



**Anticoncepción posparto,
transcesárea, poscesárea
y posaborto**





**Anticoncepción posparto,
transcesárea, poscesárea
y posaborto**



10 000 ejemplares
Primera Edición, 2002
ISBN 970-721-099-0
Derechos Reservados

© 2002 Secretaría de Salud
Dirección General de Salud Reproductiva
Homero No. 213, 7° piso
Col. Chapultepec Morales
Delegación Miguel Hidalgo
C. P. 11750 México, D. F.

Se permite la reproducción total o parcial de este documento citando la fuente.

Directorio

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Julio Frenk Mora

Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas

Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer

Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Dr. Roberto Castañón Romo

Subsecretario de Relaciones Institucionales

Lic. María Eugenia de León-May

Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Eduardo González Pier

Coordinador General de Planeación Estratégica

Lic. Gustavo Lomelín Cornejo

Director General de Comunicación Social

Dra. María de Lourdes Quintanilla Rodríguez

Directora General de Salud Reproductiva

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD REPRODUCTIVA

Dra. María de Lourdes Quintanilla Rodríguez

Directora General de Salud Reproductiva

Dr. Vicente Díaz Sánchez

Director de Normatividad y Asistencia Técnica en
Planificación Familiar

Dra. Mirella Loustalot Laclette

Directora de Prevención y Control del Cáncer en la Mujer

Act. Yolanda Varela Chávez

Directora de Desarrollo Gerencial

Dr. Cuitláhuac Ruíz Matus

Director del Programa de Acción "Arranque Parejo en la Vida"

Lic. María Trinidad Gutiérrez Ramírez

Directora de Desarrollo Humano

GRUPO TÉCNICO

Secretaría de Salud - Dirección de Normatividad y Asistencia Técnica en Planificación Familiar

Dr. Vicente Díaz Sánchez

Dr. Alejandro Rosas Solís

Dr. Leopoldo García Velasco

Dra. Martha Angélica Vázquez Gutiérrez

Psic. Elisa Fernández González

Lic. Ma. Elizabeth Alatraste Alonso

Dr. José Luis Velasco Vite

Psic. Hilda Cervantes Bautista

Apoyo Técnico

Téc. Sup. Tomás Hernández Valenzuela

C. Rosa Ramírez García

Índice

Presentación

1. Introducción	9
2. Antecedentes	11
Beneficios de la Anticoncepción Posparto, Transcesárea, Poscesárea y Posaborto	14
Beneficios del crecimiento organizado de la población	15
3. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto	17
Definición	17
La anticoncepción posparto se debe iniciar	17
Prestación de los servicios de anticoncepción a las mujeres en el posparto	19
4. Opciones anticonceptivas en el posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto	21
Dispositivo Intrauterino	21
La Oclusión Tubaria Bilateral	38
5. El proceso de la comunicación interpersonal y la orientación- consejería, durante el posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto	33
Orientación-Consejería	34
Consentimiento Informado	37
6. Marco Normativo	39
7. Factores que pueden limitar la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto	41
8. La formación y actualización de los recursos humanos	43
9. Conclusiones	47
10. Bibliografía	49

Presentación

En México, los avances obtenidos en el campo de la salud reproductiva han tenido efectos positivos en los indicadores de impacto estrechamente vinculados a la salud materna e infantil y al desarrollo social; a pesar de estos logros aún persisten grandes retos, particularmente en las entidades federativas con menor desarrollo social.

El Programa Nacional de Salud 2001-2006 considera a la planificación familiar, como una de las acciones sustantivas en salud reproductiva que contribuye a reducir los rezagos en salud que afectan a los pobres. En este contexto, el Programa de Acción de Salud Reproductiva plantea los objetivos y las estrategias para contribuir a garantizar el derecho de los individuos y las parejas a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de los hijos, tomando en cuenta la diversidad cultural de los grupos prioritarios de la población de las áreas: rural, urbano marginadas, comunidades indígenas, personas que presentan alguna discapacidad, las y los adolescentes.

El esquema operativo está integrado por siete subcomponentes esenciales:

- ▶ Salud sexual y reproductiva del hombre
- ▶ Salud sexual y reproductiva de la población adolescente
- ▶ Salud sexual y reproductiva de la población discapacitada
- ▶ Tecnología anticonceptiva
- ▶ Salud sexual y reproductiva de las comunidades indígenas
- ▶ Atención en la peri- y posmenopausia
- ▶ Orientación para la prevención y diagnóstico de la infertilidad

Dentro del subcomponente de tecnología anticonceptiva, la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, es un aspecto sustantivo que contribuye a disminuir la incidencia de embarazos de alto riesgo, promover un espaciamiento intergenésico de al menos dos años, favorecer una paridad planeada, contribuir a la disminución de la morbilidad y mortalidad materna e infantil y fortalece el Programa de Arranque Parejo en la Vida.

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

1. Introducción

En numerosos países la anticoncepción posparto no se encuentra consolidada a los servicios de planificación familiar en la prestación de servicios de salud, en un alto porcentaje no se atienden las necesidades de las mujeres después de la atención de un evento obstétrico, al no promover y ofertar mediante la orientación-consejería el uso de la anticoncepción posparto especialmente durante el control prenatal.

La imposibilidad de obtener opciones anticonceptivas modernas durante el posparto, expone a las mujeres al riesgo de embarazos poco oportunos o no deseados, que frecuentemente concluyen en abortos en condiciones de riesgo. Los embarazos con un período intergenésico corto plantean mayores riesgos para la salud de las madres y sus hijos. Aunque se han logrado grandes avances en la accesibilidad y calidad en la prestación de los servicios de planificación familiar, siguen existiendo necesidades insatisfechas de información y servicios sobre anticoncepción posparto y posaborto, especialmente entre las y los adolescentes, así como en las mujeres que habitan en las comunidades del área rural.

Actualmente, muchas de estas mujeres no tienen acceso a las opciones anticonceptivas, por lo tanto, es necesario establecer estrategias que permitan mejorar la atención de la salud reproductiva de las mujeres después del embarazo.

La prestación de servicios con calidad en planificación familiar en el período del posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto es una condición fundamental, donde el personal de salud debe practicar mejores formas de cubrir las necesidades de las usuarias y utilizar los recursos de una manera más eficaz, con el fin de contribuir de forma significativa a reducir la mortalidad y morbilidad materno-infantil y a prevenir abortos futuros.

Al mejorar la calidad de la atención, se obtienen mayores beneficios como: el uso de métodos anticonceptivos más seguros y eficaces, la información y los servicios son más accesibles, las usuarias toman decisiones informadas y están más satisfechas, los prestadores de los servicios encuentran mayor satisfacción en su trabajo. Además, la población en general tiene un concepto positivo, con respecto a los servicios de salud y quienes prestan estos servicios.

2. Antecedentes

El programa de planificación familiar ha desempeñado un papel importante en la desaceleración del crecimiento de la población. En México la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto se proporciona en las unidades médicas de la Secretaría de Salud, desde la década de los setenta; sin embargo, por circunstancias diversas, estos servicios no han logrado su consolidación como una acción de salud continua y permanente, en las unidades de primer y segundo nivel que proporcionan atención obstétrica.



Figura 1

A principio de los ochenta, los programas institucionales de planificación familiar iniciaron un proceso de cambios importantes en su ejecución, como resultado del reconocimiento de su contribución a propiciar un crecimiento demográfico más organizado y armónico; su práctica tiene el objetivo de promover una maternidad sin riesgo y por consiguiente mejora las expectativas de vida de las(los) niñas(os).

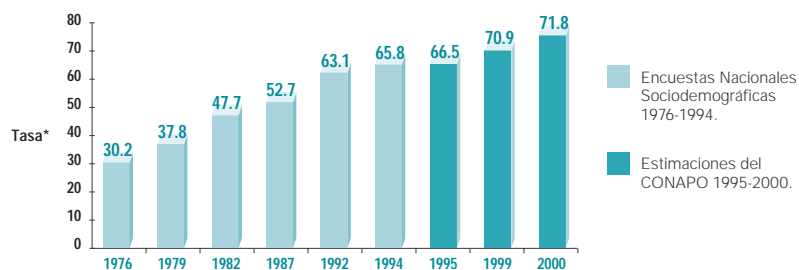
A partir de la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, celebrada en México en 1990 y el Taller Internacional sobre Planificación Familiar en el Posparto y el Posaborto, celebrado en Ecuador en 1993, se formularon numerosas recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo, incluida la necesidad de integrar a los servicios de salud reproductiva los siguientes aspectos:

- ▶ Evaluación de los métodos anticonceptivos a usar en el período de posparto y posaborto.
- ▶ Atención a las expectativas y necesidades de las usuarias
- ▶ Extensión de los servicios de anticoncepción posparto a los entornos extrahospitalarios y rurales.
- ▶ Aumento de las opciones de métodos anticonceptivos disponibles

- ▶ Evaluación de la eficacia de los servicios de orientación consejería y planificación familiar en el posparto y posaborto, así como las actitudes y necesidades de capacitación de los prestadores de servicio.
- ▶ Identificar las barreras que se oponen a la planificación familiar en el posparto y posaborto.

En 1994 el Programa de Planificación Familiar se fortaleció al integrarse al concepto holístico de la salud reproductiva. Así, la Secretaría de Salud a través de la Dirección General de Salud Reproductiva, logró implantar el subcomponente de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, en las unidades médicas de segundo nivel de atención y en las unidades de primer nivel que atienden eventos obstétricos en las 32 Entidades Federativas.

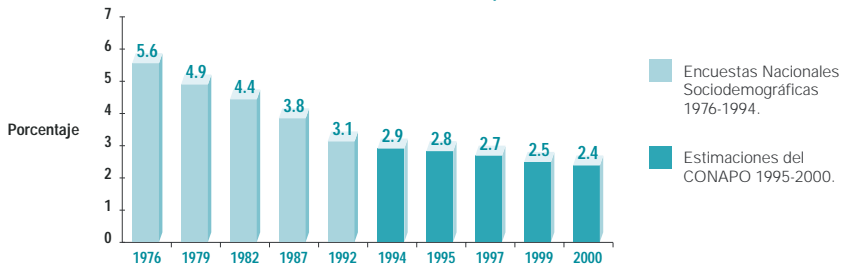
Gráfica 1
PREVALENCIA DE USO DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
ENTRE MUJERES EN EDAD FERTIL UNIDAS, 1976-2000



Se ha fomentado el enfoque selectivo en la promoción de la planificación familiar para contribuir a disminuir la incidencia de los embarazos de alto riesgo asociados a la reproducción en edades extremas, a la multiparidad, a un espaciamiento demasiado corto entre los embarazos y a la presencia de factores de riesgo derivado de patologías crónico-degenerativas en la mujer gestante; esto es actualmente conocido como riesgo reproductivo.

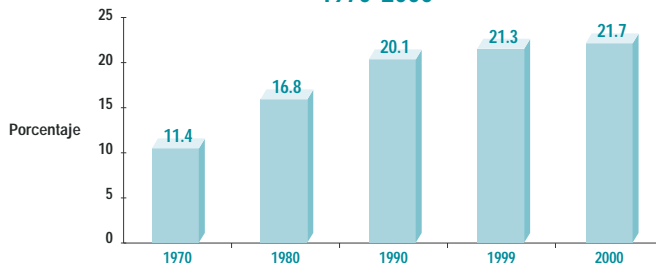
El enfoque de riesgo reproductivo y los programas de planificación familiar son básicos en la prevención, pretenden un manejo integral con calidad, mantener una estrecha interrelación con los componentes de los programas, Arranque Parejo en la Vida y Salud de la Mujer para incrementar gradualmente el uso de métodos anticonceptivos, favoreciendo cambios en los patrones reproductivos de la población mexicana.

Gráfica 2
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, 1976-2000



Un reto importante es contar con personal capacitado en la atención del parto y del puerperio en especial en las adolescentes, con la finalidad de promover el uso de un método anticonceptivo inmediato a la resolución obstétrica, con el absoluto respeto a la libre decisión.

Gráfica 3
POBLACION ADOLESCENTE (10 A 19 AÑOS), 1970-2000

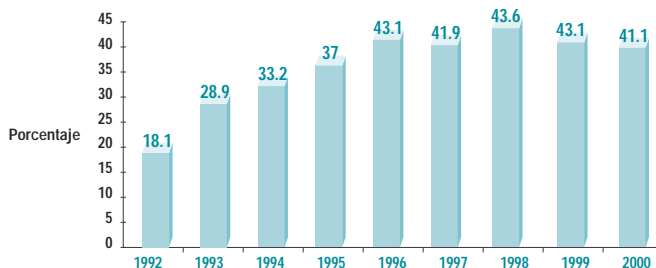


Fuente: Censos Generales de Población y Vivienda y Estimaciones del CONAPO.

En algunos estudios del año 2000, se ha estimado que en los países en desarrollo la fecundidad descendió hasta un 50%, como resultado del fortalecimiento de los programas de planificación familiar. Sin embargo, en 1990 se realizó un estudio en 20 países, los resultados mostraron que el 22% de la fecundidad no era deseada. Este resultado sugiere que un gran porcentaje de mujeres desean regular su fertilidad pero no han tenido acceso a los servicios o no han podido hacerlo.

La estrategia de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto contribuye a incidir de manera directa en la promoción de la planificación familiar en las mujeres embarazadas; desde su primera atención prenatal, es de vital importancia el componente de calidad, la detección oportuna de signos y síntomas de alarma, la referencia oportuna, la orientación-consejería en anticoncepción posparto y posteriormente la atención del evento obstétrico.

Gráfica 4
**ANTICONCEPCION POSEVENTO OBSTÉTRICO
 COBERTURA (DIU Y OTB), 1992-2000**



* hasta mayo, 2000. Fuente: SISPA.

La atención prenatal oportuna, adecuada y con calidad en las mujeres adolescentes, contribuye a asegurar una maternidad sin riesgos, previene y evita las posibles secuelas psicosociales que se pueden presentar en los embarazos, principalmente en los no planeados.

BENEFICIOS DE LA ANTICONCEPCIÓN POSPARTO, TRANSCESÁREA, POSCESÁREA Y POSABORTO

Para el año 2006 los desafíos a enfrentar son grandes: en primer lugar, lograr cambios en la posición social de la mujer y en sus condiciones de vida, es un objetivo a largo plazo que sólo podrá alcanzarse en el contexto del desarrollo social del país. En segundo término, el incremento en la cobertura anticonceptiva sobre todo entre los grupos sociales menos favorecidos; mujeres del área rural, de las comunidades indígenas y de las áreas marginadas de las grandes urbes.

Los beneficios de la planificación familiar se reflejan de varias maneras:

- ▶ **Se protege la vida de las mujeres:** si se evitaran los embarazos involuntarios, podría prevenirse aproximadamente una cuarta parte de todas las defunciones maternas.
- ▶ **La anticoncepción:** especialmente, ayuda a evitar los abortos practicados en condiciones de riesgo.
- ▶ **También permite que:** aumente la edad en el período protogenésico, limitando los nacimientos a los años de mejor salud del período reproductivo y espaciar el período intergenésico entre uno y otro embarazo.
- ▶ **Se protege la vida de los niños:** el espaciamiento de los embarazos de dos años como mínimo, ayuda a las mujeres a tener hijos más sanos y contribuye a aumentar la probabilidad de sobrevivencia infantil y a mantenerse sanos.

- ▶ **Se ofrecen mayores opciones a la mujer:** el control de la fecundidad mediante prácticas anticonceptivas modernas y eficaces pueden favorecer el acceso a las oportunidades de educación, empleo y participación comunitaria.
- ▶ **Se fomenta las prácticas sexuales de menor riesgo:** todas las personas sexualmente activas necesitan protegerse contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, utilizando la información sobre las prácticas de sexo seguro.

BENEFICIOS DEL CRECIMIENTO ORGANIZADO DE LA POBLACIÓN

- ▶ Al incrementar el número de personas que adoptan un método anticonceptivo, la fecundidad desciende y la población crece organizada. La población mundial ha alcanzado los 6 000 millones de habitantes y cada año se agregan casi 80 millones más.
- ▶ El crecimiento armónico de la población ayuda a proteger el medio ambiente, posibilita la conservación de recursos, la protección de la pureza del aire y el agua, la reducción de la presión en las ciudades y ayuda a evitar conflictos.

Aún los pequeños descensos de la fecundidad incidirán considerablemente en el futuro crecimiento de la población. La atención de la salud reproductiva ayuda a satisfacer las necesidades actuales de las personas y ofrece mejores perspectivas para el siglo XXI.

3. Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto

DEFINICIÓN

La anticoncepción posparto es la estrategia que permite a la mujer en estado puerperal, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante un método anticonceptivo ya sea temporal o permanente.

La decisión de usar un método anticonceptivo se puede tomar en los siguientes momentos:

- ▶ Consulta prenatal
- ▶ Posparto
- ▶ Transcesárea
- ▶ Poscesárea
- ▶ Posaborto

La finalidad de esta estrategia es que todas las mujeres tengan la posibilidad y factibilidad de optar por alguna opción anticonceptiva antes de abandonar la unidad médica, esto propiciado por el alto porcentaje de mujeres que acuden a las unidades a recibir atención obstétrica sin haber tenido un contacto previo con los servicios de salud, la falta de orientación consejería, el difícil acceso a los servicios por su lugar de residencia o a factores culturales relacionados con la percepción de la planificación familiar.

LA ANTICONCEPCIÓN POSPARTO SE DEBE INICIAR

Después de la resolución obstétrica, la atención al recién nacido es una tarea particularmente difícil para las primíparas, aunado a los cuidados para recuperarse del embarazo y parto, muchas de ellas desean espaciar los próximos embarazos para proteger su propia salud y la de su recién nacido. A pesar de estas necesidades manifiestas, los prestadores de servicios de salud suelen otorgar poca atención para ofertar o proporcionar las opciones anticonceptivas.

En el mundo, aproximadamente la tercera parte de las mujeres que tienen una necesidad insatisfecha de planificación familiar están embarazadas o han parido recientemente.

Es vital que los prestadores de servicios estén atentos a proporcionar orientación consejería, para ayudar a decidir el uso de un método anticonceptivo moderno y que no interfiera con la lactancia materna para garantizar la subsistencia de la recién nacida(o).

Una opción anticonceptiva excelente para las mujeres en el posparto es el método de lactancia y amenorrea (MELA), siempre que se use correctamente, es eficaz por lo menos en un 98 por ciento. El uso correcto exige que la menstruación no se haya reanudado, que la mujer se encuentre proporcionando lactancia materna exclusiva y que su hija(o) sea menor de seis meses de edad.

Cuando las condiciones de las mujeres que sean usuarias del MELA dejen de ser adecuadas, deberán estar informadas para usar otro método anticonceptivo, en el caso de que la usuaria desee utilizar hormonales combinados, orales o inyectables, puede hacerlo a partir del sexto mes.

El dispositivo intrauterino (DIU) es una excelente opción, su inserción puede realizarse en el posparto, transcesárea, poscesárea o posaborto y se recomienda su inserción antes del egreso hospitalario.

Las opciones anticonceptivas que se ofertan en el posaborto son muy amplias, desde DIU's, hormonales orales o inyectables y métodos de barrera. Se recomienda que la adopción de alguno de estos métodos sea inmediata al evento obstétrico.

Cuando la usuaria tenga su paridad satisfecha, inmediatamente después del evento obstétrico, puede realizarse la oclusión tubaria bilateral, previo proceso de orientación consejería y firma del consentimiento informado.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó medidas análogas, a partir de criterios médicos de elegibilidad. Estos criterios tienen la finalidad de determinar el abordaje de las necesidades de las mujeres en el posparto y las de sus recién nacidos, incluyendo la nutrición, el apoyo social y la prevención de la infección por el VIH, además de la planificación familiar.

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE ANTICONCEPCIÓN A LAS MUJERES EN EL POSPARTO

Actualmente en México se pretende que los programas de planificación familiar se proporcionen de una manera integral, oportuna y con calidad. Por lo tanto, es de gran importancia la vinculación y coordinación que se establezca con otros subcomponentes de la salud reproductiva. Esta estrategia previene la duplicación de servicios y la labor de los especialistas en el campo de la salud, optimiza el costo beneficio y el costo efectividad de las acciones.

Estrategias

Las estrategias que el programa de planificación familiar ha establecido para fortalecer y consolidar la continuidad, la calidad en la prestación de los servicios de este subcomponente y el impacto en la salud reproductiva de la población son:

- ▶ Prestación de los servicios de anticoncepción posparto, por personal capacitado que garantice el respeto a la libre decisión y el desarrollo de los procedimientos médicos con calidad apegados a las NOM vigentes.
- ▶ Prevención de los embarazos no planeados y no deseados, del aborto y sus complicaciones y de las infecciones de transmisión sexual.
- ▶ Diseño, coordinación y ejecución de procesos de información, educación y comunicación social, dirigida a la población usuaria de los servicios de salud reproductiva.
- ▶ Información y servicios que brinden una atención integral y con calidad en anticoncepción posparto, con especial atención a las adolescentes embarazadas.
- ▶ Investigación operativa en anticoncepción posparto, con la finalidad de evaluar integralmente los procesos y resultados de las acciones para favorecer la toma de decisiones.

Los resultados y el cumplimiento de los objetivos de estas estrategias, dependerán además de la calidad de los procesos educativos y de la información dirigida a la población, las acciones de seguimiento y control, la supervisión, el monitoreo y la evaluación permanente.

MOMENTO PARA PRESCRIBIR LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS POSPARTO

Madres lactantes	Madres en el posaborto
Antes del egreso hospitalario	Antes del egreso hospitalario
<ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU, transcesárea, poscesárea y posparto • Oclusión Tubaria Bilateral 	Todos los métodos: <ul style="list-style-type: none"> • Inserción del DIU • Condones (masculino o femenino) • Espermicidas • Métodos sólo de progestina (PSP, DMPA) • Anticonceptivos hormonales combinados (orales o inyectables) • Oclusión Tubaria Bilateral
Después del egreso hospitalario	
<ul style="list-style-type: none"> • MELA (protección hasta seis meses) • Espermicidas • Condón femenino • Anticonceptivos hormonales combinados: orales o inyectables (iniciar después del sexto mes en caso de lactancia exclusiva; si no está lactando se pueden usar después de la tercera semana posparto). 	
Hombres	
En cualquier momento que el decida adoptar el uso de estos métodos anticonceptivos	
<ul style="list-style-type: none"> • Condón masculino • Vasectomía sin bisturí 	

4. Opciones anticonceptivas en el posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto

DISPOSITIVO INTRAUTERINO

El DIU es uno de los métodos anticonceptivos que se puede utilizar en el posparto, transcesárea y posaborto. Este permite a la mujer posponer un nuevo embarazo y suspender temporalmente su vida reproductiva. Se recomienda ser aplicado antes de que la usuaria abandone la unidad médica.

El DIU posparto: puede aplicarse durante la permanencia en el hospital después del parto, es mejor insertarlo dentro de los 10 minutos posteriores a la expulsión de la placenta.

Si no se inserta inmediatamente después del parto, debe aplicarse entre las cuatro o seis semanas posteriores a él, y se deberá utilizar un dispositivo medicado con cobre (TCu 380A). Cuando son utilizados dispositivos liberadores de hormonas se deben insertar por lo menos 6 semanas después del parto.



Figura 2

El DIU posaborto: se inserta inmediatamente si no existe alguna infección, de lo contrario, primero se dará tratamiento y se corroborará que la mujer no esté embarazada.

El DIU transcesárea: la inserción del dispositivo intrauterino se realiza por medio de la técnica con pinza o la técnica manual.

Las ventajas que tiene el DIU en el posparto, transcesárea y posaborto son:

- ▶ Una sola decisión conduce a la prevención efectiva contra el embarazo a largo plazo.
- ▶ No interfiere con la lactancia
- ▶ La efectividad del método es superior al 98%
- ▶ En el sector salud se aplica gratuitamente
- ▶ El retorno a la fertilidad es inmediato
- ▶ No interfiere en las relaciones sexuales
- ▶ No requiere de visitas frecuentes al médico, ya que sólo se harán revisiones anuales.
- ▶ Ofrece hasta 8 años de protección
- ▶ Se mantiene la privacidad de su uso
- ▶ El placer sexual aumenta, porque no hay riesgo de embarazo
- ▶ Puede utilizarse a lo largo de la etapa que dura la perimenopausia
- ▶ No presenta interacción con otros medicamentos

Técnicas de inserción del dispositivo intrauterino en el posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto

- ▶ **Posplacenta:** la inserción debe realizarse dentro de los 10 minutos posteriores a la salida de la placenta. Esta técnica puede realizarse después de cualquier evento obstétrico.
- ▶ **Prealta:** tras la resolución de cualquier evento obstétrico, al egreso hospitalario, se hace la colocación antes de que la paciente sea enviada a su domicilio.
- ▶ **Posaborto:** inmediatamente después del legrado o la aspiración manual endouterina.
- ▶ **Puerperio tardío:** se inserta entre la 4ª y 6ª semana, posparto o poscesárea.

Lineamientos generales para la prescripción

El DIU debe ser aplicado:

- ▶ Después de proporcionar consejería
- ▶ Por personal capacitado en las diversas técnicas de inserción
- ▶ De acuerdo con las recomendaciones específicas para cada tipo de DIU
- ▶ Cumpliendo las técnicas de asepsia y antisepsia
- ▶ No se recomienda su colocación en mujeres con varios compañeros sexuales y expuestas a infecciones de transmisión sexual, por el riesgo de que desarrolle enfermedad pélvica inflamatoria. Debe obtenerse el consentimiento informado de la usuaria.

Inserción posplacenta

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

- *Técnica con pinza*

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

1. Se toma el DIU con la pinza de Foerster curva, procurando que el tallo vertical de la "T" forme un ángulo de 45 grados con el tallo de la pinza, a fin de alejar los hilos guías. La pinza se deja a la mano, sobre la mesa de instrumentos.
2. Se expone el cérvix con las valvas vaginales y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi), se toma el labio anterior, que se tracciona ligeramente para corregir la posición del útero.
3. Con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
4. Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con la mano libre, se palpa la parte más alta del útero.
5. Empujando ligeramente la pinza con el DIU, se confirma que éste se encuentra en el fondo de la cavidad uterina; se abre la pinza liberando el DIU, se retira cuidando de no jalar los hilos y se cortan éstos a 2 cm por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 cm. de longitud. Si el DIU tiene hilos de 12 a 15 cm. éstos no deben ser visibles a través del cérvix, si la aplicación es correcta, se retiran la pinza del cérvix y las valvas vaginales.



Figura 3

- *Técnica manual*

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

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

Transcesárea

La inserción del DIU transcesárea se realiza con las técnicas ya sea de pinza o manual.

- *Técnica con pinza*

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

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

3. Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía.
4. Con la otra mano se introduce la pinza que lleva el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
5. Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante palpación en la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentren en el fondo de la cavidad.
6. Se libera el DIU y con cuidado se retira la pinza, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de éstos en el segmento uterino. No hay necesidad de sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurre espontáneamente.



Figura 4

- Técnica manual

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

En ambas técnicas se debe tener cuidado de no incluir los hilos guía del DIU al realizar la histerorrafia.



Figura 5

Posaborto

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

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

Pre-alta

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

Duración de la protección anticonceptiva

La protección anticonceptiva que brindan los dispositivos varía de acuerdo con el principio activo o coadyuvante que contengan. La duración de la efectividad de los dispositivos tipo TCU 380A es hasta de diez años, para los Multiload 250 y 375 de tres a cinco años. El mismo término aplica para los DIU que contienen una progestina. Al terminar el período de efectividad del DIU, si la usuaria requiere aún de este método deberá reemplazarlo por otro en forma inmediata después de la remoción.

Efectos colaterales

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

- ▶ Dolor pélvico durante el período menstrual
- ▶ Aumento en la cantidad y duración del sangrado menstrual

- Conducta a seguir en caso de presentarse efectos colaterales

Las usuarias que refieran efectos colaterales deben recibir consejería adicional, enfatizándose las características y consecuencias del método. Los efectos colaterales deben ser atendidos con prontitud. Si las molestias persisten más allá de 60 días, se considerará la posibilidad de reemplazar el DIU y si aún persistieran se retira éste, seleccionándose otro método. En mujeres con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, se retira el DIU por el riesgo de presentar enfermedad pélvica inflamatoria. Una complicación inmediata que puede presentarse como accidente durante la inserción del DIU es la perforación uterina en cuyo caso la usuaria será enviada de inmediato a la unidad hospitalaria correspondiente para su atención adecuada.

Seguimiento de la usuaria

Las revisiones subsecuentes se programarán como sigue: la primera, entre la 4ª y 6ª semanas posteriores a la inserción, la segunda se efectuará a los seis meses de la inserción y posteriormente, cada año contando a partir de la fecha de aplicación del DIU o cuando la usuaria lo estime necesario. En cada visita clínica debe verificarse la posición correcta del dispositivo mediante la visualización de los hilos guía posterior a un evento obstétrico, se recortarán los hilos guía a una distancia de 2 cm por fuera del orificio cervical, investigando la presencia de efectos colaterales y se descartará embarazo, así como la existencia de infecciones cérvico-vaginales. En caso de embarazo, si los hilos son visibles, se retirará el DIU y si éstos no son visibles, se evitará el retiro del dispositivo.

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

LA OCLUSIÓN TUBARIA BILATERAL (OTB)

- ▶ La oclusión tubaria bilateral es un método anticonceptivo permanente, indicado en aquellas mujeres que ya tienen su paridad satisfecha.
- ▶ Contribuye a proteger la salud materna e infantil
- ▶ Incrementa la calidad de vida y contribuye al bienestar de la pareja, la familia y la comunidad.
- ▶ Este método es de gran efectividad y seguro
- ▶ No afecta la sexualidad de la pareja
- ▶ No interfiere en la lactancia materna
- ▶ El procedimiento quirúrgico es simple, seguro y rápido
- ▶ No provoca efectos secundarios a largo plazo
- ▶ Ayuda a proteger contra el cáncer de ovario
- ▶ Es gratuita en unidades médicas del sector público

Descripción

Es un método anticonceptivo permanente, que consiste en la oclusión bilateral de las trompas uterinas.

Efectividad anticonceptiva

Bajo condiciones habituales de uso, este método brinda protección anticonceptiva mayor al 99%. No obstante, debe advertirse a la usuaria la probabilidad de falla. El procedimiento está indicado para mujeres en edad fértil, con vida sexual activa, nuligestas, nulíparas o multíparas, que deseen un método permanente de anticoncepción en las siguientes condiciones:

- ▶ Paridad satisfecha
- ▶ Riesgo reproductivo alto
- ▶ Retraso mental

Momento de realización

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

Anestesia

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

Se recomendará anestesia local más sedación en el posparto y posaborto.

Acceso a la cavidad abdominal y técnica quirúrgica

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

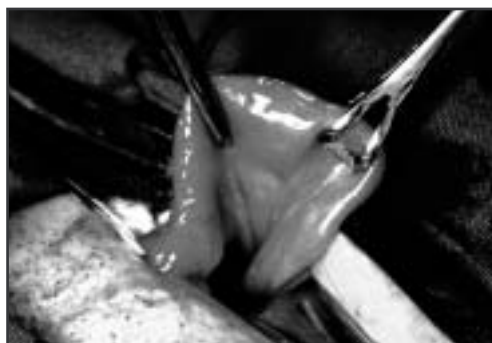


Figura 6

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

El procedimiento de oclusión tubaria puede ser por:

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

Lineamientos generales para la prescripción

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

- ▶ Un proceso amplio de consejería previa a su realización
- ▶ Firma o huella digital de la usuaria o de su representante legal, en el formato "Autorización Quirúrgica Voluntaria y Consentimiento Informado".
- ▶ Valoración del riesgo quirúrgico y cuando proceda, del riesgo anestésico
- ▶ La oclusión tubaria bilateral debe efectuarse por personal médico, debidamente capacitado para su realización.
- ▶ El procedimiento se efectuará en cualquier día del ciclo menstrual, cuando se esté razonablemente seguro de que no existe embarazo.
- ▶ Puede manejarse como cirugía de corta estancia, en el puerperio de bajo riesgo y en el posaborto.
- ▶ Debe realizarse bajo las normas quirúrgicas y de esterilización establecidas.
- ▶ Siempre que se cumplan las indicaciones para seleccionar el método, la edad y la paridad de la mujer no serán factores para restringir el acceso al método.

Duración de la protección anticonceptiva

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

Efectos colaterales

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

Conducta a seguir

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

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

Seguimiento de la usuaria

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

Se instruirá a la paciente para que acuda a consulta al hospital, si se presenta cualquiera de los siguientes síntomas:

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

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

5. El proceso de la comunicación interpersonal y la orientación-consejería, durante el posparto, la transcesárea, la poscesárea y el posaborto

El personal que participa en la atención obstétrica en las unidades médicas, frecuentemente se abstiene de proporcionar orientación-consejería en anticoncepción posparto a las mujeres o sus compañeros durante su estancia en la unidad. Los factores culturales, la alta marginación, los mitos y tabúes sobre la planificación familiar y el uso de métodos anticonceptivos, en ocasiones condiciona a las mujeres a no regresar al hospital o acudir a una unidad de primer nivel para sus controles subsecuentes; a menos que se sientan enfermas o presenten alguna complicación. Ello indica que la orientación-consejería en anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea o posaborto, durante el control prenatal o en la visita hospitalaria inicial es una oportunidad, que debe aprovecharse plenamente.

Para aquellas mujeres que se atienden el evento obstétrico fuera del entorno institucional, es necesario diseñar y operar estrategias de comunicación social, a través de las parteras tradicionales, auxiliares de salud y promotores comunitarios para difundir la información de los beneficios de la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto.

El momento propicio, en la toma de decisión para adoptar un método anticonceptivo en el posparto, debe ser durante la consulta prenatal.

Por lo tanto, a nivel hospitalario los servicios se orientan a atender a un mayor número de usuarias como urgencias obstétricas bajo múltiples factores de riesgo reproductivo, desinformadas sobre planificación familiar y de cómo adoptar un método anticonceptivo antes de egresar de la unidad; la no aceptación para el uso de un método anticonceptivo propiciará un mayor deterioro en la salud de estas mujeres.

Sin duda, en los objetivos primordiales de este subcomponente de planificación familiar, se privilegia el enfoque preventivo, que contribuye a disminuir la morbilidad y mortalidad materna e infantil y promueve el mejoramiento de la calidad de vida de las personas.

Para lograr que este enfoque tenga impacto en la población, se tienen que satisfacer las necesidades de información de la usuaria. A continuación se plantean líneas operativas que deben desarrollarse en forma sistemática y coordinada.

ORIENTACIÓN-CONSEJERÍA

Se entiende como el proceso de ayuda a los usuarios para tomar decisiones informadas, voluntarias y responsables sobre un comportamiento reproductivo, sin riesgos y saludable.

En este marco los prestadores de servicios de segundo nivel involucrados en la atención del embarazo y la resolución de éste, ya sea por parto, cesárea o aborto, deberán establecer un particular cuidado en el proceso de análisis durante la comunicación interpersonal con la usuaria, o mejor aún en presencia de su pareja, especialmente cuando se presenten:

- ▶ Adolescentes
- ▶ Usuaris que solicitan métodos de anticoncepción permanente
- ▶ Individuos que presentan limitaciones físicas
- ▶ Responsables legales de los individuos que presentan limitaciones psíquicas que puedan afectar su capacidad de decisión.
- ▶ Mujeres en el posparto o poscesárea con un producto de alto riesgo
- ▶ Hombres y mujeres, cuando su hija(o) recién nacida(o) presente problemas de salud que comprometa su sobrevivencia.
- ▶ Mujeres con riesgo reproductivo u obstétrico alto
- ▶ Personas analfabetas
- ▶ Personas que no hablan el idioma que habla el consejero

El consejero capacitado debe contar con:

- ▶ Buen criterio clínico al determinar el riesgo reproductivo
- ▶ Interés, atención y sensibilidad hacia las usuarias, informándoles minuciosamente todo lo relativo al método anticonceptivo seleccionado.
- ▶ Habilidad al realizar los procedimientos
- ▶ Conocimientos y capacidad de reconocer problemas reales o potenciales, para resolver las preguntas e inquietudes.
- ▶ Trato respetuoso y digno a las usuarias, reconociéndoles sus derechos sexuales y reproductivos.

Durante la orientación-consejería, el prestador de servicio debe apoyar a la usuaria a comprender sus motivaciones personales y conocer las opciones disponibles en cuanto a la planificación familiar. Su tarea consiste en escuchar, hacer preguntas, dar información relevante, para ello se deberán considerar diversos aspectos básicos:



Figura 7

- ▶ Valorar el riesgo reproductivo:
 - ▷ Edad
 - ▷ Estado civil
 - ▷ Número de embarazos
 - ▷ Número de nacimientos
 - ▷ Número de niñas(os) vivas(os)
- ▶ Conocer si hubo control prenatal y si recibió orientación-consejería en planificación familiar.
- ▶ Conocer las expectativas reproductivas de la usuaria y de su pareja
- ▶ Explicar las características del método: reversibilidad, efectos secundarios a corto y largo plazo, accesibilidad y beneficios.
- ▶ Confirmar la comprensión de la usuaria, sobre el uso de los métodos anticonceptivos disponibles.
- ▶ Apoyar la elección efectuada del método anticonceptivo por la usuaria o su pareja.
- ▶ Reconsiderar si es adecuada su elección y proporcionar apoyo emocional si fuera necesario.
- ▶ Referirla a primer o segundo nivel de atención, según sea el caso, para la atención oportuna y con calidad.

La orientación-consejería es un elemento fundamental para el respeto a la libre decisión en los servicios de planificación familiar, permite a las personas hacer una elección informada a partir de las opciones anticonceptivas, incrementar la continuidad y usar el método en forma segura y eficaz, propiciando la satisfacción de la usuaria o el usuario.

El proceso de orientación-consejería con calidad se enfoca a satisfacer las necesidades y clarificar las expectativas sobre la salud sexual y reproductiva de las personas; especialmente en el caso de los métodos permanentes, ya que existe la posibilidad que la usuaria o usuario cambie de opinión después del procedimiento.

La orientación-consejería se centra en las circunstancias individuales y en la toma de decisiones de la usuaria. La consejería integra la información con una focalización hacia la usuaria o usuario para proporcionarle los elementos necesarios para su análisis y reforzar la toma de decisión. Además de ofrecer información acerca de los anticonceptivos, la orientación-consejería apoya a la usuaria a adecuar la información a sus propias necesidades, motivaciones y sentimientos. La consejería debe realizarse en un ambiente privado y garantizar su carácter confidencial.

En el proceso de orientación-consejería se debe tener presente en todo momento los derechos sexuales y reproductivos, considerados como derechos humanos y reconocidos en la leyes nacionales e internacionales.

Los derechos sexuales incluyen el control de la sexualidad, la salud sexual y reproductiva, la decisión libre y responsable, sin verse obligada(o) o sujeta(o) a la coersión y/o a la violencia.

“Los derechos reproductivos se basan en el reconocimiento del derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número de hijos, el espaciamiento de los nacimientos y el intervalo entre éstos y a disponer de la información y de los medios para ello, así como el derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva.

También incluye su derecho a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación, coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos sobre los derechos humanos.”

LA META DEL CONSEJERO ES QUE LA USUARIA TOMÉ UNA DECISIÓN VOLUNTARIA, INFORMADA Y RESPONSABLE.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es el procedimiento mediante el cual se garantiza que la usuaria(o) ha expresado voluntariamente su decisión, para llevar a cabo un procedimiento anticonceptivo después de haber comprendido la información que se le ha proporcionado acerca de los objetivos, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos, las alternativas, sus derechos y responsabilidades.

El consentimiento informado es un derecho que se basa en el artículo 4º constitucional en el que se menciona que “toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos”, así como la condición de igualdad del varón y la mujer ante la ley.

El derecho de la mujer y del hombre para llevar a cabo decisiones libres e informadas con respecto a la regulación de la fecundidad, se elevó a rango constitucional para prevenir cualquier abuso.

La usuaria(o) deberá expresar su consentimiento por escrito y puede ser revocado en cualquier momento, sin expresión de causas y sin que por ello se derive para ella/él responsabilidad ni perjuicio alguno.

El formato que consigna el consentimiento informado (Hoja de Autorización Quirúrgica Voluntaria) sólo en los casos de métodos anticonceptivos permanentes, debe redactarse con un lenguaje sencillo, práctico adaptado culturalmente y evitando hasta donde sea posible el empleo de términos técnicos y científicos para asegurar la comprensión de la información que se otorga. Asimismo, debe contener el objetivo, los posibles riesgos y beneficios, procedimientos alternativos y posibilidades de retiro.

Al igual que los procesos de salud-enfermedad y de atención médica, la información para el consentimiento no puede ser estática ni concretarse a un momento determinado, sino que debe replantearse en diferentes momentos.

ES UNA MANIFESTACIÓN DE LA AUTONOMÍA Y ES NECESARIO QUE LA USUARIA CONOZCA, COMPRENDA Y APRECIE, LAS ALTERNATIVAS TERAPÉUTICAS Y LOS RIESGOS QUE ÉSTAS CONLLEVAN.

6. Marco Normativo

Para unificar los principios, criterios de operación, políticas y estrategias para la prestación de los servicios de salud reproductiva se han elaborado las Normas Oficiales Mexicanas, las cuales son de observancia obligatoria para la prestación de los servicios de salud de los sectores público, social y privado del país. (Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar. NOM-005-SSA2-1994).

La tarea más importante que determina esta NOM es la regulación de los requisitos para la organización, prestación de servicios y desarrollo de todas las actividades que constituyen los servicios de planificación familiar; también establece las características especiales que la orientación-consejería debe tener, entre ellas se destaca la atención que se debe otorgar a las y los adolescentes.

En dicha norma se encuentran definidos, detallados y regulados los siguientes temas y acciones:

- ▶ Servicios de planificación familiar
- ▶ Promoción y difusión
- ▶ Información y educación
- ▶ Orientación-Consejería
- ▶ Selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

7. Factores que pueden limitar la anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto

Existen factores que pueden obstaculizar una adecuada selección de los métodos anticonceptivos después de un evento obstétrico, dentro de los que se encuentran:

- ▶ La falta de apoyo institucional y la integración parcial de este subcomponente de planificación familiar a los demás subcomponentes de la salud reproductiva.
- ▶ Las barreras culturales sobre la planificación familiar entre los prestadores de los servicios y las usuarias, los prejuicios de los prestadores contra las mujeres que necesitan atención en el posaborto.
- ▶ La falta de personal adecuadamente capacitado y falta de directrices actualizadas en la prestación de servicios.
- ▶ Las barreras jurídicas y la atención inadecuada para establecer servicios centrados en las necesidades de las usuarias.
- ▶ Las instalaciones, el equipo y los suministros inadecuados e insuficientes son factores limitadores importantes para los servicios de planificación familiar en las mujeres después del embarazo.
- ▶ La orientación-consejería en planificación familiar es un elemento crucial en la gama de servicios que necesitan las mujeres después del embarazo, sin embargo, suele desatenderse.

8. La formación y actualización de los recursos humanos

Los servicios de planificación familiar deben prestarse con estricto apego a la normatividad existente, ya que tienen que responder a las necesidades de las y los usuarias(os) buscando su completa satisfacción.

El programa busca impulsar el aspecto humanista para brindar bienestar y mejorar la calidad de vida de mujeres y hombres. En este proceso los prestadores de servicios médicos han representado un papel muy importante.

Por lo anterior, dentro de las estrategias del Programa de Acción de Salud Reproductiva se encuentra el fortalecer la competencia técnica del personal mediante la capacitación y la promoción del desarrollo humano en el personal de salud, poniendo énfasis en la vocación de servicio, competencia técnica y compromiso institucional.

Además, la capacitación deberá ser continua; es necesario también incorporar nuevas tecnologías de capacitación y en este sentido, reforzar las actividades de orientación-consejería, consentimiento informado y el respeto a los derechos sexuales y reproductivos. La actualización en técnicas y el mejoramiento de las habilidades y destrezas para la aplicación del dispositivo intrauterino posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, al igual que la realización de la oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación, debe hacerse en forma permanente.

La Dirección General de Salud Reproductiva planeó como estrategia de capacitación, un taller en dos etapas. La 1ª. basada en aspectos teóricos de importancia para el subcomponente, ésta se desarrolla en tres módulos: el módulo de Planificación Familiar en donde se abordan los temas: Programa Nacional de Salud Reproductiva 2001-2006, riesgo reproductivo y orientación consejería. El módulo II, sobre Derechos Sexuales y Reproductivos, incluye el derecho a la libre decisión, consentimiento informado, actitudes, barreras y mitos sobre la anticoncepción, derechos sexuales y reproductivos. El módulo III, con los temas; elaboración de un programa de capacitación, manejo de técnicas didácticas, elaboración de material didáctico y sesiones de microenseñanza.

La segunda etapa está basada en la práctica, donde se enfatizan los procedimientos de aplicación de DIU posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto y la realización de la oclusión tubaria bilateral con anestesia local y sedación, al mismo tiempo que la práctica de la orientación-consejería en los servicios de consulta prenatal, sala de puerperio y hospitalización.



Figura 8

Los objetivos específicos en esta actividad de capacitación son:

- ▶ Mejorar la calidad en la prestación de los servicios de anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea y posaborto, a través de un proceso de actualización permanente basado en la normatividad oficial vigente.
- ▶ Asegurar que todo el personal en las unidades que atienden eventos obstétricos, lleven a cabo la oferta sistemática de métodos anticonceptivos modernos, que garanticen el espaciamiento intergenésico de por lo menos dos años en las parejas.
- ▶ Formar capacitadores estatales que serán responsables de replicar la capacitación de acuerdo a su función dentro del equipo multidisciplinario. Por lo que se incluyen en los talleres, médicos, enfermeras, trabajadores sociales, responsables del programa y del área de enseñanza.

Durante el 2001 se llevaron a cabo cinco talleres de anticoncepción posparto, postcesárea, transcesárea y posaborto, en los estados de: Baja California, Querétaro, Sinaloa, Zacatecas y Guanajuato, con un total de 153 participantes.

En el 2002 se han realizado de la misma manera ocho talleres con un total de 196 participantes en las siguientes entidades federativas: Chiapas, Oaxaca, Hidalgo, Guerrero, San Luis Potosí y Aguascalientes.

Los talleres se han desarrollado por la Dirección General de Salud Reproductiva en coordinación con los Servicios Estatales de Salud. La organización y la docencia ha estado a cargo de la Dirección de Planificación Familiar; cabe mencionar que en cada uno de los talleres ha participado algún médico, enfermera o trabajadora social invitada, de otra entidad federativa que comparte las experiencias exitosas de esta actividad en su hospital y su estado.

Dentro del taller se revisa la productividad en anticoncepción posevento obstétrico por hospital y a nivel estatal, se discute sobre la situación en este aspecto, se intercambian experiencias y se proponen estrategias a desarrollar para mejorar el programa.

Para apoyar y unificar las réplicas de esta capacitación, al total de los participantes, se les entrega una carpeta con los contenidos técnicos y apoyos didácticos que el estado debe reproducir y proporcionar a los hospitales para su consulta cuando sea requerida la información.

Las actividades educativas basadas en orientación-consejería y consentimiento informado, además de la actualización en la metodología anticonceptiva moderna y el desarrollo de las habilidades en la comunicación son esenciales, para que la prestación del servicio sea de calidad.

A pesar de que se han realizado esfuerzos en acciones de capacitación, no se han logrado los resultados esperados hasta el momento. Es difícil la tarea de llevar a cabo a nivel nacional una capacitación continua, pero también es cierto que cada prestador de servicio debe estar comprometido con su labor dentro de los servicios de salud y por ende en su actualización permanente.

Es importante la actitud del prestador de servicio y de los responsables del programa a todos los niveles respecto al trabajo de equipo y al aprendizaje continuo, ya que con esto se reforzará positivamente el desarrollo del programa.

9. Conclusiones

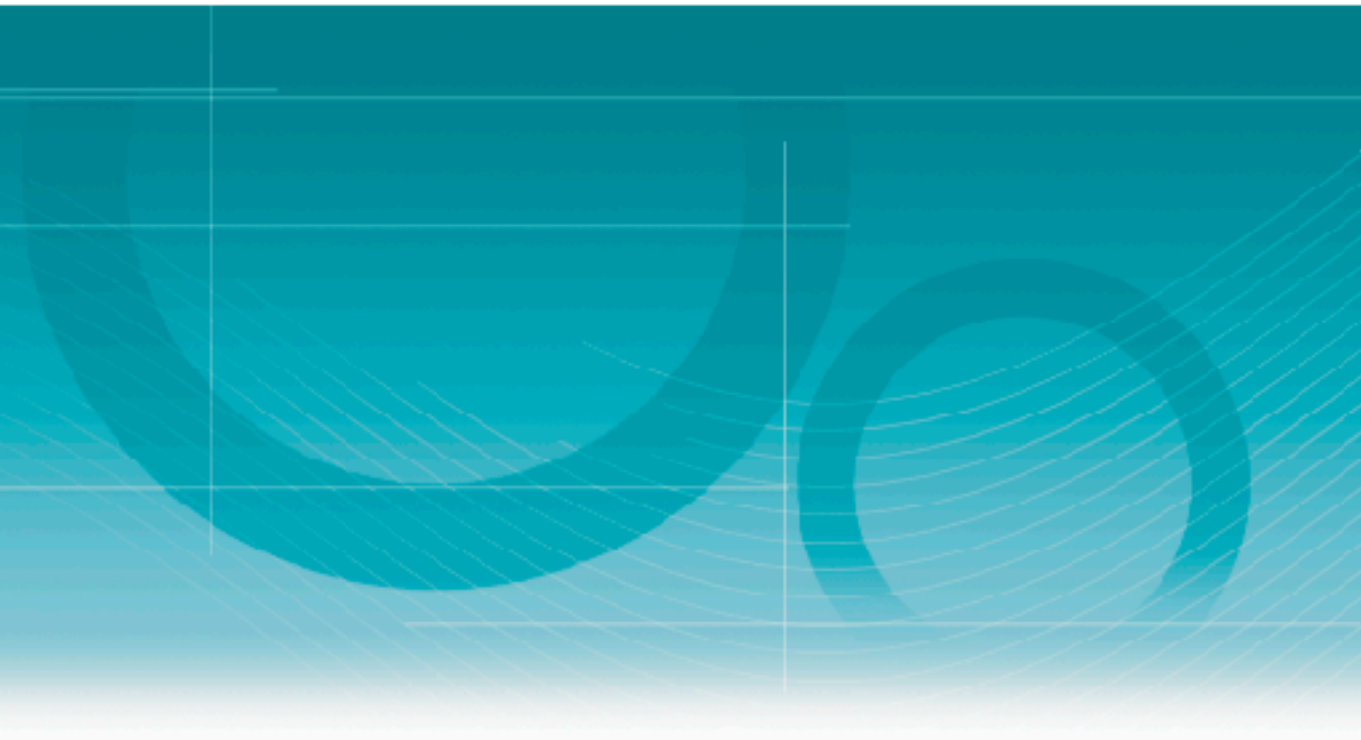
Debe recordarse que para conseguir el apoyo comunitario e institucional con el fin de ofrecer mejores servicios, primero se debe determinar las necesidades y aprovechar todas y cada una de las oportunidades. Es obvio que muchas mujeres solicitan servicios de atención a la salud cuando están embarazadas, lo cual es una oportunidad ideal para proporcionar una serie de servicios con calidad, entre ellos, la orientación consejería en planificación familiar.

La integración de la planificación familiar a otros servicios de atención a la mujer, y el lograr la participación del hombre en la toma de las decisiones reproductivas, es fomentar una cultura preventiva en los procesos vinculados a la salud reproductiva. Para enfrentar los desafíos en la constante búsqueda de establecer una relación armónica y equitativa que tenga como fin una mejor calidad de vida para las mujeres y los hombres, se debe tener un pleno respeto de los derechos sexuales y reproductivos de las personas, se debe garantizar el acceso a los servicios y métodos de planificación familiar y se debe propiciar el retraso al primer nacimiento y el espaciamiento entre los embarazos.

10. Bibliografía

1. Diario Oficial de la Federación. Modificación a la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1994, Norma Oficial Mexicana de los Servicios de Planificación Familiar.
2. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud. Programa de Acción: Salud Reproductiva. México; 2001.
3. Consejo Nacional de Población (CONAPO). Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México; 2000.
4. López Beltrán J, Betancourt H. Manual técnico de salud reproductiva. El Salvador; 2000.
5. Organización Panamericana de la Salud/*Family Health International*. *Postpartum and Postabortion Family Planning in Latin America: Interviews with Health Providers, Policy-makers and Women's Advocates in Ecuador, Honduras and Mexico WP97-02. (Research Triangle Park: Family Health International 1997).*
6. Länger A, Romero M. El embarazo, el parto y el puerperio, ¿bajo que condiciones se reproducen las mujeres en México?. En: Langer A, Tolbert K. Editoras. Mujer: sexualidad y salud reproductiva. México: EDAMEX; 1996. p. 14-37.
7. Rivera R, Solís JA. Mejorar la planificación familiar después del embarazo. *Network Family Health International* 1997; 17(4):4-6.
8. Fernández-Varela Mejía H, Sotelo-Monroy GE. El consentimiento mediante información. *Rev Fac Med UNAM* 2000; 43(1):6-11.
9. *Family Care International (FCI)*. Compromisos para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todos. Marco de acción. Sobre la base de los acuerdos y convenciones internacionales pertinentes, incluidas las conferencias de Beijing, Copenhague, El Cairo y Viena. Broadway, New York. 1995.
10. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. El derecho a la libre decisión... La planificación familiar en el contexto de la salud reproductiva. México: Policromía Impresora; 1998.
11. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. La salud sexual y reproductiva de las y los adolescentes. Una estrategia preventiva. México:Ediciones Buena Tinta; 1999.

12. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Control de Enfermedades. Dirección General de Salud Reproductiva. Estrategia prioritaria La anticoncepción post-evento obstétrico. México: Ediciones Buena Tinta; 1999.
13. López-de la Peña Xavier. El consentimiento informado en la legislación en salud de México. *Gac Med Mex* 1996; 132(5):551-557.
14. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Promoción de la Salud Sexual. Recomendaciones para la acción. Guatemala, Guatemala. 2000.
15. Neamatalla GS, Harper PB. Consejería en Planificación Familiar y esterilización voluntaria. Guía para directores de programas. Asociación para la Anticoncepción quirúrgica voluntaria, New York, N.Y; 1994.
16. Keller S. Esterilización femenina: segura y muy eficaz. *Network Family Health International* 1997.
17. Keller S. Cuando empezar a usar métodos en el posparto. *Network Family Health international* 1995; 10(2):18-13.
18. Lynn B. C. Después del embarazo surgen necesidades. *Network Family Health International* 1997; 17(4):7-12.
19. Finger WR. Una mayor atención en el posparto salva vidas. *Network Family Health International* 1997; 17(4):18-21.
20. *Population Reports*. Guía de orientación ACCEDA. Serie J. Número 48;Volumen XXVI, Número 4. 1998, *The Johns Hopkins University School of Public Health. Baltimore Maryland. USA.*



www.salud.gob.mx