

República de Colombia
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES

NORMA TÉCNICA PARA LA ATENCIÓN

CAMBIO PARA CONSTRUIR LA PAZ

EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR A HOMBRES Y MUJERES

VIRILIO GALVIS RAMÍREZ

Ministro de Salud

MAURICIO ALBERTO BUSTAMANTE GARCÍA

Viceministro de Salud

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS

Director General de Promoción y Prevención

TABLA DE CONTENIDO

1.	JUSTIFICACIÓN	4
2.	DEFINICIÓN.....	4
3.	OBJETIVO	4
4.	POBLACION OBJETO	4
5.	CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO.....	5
5.1	CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR MEDICINA GENERAL 89.0.2.01, CONSULTA DE PRIMERA VEZ POR ENFERMERÍA 89.0.2.05).....	5
5.1.1	Criterios Médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos– OMS Modificado -	7
5.2	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).....	8
5.3	APLICACIÓN DE DIU (INSERCIÓN DE DISPOSITIVO INTRAUTERINO DIU 69.7.1.00).....	10
5.3.1	DIU de Intervalo	10
5.3.2	DIU Postevento Obstétrico	10
5.4	ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA.....	11
5.4.1	Esterilización Quirúrgica Masculina (Vasectomía 63.7.3.00)	11
5.4.2	Esterilización Quirúrgica Femenina (Esterilización femenina 66.3.9.10)	11
6.	FLUJOGRAMA	12
7.	BIBLIOGRAFÍA.....	13

1. 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 última Encuesta de Demografía Y Salud, existe una gran demanda insatisfecha, especialmente en las poblaciones rurales y en las urbanas menos favorecidas.

En este proceso, el país ha acogido recomendaciones internacionales y ha implementado políticas de salud sexual, las cuales contribuyen a disminuir la alta tasa de gestaciones no deseadas y la mortalidad materna y perinatal, brindando así una mejor calidad de vida a los colombianos.

2. 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 y 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.

3. OBJETIVO

General:

Brindar a hombres, mujeres y parejas en edad fértil la información, educación y métodos necesarios para dar respuesta a sus derechos reproductivos y ampliar el abanico de opciones anticonceptivas apropiadas para sus necesidades y preferencias, así como contribuir a la disminución de gestaciones no deseadas.

4. POBLACION OBJETO

Los beneficiarios de esta norma son todos los hombres y mujeres en edad fértil afiliados a los regímenes contributivo y subsidiado.

5. CARACTERÍSTICAS DEL SERVICIO

Las siguientes actividades, procedimientos e intervenciones, conforman las normas 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 resolutive y un equipo de salud capacitado para brindar atención 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 normas 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.

5.1 CONSULTA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR (Consulta de primera vez por medicina general 89.0.2.01, consulta de primera vez por enfermería 89.0.2.05)

Esta consulta es realizada, de acuerdo al método seleccionado y al nivel de complejidad, por un médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar. Los pasos que se deben seguir en ella son:

- Informar sobre el conocimiento de los métodos disponibles, sus mecanismos de acción, ventajas, desventajas, riesgos, signos de alarma y consecuencias del uso de cada uno de ellos. Se debe siempre hablar del riesgo de Enfermedades de Transmisión Sexual y de la posibilidad de usar doble método para su protección.

Se debe ofrecer información sobre todos los métodos de anticoncepción existentes sin exclusión alguna

- 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 la usuaria(o) 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, condiciones de salud, hábitos y uso de medicamentos.
- Examen físico general y del aparato reproductivo

- Brindar apoyo al usuario(a) 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.
- Orientar, informar y educar al usuario sobre:
 - Signos de alarma por los que debe consultar
 - Importancia de los controles y su frecuencia: las usuarias(os) 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 ETS (uso de condón como método de protección adicional).
- En casos de elección de métodos quirúrgicos, es preciso obtener consentimiento individual informado escrito, del hombre en vasectomía o de la mujer en oclusión tubaria bilateral (firma o huella dactilar); programar para el procedimiento y entregar un método temporal hasta que se practique la cirugía. 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 la firma del consentimiento donde certifique que fue informado.
- En caso de vasectomía suministrar métodos temporales para los primeros tres meses postcirugía y dar orden para recuento espermático de control a los tres meses.
- Se debe 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 permanente, debe incluirse en la Historia el consentimiento informado, debidamente firmado por el paciente y la descripción de la técnica quirúrgica.
- En casos de Anticoncepción Post-evento Obstétrico (por ejemplo: DIU, Oclusión Tubaria Bilateral), se debe brindar consejería en el Control Prenatal. 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 atienda el parto o aborto, teniendo en cuenta lo siguiente:

- El DIU postparto vaginal se debe colocar entre 10 minutos a 48 horas después del alumbramiento y el DIU intracésárea 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 intracésárea.

5.1.1 Criterios Médicos de elegibilidad para el inicio del uso de métodos anticonceptivos– OMS Modificado -

La Organización Mundial de la Salud en varias reuniones científicas ha aclarado las condiciones o enfermedades que podrían afectar la elegibilidad para el uso de un método anticonceptivo temporal en una de las categorías enunciadas en el cuadro 1.

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 cuadro 2)

Cuadro 1. Categorías para Métodos temporales -OMS Modificado

OMS 1	Se puede usar el método. Ninguna restricción sobre su uso.
OMS 2	Se puede usar el método. En general las ventajas superan los riesgos comprobados o teóricos.
OMS 3	No es recomendable su uso, pues el riesgo supera el beneficio.
OMS 4	No debe usar el método. La condición o afección representa un riesgo inaceptable para la salud, si se usa el método.

Cuadro 2. Categorías para anticoncepción quirúrgica masculina y femenina -OMS Modificado

Aceptar	Ninguna razón médica impide efectuar el procedimiento en un ámbito apropiado.
----------------	---

Prever	El procedimiento puede efectuarse en un ámbito apropiado, tomándose las medidas adicionales de preparación y precaución que necesite la(el) usuario.
Postergar	Aplazar el procedimiento. La afección debe tratarse y resolverse antes de efectuar el procedimiento. Se deben suministrar métodos temporales.
Referir	Referir la usuaria(o) a un centro cuyos recursos técnico-científicos donde se pueda realizar el procedimiento en adecuadas condiciones. Se deben suministrar métodos temporales.

Los procedimientos seleccionados para proveer los métodos de planificación familiar se encuentran en el anexo 2.

5.2 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 médico o enfermera debidamente capacitados en planificación familiar, debe seguir los siguientes 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 del aparato reproductivo.
- De acuerdo con los hallazgos y la decisión de la usuaria(o), 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 postparto o Intracésárea, 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(os) debe ser informada sobre la importancia de asistir a consulta para sus controles periódicos, en caso de complicaciones o cuando se requiera cambio del método temporal.
- Para prevención de ETS 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

Periodicidad de los Controles según Método Anticonceptivo

METODO	PERIODICIDAD
Naturales	Cada año
Amenorrea de la lactancia	A los tres meses post-parto
Hormonales	Cada año
DIU de Intervalo	Al mes y luego cada año
DIU Intracésárea o Postparto inmediato	En la consulta de puerperio, al tercer mes del post-parto, y luego cada año
DIU Postaborto	Al mes y luego cada año
Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía)	A la semana y luego a los tres meses (con recuento espermático)
Esterilización quirúrgica femenina (Oclusión tubaria bilateral)	A la semana

5.3 APLICACIÓN DE DIU (Inserción de Dispositivo Intrauterino DIU 69.7.1.00)**5.3.1 DIU de Intervalo**

Técnica realizada por médico o enfermera 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 la usuarias postaplicación.

5.3.2 DIU Postevento Obstétrico

Técnica realizada por médico debidamente entrenado, previa Consejería, elección informada, consentimiento informado, valoración de la usuaria y de acuerdo a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. El dispositivo puede aplicarse Intracésárea, postparto en las primeras 48 horas o postaborto.

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

Se debe insistir a la usuaria que el DIU no protege de Enfermedades de transmisión sexual.

5.4 ESTERILIZACIÓN QUIRÚRGICA

5.4.1 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 a los procedimientos seleccionados y criterios de elegibilidad. La técnica para la realización del procedimiento se presenta en el anexo 3.

Se deben entregar instrucciones postoperatorias y proporcionar métodos de barrera durante los primeros tres meses postprocedimiento 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 Enfermedades de transmisión sexual

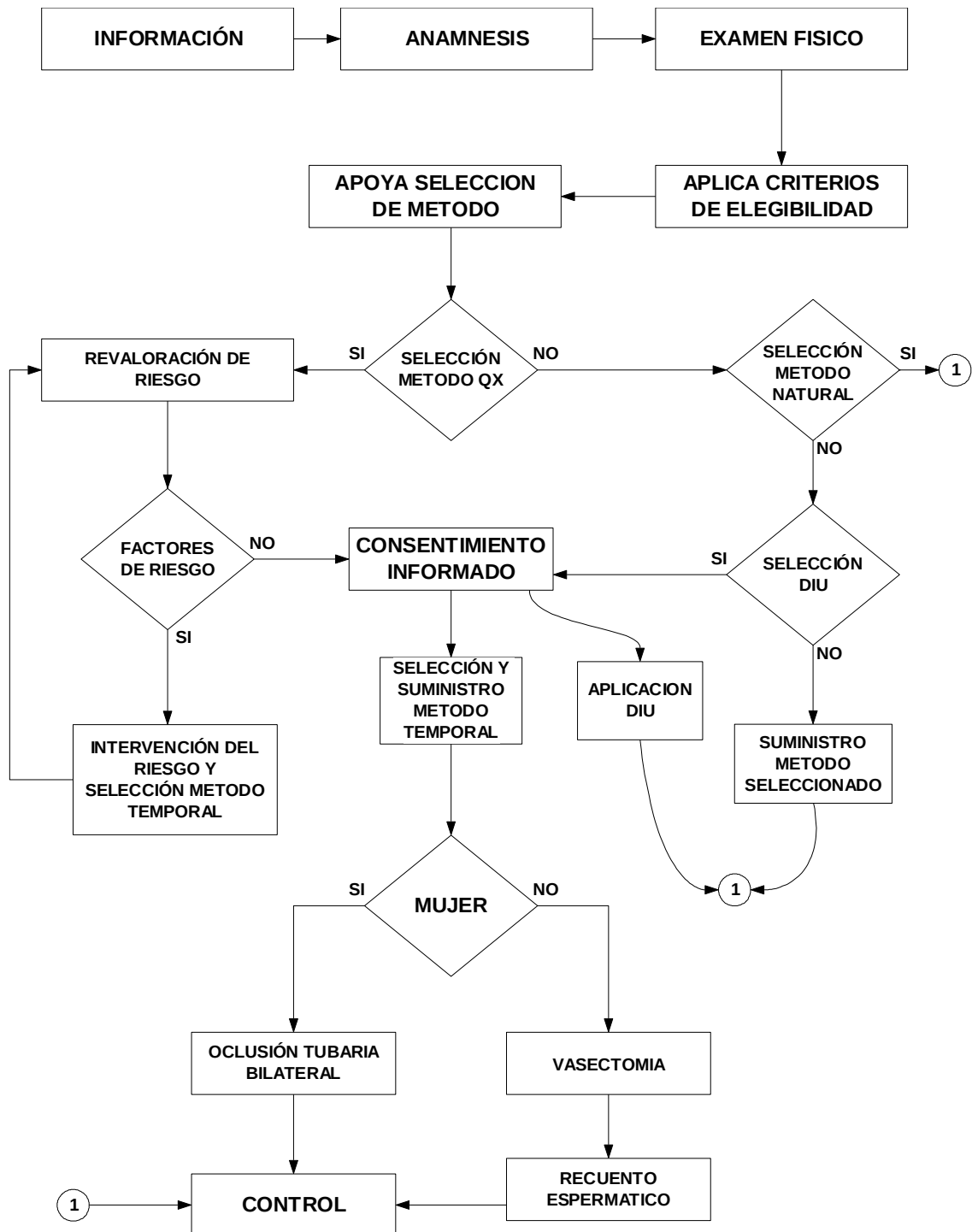
5.4.2 Esterilización Quirúrgica Femenina (Esterilización femenina 66.3.9.10)

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

El procedimiento se puede realizar en intervalo, postparto o intracesárea 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 Enfermedades de transmisión sexual.

6. FLUJOGRAMA



7. BIBLIOGRAFÍA

- 1 Avsc International. Currículo de Consejería. 1996.
- 2 Avsc International. Elección Informada. 1998.
- 3 Avsc International. Minilaparotomía con anestesia local: Service delivery Guidelines. New York. Avsc International May, 1996.
- 4 Avsc International. Vasectomía sin bisturí: A training Course for vasectomy providers and assistants. Avsc International. New York, 1996.
- 5 Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. El Cairo 1994.
- 6 Decreto 2174 de 1996 por el cual se organiza el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad del SGSSS.
- 7 Decreto N° 2753. Define las normas sobre funcionamiento de los prestadores de servicios en el SGSSS.
- 8 Gómez P.I y Colaboradores. Planificación Familiar. Una Visión Integral. Universidad Nacional de Colombia 1998.
- 9 Kennedy K.I. Pos-Partum Contraception. Baillieres Clinical Onstetrics and Gynaecology 10(1):25-41, 1996.
- 10 Kennedy K.I., et al. Consensus Statement on the Lactational Amenorrhea Method for Family Planning. Int. J. of Gynec. Obstet. 54:55-57, 1996.
- 11 Population Reports. Métodos de Planificación familiar: Nueva Orientación. Serie J, Número 44, 1996.
- 12 Recomendaciones para la actualización de prácticas seleccionadas en el uso de anticonceptivos Tomo II USAID OMS Septiembre de 1.997.
- 13 Resolución 0365 de febrero 4 de 1999 que adopta la clasificación única de procedimientos de salud.
- 14 Resolución N° 08514 del Ministerio de Salud. 1984.
- 15 Resolución N° 03997/96 y Acuerdo 117 del CNSSS: que reglamentan las acciones de promoción y prevención en el POS.
- 16 Resolución N° 4252 y su manual técnico respectivo, que reglamenta los requisitos esenciales para la calidad en la prestación de los servicios.
- 17 Resolución N° 5261. Reglamenta las acciones procedimientos e intervenciones del POS.

- 18 Schiff I., Bell W., Davis V., Kessler K., Meyers C., Nakajima S., Sexton B. Oral Contraceptives and Smoking: Current Considerations. Am J Obst Gynec; 180(6):383-384. 1999.
- 19 Technical Guidance/Competence Working Group. Recommendations for Updating selected practices in contraceptive use. Vol.2. Chapel Hill, North Carolina. Program for International Training in Health. 1997.
- 20 Temas de Interés en Ginecología y Obstetricia. Universidad Nacional de Colombia 1998.
- 21 World Health Organization. Improving access to quality care in family planning: Medical eligibility criteria for contraceptive use. Geneva, WHO, 1996.

ANEXO 1

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA CONSEJERIA EN PLANIFICACION FAMILIAR

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, la usuaria(o) 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 estas 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 la usuaria(o) 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*. La usuaria(o) 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.

Elección Informada: Es el derecho que tiene la usuaria(o) en el contexto de la planificación familiar de recibir información completa acerca de todos los métodos y de hacer su elección libremente.

Consentimiento Informado: es la manifestación de la elección informada hecha por la usuaria(o) sobre un procedimiento específico a realizarle, mediante documento escrito (Artículo 15, ley 23 de 1981); el cual tiene validez si la usuaria(o):

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

Por lo tanto el consentimiento informado solo 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.

ANEXO 2

VASECTOMÍA

Existen dos técnicas, la incisional con bisturí y la técnica sin bisturí. Aunque la primera todavía se realiza en nuestro medio está siendo reemplazada por la vasectomía sin bisturí por su seguridad, eficacia y menor tasa de complicaciones.

La vasectomía sin bisturí se realiza mediante punción con una pinza especial y no con incisión, disminuyendo la posibilidad de hemorragia, cicatriza más rápido por ser menos traumática y no necesitar puntos en piel, adicionalmente es más atractiva para los hombres que temen la incisión. Produce menos dolor y complicaciones, además el grado de satisfacción del usuario es más alto.

Se precisan instrumentos especiales para realizar la técnica:

- Pinza de anillo para uso extracutáneo, utilizada para fijar los conductos deferentes.
- Pinza de disección, similar a una pinza de mosquito pero sin dientes y más puntiaguda. Se utiliza para puncionar el escroto, separar los tejidos, disecar la fascia y aislar el conducto deferente.

Es requerida una jeringa de 10 c.c con aguja de 1 1/2 con calibre 25 ó 27, que sirva para la anestesia de los conductos espermáticos. Material de sutura y/o electrocauterio.

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.

Para la cirugía se toman las medidas de asepsia y antisepsia del área operatoria y la utilización de campo quirúrgico y materiales estériles.

Los médicos que realicen la vasectomía sin bisturí deben estar capacitados y haber efectuado bajo supervisión un número suficiente de casos que le permitan realizarla sin dificultad.

TÉCNICA

Previo la aplicación de anestesia local, con la pinza de anillo se inmoviliza y sostiene el conducto deferente sin penetrar en la piel. El escroto y la vaina del conducto deferente se puncionan con la pinza de disección y se diseca el tejido puncionado, extrayendo el conducto deferente, el cual se liga en dos sitios y se corta un segmento de 1 cm. , de longitud. Se procede a interponer la fascia para que el segmento escrotal quede dentro de la vaina y el segmento abdominal fuera de ésta. Igual procedimiento se realiza en el conducto deferente contralateral. Se observa que no haya sangrando y se cubre el sitio de la punción.

Una vez el usuario ha sido operado, permanecerá en la Institución el tiempo necesario para su recuperación, se le proporcionan las recomendaciones postoperatorias y una cita para control 8 días después.

Debe guardar reposo por 24 horas, aplicarse hielo local y tomar analgésicos por igual tiempo. Informar sobre los signos de alarma por los que debe consultar, tales como sangrado, pus o aparición de fiebre. Es recomendable el uso de soporte escrotal, bien sea con suspensorio o ropa interior ajustada.

De 3 a 5 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 12 semanas, hasta que se demuestre azoospermia en el recuento espermático, el cual debe realizarse a los 3 meses