrá reanudar sus actividades normales y tener relaciones sexuales, utilizando un método anticonceptivo temporal por doce semanas, hasta que se demuestre azoospermia en el recuento espermático, el cual debe realizarse a los tres meses.

8.4.2 Esterilización quirúrgica femenina (Esterilización femenina 66.3.9.10)

Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo con los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad.

El procedimiento se puede realizar en intervalo, posaborto, posparto o intracésarea y siempre deben utilizarse materiales de sutura absorbibles.

Es preciso entregar instrucciones postoperatorias e informar a la usuaria que la cirugía no protege contra las infecciones de transmisión sexual. Siempre enfatizar sobre la doble protección.

8.4.3 Formato de consentimiento informado para esterilización masculina o femenina

El formato de consentimiento informado para esterilización masculina y femenina debe decir que a la persona se le ha explicado y entiende:

- I. Que hay métodos anticonceptivos temporales que puede utilizar en lugar de la cirugía para planificar la familia.

2. Que el procedimiento seleccionado es quirúrgico y el personal de la institución le ha explicado los detalles.
3. Que la intervención quirúrgica tiene riesgos, los cuales le han sido explicados.
4. Que si la operación tiene éxito, no podrá tener más hijos porque los efectos son permanentes.
5. Que puede cambiar de opinión en cualquier momento y decidir no operarse, sin que por ello pierda el derecho a recibir los servicios y la atención médica de la institución.
7. Que la determinación ha sido tomada libre y voluntariamente, sin coacción ni aliciente alguno.

8.4.4 Capacidad del menor adulto para otorgar consentimiento para el acceso a métodos temporales de planificación familiar 8)

Dentro de la oferta de métodos temporales de planificación familiar, existen algunos que por las características del suministro de los mismos requieren que la mujer otorgue su consentimiento informado por escrito. Este es el caso del dispositivo intrauterino, que se inserta mediante un procedimiento menor en consultorio y que conlleva unos riesgos que deben ser explicados a la mujer de una forma sencilla y clara, para que ella pueda, en el ejercicio de su autonomía, autorizar la inserción del método. Igual sucede con el implante subdérmico.

Conociendo las implicaciones que para la salud de la mujer menor adulta (14 a 18 años), tendría un embarazo no deseado y que existen los métodos para prevenirlo, la mujer, en el ejercicio de su autonomía en desarrollo, podrá tomar decisiones sobre métodos de planificación familiar no definitivos. Los actos de los menores adultos pueden tener valor en ciertas circunstancias, pues la incapacidad del menor adulto no es absoluta (art. 1504 Código Civil). En ejercicio de su capacidad relativa pueden, en forma libre y autónoma, realizar actos tales como hacer testamento, reconocer hijos extra-matrimoniales, conceder y reclamar para ellos alimentos, otorgar consentimiento para dar en adopción sus propios hijos y celebrar ciertos contratos financieros.

El estado debe garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes, a partir de la interpretación de la Convención sobre los derechos del niño (ley 12 de 1991) que se refiere entre otros, al recono-

cimiento y garantía de la no discriminación, a la libertad de expresión, a la libertad de pensamiento, conciencia y religión, a la protección de la vida privada, al acceso a una información adecuada, a la educación. El eje fundamental de interpretación es el criterio de interés superior del niño, desarrollado por la Corte Constitucional en diferentes sentencias¹.

El derecho a la salud, establecido en el artículo 24, literal f de la Convención, contempla como obligación del Estado: "Desarrollar la atención preventiva de la salud ... y la educación y servicios en materia de planificación de la familia". (Subraya fuera de texto)

La teoría del bloque de constitucionalidad consiste en un principio de interpretación constitucional según el cual: "La Constitución es norma de normas. En todo caso de incompatibilidad entre la Constitución y la ley u otra norma jurídica, se aplicarán las disposiciones constitucionales" (artículo 4 CP) y el artículo 93 dispone: "Los tratados y convenios internacionales ratificados por el Congreso, que reconocen los derechos humanos y que prohíben su limitación en los estados de excepción, prevalecen en el orden interno. Los derechos y deberes consagrados en esta Carta se interpretarán de conformidad con los tratados internacionales sobre derechos humanos ratificados por Colombia".

Es decir, cuando hay normas de carácter internacional, convenios y tratados suscritos y ratificados por Colombia, como es el caso de la Convención de los derechos del niño, que tengan como objeto la protección de los derechos humanos y que sean de los que no pueden limitarse o modificarse en virtud de los estados de excepción, estos priman sobre lo que señale el ordenamiento interno del país. Así las cosas, conforme con la Convención de los derechos del niño, el Estado debe garantizar el acceso a la información, educación y a la aplicación de los métodos temporales de planificación a las y los adolescentes sin más restricción que la solicitud libre y el consentimiento informado del o la menor de edad.

Los y las adolescentes tienen la posibilidad de tomar decisiones que no pongan en riesgo su vida sobre su cuerpo y su salud, es importante resaltar que incluso pueden decidir una situación tan compleja como dar a su hijo

¹ Entre otras sentencias se pueden consultar: C-93 de 2001 M.P. Alejandro Martínez Caballero; C-184 de 2003 M.P. Manuel José Cepeda; Sentencia C-814/01 M.P. Marco Gerardo Monroy Cabra.

en adopción. El ejercicio de la sexualidad es un acto autónomo de las personas. Es contradictorio exigir la autorización de los padres para realizar la aplicación de un método temporal de planificación. La Corte ha sido enfática en que sólo hay lugar a esta intervención cuando la intensidad y el impacto del tratamiento incidan sobre la autonomía actual y futura del menor.

Los derechos que se derivan de la patria potestad son derechos instrumentales, su ejercicio está restringido única y exclusivamente a sus titulares y sólo será legítimo en la medida en que sirva al logro del bienestar del menor. Ha dicho la Corte: "Sin embargo, ello no quiere decir que los padres puedan tomar, a nombre de su hijo, cualquier decisión médica relativa al menor, por cuanto el niño no es propiedad de sus padres sino que él ya es una libertad y una autonomía en desarrollo, que tiene, entonces, protección constitucional. Como dice Carlos Niño, "la autonomía de los padres no es la de los hijos", por lo cual la patria potestad "debe estar dirigida a la formación en el grado máximo posible de la autonomía de los menores, pero no a que esa autonomía sea ejercida de una u otra manera" (Corte Constitucional, Sentencia, T-477 de 1995, M P Alejandro Martínez Caballero.)

En sentencia del año 1999 la Corte, además, señala: "Existe pues una relación de proporcionalidad inversa entre la capacidad de autodeterminación del menor y la legitimidad de las medidas de intervención sobre las decisiones que éste adopte. Así, a mayores capacidades intelecto-volitivas, menor será la legitimidad de las medidas de intervención sobre las decisiones adoptadas con base en aquéllas" (SU-337 de 1999).

Los adolescentes pueden tomar la decisión de ejercer su sexualidad y también pueden tomarla sobre la forma de hacerlo para que sea de una manera placentera, responsable y libre de riesgo de un embarazo no deseado.

9. Aspectos a tener en cuenta en la conserjería en planificación familiar (9, 10)

9.1 Definición de consejería

La consejería es un proceso de comunicación interpersonal y directa, mediante la cual un miembro del equipo de salud orienta, asesora, apoya a otra persona o pareja, a identificar sus necesidades, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias acerca de sus vidas reproductivas.

Es necesaria en diferentes momentos o situaciones de la vida con alto, mediano o bajo riesgo.

Es importante resaltar que cada individuo tiene diferentes necesidades, diferentes circunstancias, diferentes condiciones económicas y condiciones socios culturales para tomar una decisión, lo que lleva al personal de salud a brindar una atención individualizada.

Tiene dos componentes fundamentales: La comunicación (información y educación), y los derechos sexuales y reproductivos.

9.2 Derechos

Los derechos sexuales y reproductivos están basados en los derechos humanos que se describen a continuación.

Información: todas las personas tienen derecho a solicitar, recibir e impartir información. En el caso de planificación familiar, el usuario tiene derecho a recibir información completa sobre todos los métodos de planificación familiar.

Libertad: es la capacidad de hacer elecciones básicas sobre la vida y la atención en salud en general, la que incluye la salud sexual y reproductiva.

Privacidad: en la vida personal y familiar. Las decisiones sobre la salud sexual y reproductiva incluida el tamaño de la familia son de carácter privado, pues éstas se toman teniendo en cuenta los valores, las necesidades, la familia, el bienestar social, la religión y las circunstancias personales relacionadas con la salud.

Vida libre de daño: vivir exento de daño proviene del derecho a la seguridad que tiene el usuario en todos los procedimientos que se le realicen, como el caso de los métodos de planificación familiar definitivos, sin excluir los demás métodos.

Igualdad: sin discriminación de raza, color, sexo, idioma, religión, política, opiniones, origen nacional, origen geográfico, nivel socioeconómico u otra condición, es decir, se le brinda un trato digno. Los métodos de planificación familiar deben ser dados a conocer en todos los ámbitos para que de esta manera sean accesibles a todas las personas que los soliciten.

Justicia sanitaria: se garantiza el derecho al nivel más alto de salud física y mental que se pueda obtener. El usuario ejerce este derecho cuando puede

acceder a un paquete básico de servicios y de opciones integrales en salud, donde la oferta es confiable y, además, tiene continuidad de la misma.

9.3 Elección informada

Es una decisión voluntaria e individual que se toma con base en la información, el entendimiento, la comprensión y verificación de lo que se está informando sobre las diferentes opciones que existen en salud sexual y reproductiva.

Las opciones que se ofrecen deben estar disponibles y deben ser accesibles.

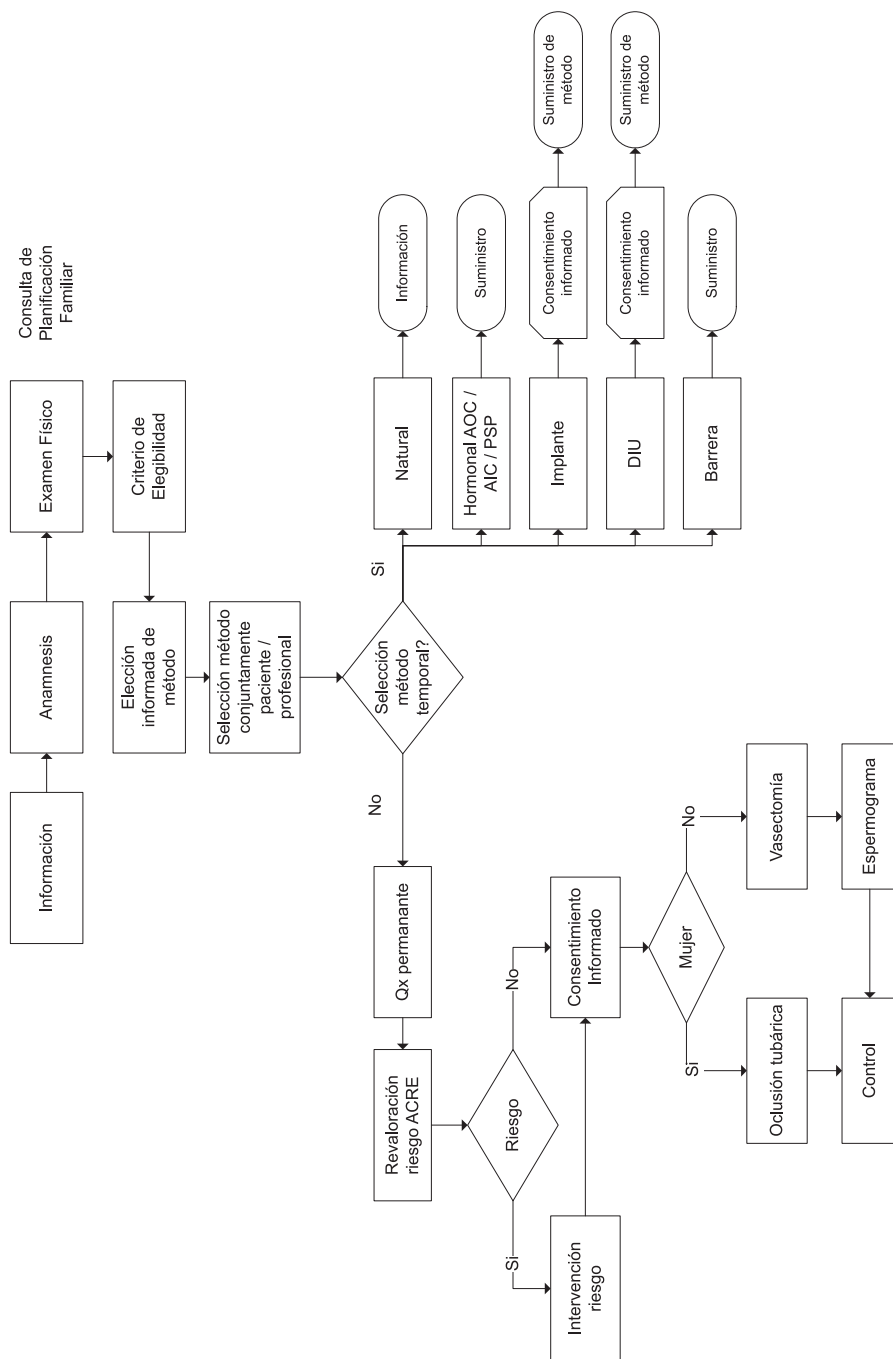
9.4 Consentimiento informado

Es la manifestación de la elección informada hecha por el usuario sobre un procedimiento específico a realizarle, mediante documento escrito (artículo 15, ley 23 de 1981), el cual tiene validez si el usuario:

- Dispone de una información suficiente
- Comprende la información adecuadamente
- Se encuentra libre para decidir de acuerdo con sus propios valores
- Y es competente para tomar la decisión

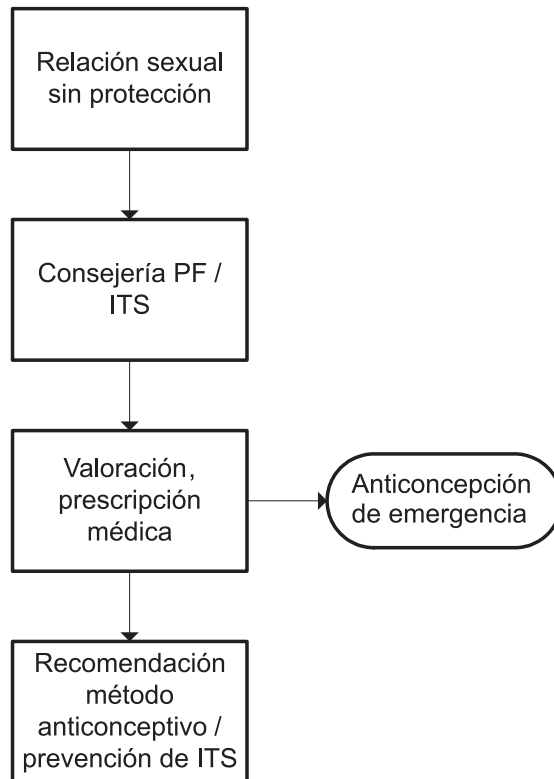
Por tanto, el consentimiento informado sólo se logra como resultado del proceso de diálogo y de colaboración en el que se deben tener en cuenta los anteriores puntos. De esta manera, es evidente que el consentimiento informado no puede reducirse a la recitación mecánica de los hechos estadísticos, ni a la firma de un formulario de autorización.

Flujograma No. 1 Anticoncepción temporal y definitiva



Flujograma 2

Anticoncepción de emergencia



Bibliografía

- I. *Encuesta nacional de demografía y salud*. Profamilia. Ed: Printex Impresores. Bogotá, Colombia. 2000: 53-70.
2. *Política nacional de salud sexual y reproductiva*. Minprotección Social. Colombia, 2003.
3. *Plan de choque mortalidad materna*. Minprotección Social. Colombia, 2004.
4. World Health Organization. *Medical eligibility Criteria for contraceptive use*. 3d Edition. Geneva, 2004.
6. Gómez PI_ *Capítulo 165: Anticoncepción de emergencia*. En texto de obstetricia y ginecología. Sociedad Colombiana de Obstetricia y Ginecología. Primera Edición. Ed. Distribuna. 2004: 844-847.
7. World Health Organization. *Randomized controlled trial of levonorgestrel versus yuzpe regimen of combined oral contraceptive for emergency contraception*. Lancet 1998. 352: 428-33.
8. Hiller JE, Griffith E, Jenner F, *Education for contraceptive use by women after childbirth* (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 3, 2005. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Profamilia, *Oficina asesora derechos sexuales y reproductivos*. Octubre 26 de 2005.
10. EngenderHealth. *Currículo de consejería*. New York, 2004.
11. EngenderHealth. *Elección informada*. New York, 2002.

Tablas resumen de categorías de elegibilidad métodos temporales

CATEGORÍAS ELEGIBILIDAD OMS								
CONDICIÓN	Anovulatorios orales combinados baja dosis	Inyectables mensuales combinados	Parche combinado	Píldora de sólo progestinas	Inyectable trimestral (AMPD)	Implantes subdérmicos de LNG	DIU-Cu	DIU-LNG
I= Iniciación, C= Continuación								
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 < 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	M/quia a < 20 =2 > 20 =1	M/quia a < 20 =2 > 20 =1
PARIDAD								
a) Nulíparas	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Multiparas	1	1	1	1	1	1	1	1
POSPARTO CON LACTANCIA								
a) < 6 semanas posparto	4	4	4	3	3	3		
b) 6 semanas a < 6 meses posparto	3	3	3	1	1	1		
c) > 6 meses posparto	2	2	2	1	1	1		
POSPARTO SIN LACTANCIA								
a) < 21 días	3	3	3	1	1	1		
b) > 21 días	1	1	1	1	1	1		
POSPARTO (lactancia o no, incluye operación cesárea)								
a. < 48 horas							2	3

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 posaborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
ANTECEDENTE DE EMBARAZO ECTÓPICO	1	1	1	2	1	1	1	1
HISTORIA DE CIRUGÍA PÉLVICA (incluye operación cesárea)	1	1	1	1	1	1	1	1
TABAQUISMO								
a) Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Edad > 35 años	3	2	3	1	1	1	1	1
(i) < 15 cigarrillos/día	4	3	4	1	1	1	1	1
(ii) > 15 cigarrillos/día								
OBESIDAD IMC > 30kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR								
MÚLTIPLES FACTORES DE RIESGO PARA ENFERMEDAD CARDIOVAS - CULAR (tales como tabaquismo, diabetes, obesidad y HTA)	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2

HIPERTENSIÓN								
a) Historia de HTA, cuando la presión arterial NO ha sido tomada (incluida la hipertensión asociada con el embarazo)	3	3	3	2	2	2	1	2
b) Adecuado control de la presión arterial cuando el control puede ser evaluado	3	3	3	1	2	1	1	1
c) Niveles elevados de presión arterial tomadas adecuadamente	3	3	3	1	2	1	1	1
(i) sistólica 140-159, diastólica 90-99	4	4	4	2	3	2	1	2
(ii) sistólica > 160 o diastólica > 100								
d) Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2
HISTORIA DE PRESIÓN ALTA DURANTE EL EMBARAZO (cuando la presión arterial actual es normal)	2	2	2	1	1	1	1	1
TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA (TVP) / TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP)								
a) Historia de TVP/TEP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/TEP actual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Historia familiar de TVP/TEP (primer grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
D) Cirugía mayor	4	4	4	2	2	2	1	2
(i) Con inmovilización prolongada								
(ii) Sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1

MUTACIONES TROMBO GÉNICAS CONOCIDAS (mutaciones del factor V de Leiden y protrombina, deficiencias de la proteína S, proteína C, antitrombina).	4	4	4	2	2	2	1	2							
TROMBOSIS VENOSA SUPERFICIAL															
a) Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1							
c) Tromboflebitis superficial	2g	2	2	1	1	1	1	1							
HISTORIA Y ENFERMEDAD ISQUÉMICA CARDÍACA ACTUAL	4	4	4	I	C	3	I	C	1	I	C				
				2	3		2	3		2	3				
ACV (historia de ACV)	4	4	4	I	C	3	I	C	1	2					
				2	3		2	3							
HIPERLIPIDEMIAS CONOCIDAS	2/3	2/3	2/3	2	2	2	1	2							
ENFERMEDAD VALVULAR CARDÍACA															
a) No complicada	2	2	2	1	1	1	1	1							
b) Complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis subaguda)	4	4	4	1	1	1	2	2							
CONDICIONES NEUROLÓGICAS															
CEFALEAS	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	
a) No migrañosas (leves o severas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	
b) Migraña	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2
	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	1	2	2
	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3		2	3
EPILEPSIA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
DESÓRDENES DEPRESIVOS	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

c) Historia familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	1	1				
d) Cáncer de mama												
(i) Actualmente	4	4	4	4	4	4	1	4				
(ii) Sin evidencia de enfermedad actual o pasada por 5 años	3	3	3	3	3	3	1	3				
CÁNCER ENDOMETRIAL	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C		
							4		2	4	2	
CÁNCER OVÁRICO	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C		
							3		2	3	2	
MIOMAS UTERINOS												
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1	1				
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	4	4				
ANORMALIDADES ANATÓMICAS												
a) Que distorsionan la cavidad uterina							4	4				
b) Que no distorsionan la cavidad uterina							2	2				
ENFERMEDAD PÉLVICA INFLAMATORIA (EPI)								I	C	I	C	
a) EPI anterior (asumiendo que no posee factores de riesgo actualmente para ITS)												
(i) Nulíparas	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
(ii) Multiparas	1	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) EPI actualmente	1	1	1	1	1	1	4	4	2	4	2	

CONDICIONES ENDOCRINAS								
DIABETES								
a) Historia de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sin enfermedad vascular								
(i) No insulino-dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) Insulino-dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2
c) Nefropatía/neuropatía/retinopatía	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de duración	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2
DESÓRDENES TIROIDEOS								
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
CONDICIONES GASTROINTESTINALES								
ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR								
a) Sintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
(I) Tratada con colecistectomía	3	2	3	2	2	2	1	2
(II) Tratada médicamente	3	2	3	2	2	2	1	2
(III) Actualmente								
b) Asintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
HISTORIA DE COLESTASIS								
a) Durante el embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada con anterior toma de anovulatorios orales combinados	3	2	3	2	2	2	1	2

HEPATITIS VIRAL								
a) Activa	4	3/4	4	3	3	3	1	3
b) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1
CIRROSIS								
a) Moderada (compensada)	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Severa (descompensada)	4	3	4	3	3	3	1	3
TUMORES HEPÁTICOS								
a) Benignos (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Malignos (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMIAS								
TALASEMIA	1	1	1	1	1	1	2	1
ENFERMEDAD DE CÉLULAS FALCIFORMES	2	2	2	1	1	1	2	1
ANEMIA POR DEFICIENCIA DE HIERRO	1	1	1	1	1	1	2	1
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS								
MEDICAMENTOS QUE AFECTAN LAS ENZIMAS HEPÁTICAS								
a) Rifampicina	3	2	3	3	2	3	1	1
b) Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3	2	3	3	2	3	1	1

ANTIBIÓTICOS (excluyendo Rifampicina)									
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1	
b) Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1	1	
TERAPIA ANTIRRETRO - VIRAL							I	C	I
	2	2	2	2	2	2	2/3	2	2/3