Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

APEO

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD SECRETARÍA DE SALUD | SEDENA SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL | MARINA SECRETARÍA DE MARINA | ISSSTE INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO | PEMEX POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA | IMSS | IMSS | SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR | CNEGSR CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

Secretaría de Salud

Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

Dirección de Planificación Familiar

Autor

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR)

ISBN digital: En trámite

Primera edición, septiembre 2024

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y liga oficial de descarga

Este programa es público, ajeno a cualquier partido político. Queda prohibido el uso para fines distintos a los establecidos en el programa

Hecho en México

Lineamiento Técnico para la Prestación de Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

APEO

DIRECTORIO

SECRETARÍA DE SALUD

Dr. Jorge Carlos Alcocer Varela
Secretario de Salud

Dr. Ruy López Ridaura
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dr. Juan Antonio Ferrer Aguilar
Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dr. Marcos Cantero Cortés
Secretario del Consejo de Salubridad General

Mtro. Marco Vinicio Gallardo Enríquez
Titular de la Unidad de Administración y Finanzas

Dr. Gustavo Reyes Terán
Titular de la Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad

Dra. Liliana Hernández Mendoza
Abogada General de la Secretaría de Salud

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (CNEGSR)

Act. Yolanda Varela Chávez
Directora General

Mtra. Nadia Servin Moreno
Directora de Planificación Familiar

Dr. José Alberto Denicia Caleco
Director de Atención a la Salud Materna y Perinatal

Dra. Alejandra Armengol Alonso
Directora de Cáncer de la Mujer

Mtra. May Wejebe Shanahan
Directora de Violencia Intrafamiliar

Mtra. Norma Angélica San José Rodríguez
Directora de Género y Salud

COORDINACIÓN TÉCNICA

Act. Yolanda Varela Chávez
Directora General, CNEGSR

Mtra. Nadia Servin Moreno
Directora de Planificación Familiar, CNEGSR

CONTENIDO TÉCNICO

CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA (CNEGSR)
Act. Yolanda Varela Chávez
Directora General

Mtra. Nadia Servin Moreno
Directora de Planificación Familiar

Dra. María del Rocío Cuevas Vargas
Subdirectora de Planificación Familiar

Lic. Psic. Hilda María Eugenia Cervantes Bautista
Psicóloga Clínica

Mtra. Victoria Cortés Torres
Enfermera General Titulada C

Dra. María Teresa Villicaña Mendoza
Médica Cirujana

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
Dra. Eugenia V. Ley Alfonso
Coordinadora de Programas Médicos

Dra. Azucena Franco Vargas
Coordinadora de Programas Médicos Segundo Nivel

SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR
Dra. Velia Rosas Benítez
Jefa de Atención a la Primera Infancia

Dra. Guadalupe Berenice Noguera Canseco
Supervisora de Procesos

INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
Dra. Marlene Elsa Maury Rosillo
Jefa de Departamento

SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)
Dra. María Luisa Reyes Díaz
Jefa de la Sección de Urgencias Gineco-Obstétricas

Coronel M.C. Librado Cordero Hernández
Jefe del Departamento de Ginecología y Obstetricia

INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
Dra. Norma Velázquez Ramírez
Coordinadora de Planificación Familiar

HOSPITAL DE LA MUJER
Dra. Maria Teresa Diego Peralta
Jefa de Planificación Familiar

HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZÁLEZ
Dr. Jorge Iván Ceballos Mendoza
Encargado de la Clínica de Planificación Familiar y
Trastornos Endócrinos de la Mujer

INSTITUTO DE SALUD DEL ESTADO DE MÉXICO (ISEM)
Dra. Sandra Patricia Pinto Angulo
Directora del Hospital de Chimalhuacán

Dra. Rubens del Carmen Tapia Lizárraga
Médica adscrita al Hospital Nicolás San Juan

SECRETARÍA DE SALUD DE LA CIUDAD DE MÉXICO (SEDESA)
Dra. Adriana Campero López
Coordinadora Operativa de Salud Materna, Sexual y Reproductiva

HOSPITAL DE LA MUJER DE PUEBLA
Dra. Alma Carolina Flores Hernández
Coordinadora del Programa de Planificación Familiar y APEO

HOSPITAL ÁNGELES PEDREGAL
Dr. Samuel Santoyo Haro
Gineco Obstetra, Profesor Titular de Posgrado

PETRÓLEOS MEXICANOS (PEMEX)
Dr. Guillermo Garduño García
Jefe del Departamento de Materno-Infantil

CONSULTOR INDEPENDIENTE
Dr. Marco Antonio Olaya Vargas
Médico Asesor en Salud Reproductiva

REVISIÓN Y COLABORACIÓN, CNEGSR
Lic. Emanuel Cortés Peña
Mtra. Tsanda Violeta López Ortíz
Dra. Ariadna Carolina Gaona Sierra
Dra. Irma Blas Rodríguez
Dr. José Alberto Denicia Caleco
Mtra. May Wejebe Shanahan

COORDINACIÓN EDITORIAL
Lic. Analy Cerón Amezcua

DISEÑO GRÁFICO Y EDITORIAL
Lic. Adriana Guadalupe Torres Esparza
Lic. Martha Isabel Sánchez Hernández
Lic. Rodrigo Damián González Gómez
Lic. Virginia Leticia Martínez Osorio

CNEGSR
CENTRO NACIONAL DE EQUIDAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

MARINA
SECRETARÍA DE MARINA

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

PEMEX®
POR EL RESCATE DE LA SOBERANÍA

IMSS

IMSS
SERVICIOS DE SALUD
IMSS-BIENESTAR

INPer
INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES

Hospital de la Mujer

gea hospital

HM
Hospital de la Mujer Puebla

GOBIERNO DEL ESTADO DE MÉXICO

ESTADO DE MÉXICO
¡El poder de servir!

GOBIERNO DE LA CIUDAD DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD

CONTENIDO

Presentación 9

Glosario de términos 10

Abreviaturas 15

Capítulo 1. Marco conceptual y jurídico de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico 19

Capítulo 2. Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico 25

2.1 Infraestructura y equipamiento 27
2.2 Equipo, insumos y recursos materiales 27
2.3 Recursos humanos y competencias del personal de salud 29

Capítulo 3. Proceso de Atención 35

3.1 Consulta integral 40
3.2 Consulta prenatal 41
3.3 Durante el ingreso a la Unidad de Salud u Hospital 42
3.4 Atención antes del egreso hospitalario 43
3.5 Atención durante el puerperio 44
3.5.1 Seguimiento en el puerperio 44
3.6 Atención post aborto 45
3.7 Atención a la población adolescente 46
3.8 Consentimiento Informado 47
3.9 Seguimiento a la persona Usuaria 48

Capítulo 4. Opciones Anticonceptivas Disponibles para APEO 55

4.1 Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) 60
4.1.1 Ventajas del uso de los ARAP 60
4.2 Inicio Rápido o “Quick Starting” de Uso de Métodos Anticonceptivos 61

Capítulo 5. Inserción del dispositivo intrauterino en el Post Evento Obstétrico 67
5.1 Inserción de Dispositivo Intrauterino en el posparto inmediato 67
5.1.1 Técnica con pinza 67
5.1.2 Técnica manual 69
5.2 Inserción de dispositivo intrauterino transcesárea 70
5.2.1 Técnica con pinza 70
5.2.2 Técnica manual 70
5.3 Inserción de dispositivo intrauterino en el post aborto 71
5.4 Inserción de dispositivo intrauterino en el post parto mediato 71

6. Monitoreo y Seguimiento 77
6.1 Registro de acciones de APEO 77
6.2 Monitoreo y seguimiento de la cobertura de anticoncepción Post Evento Obstétrico 80
6.2.1 Cobertura total de APEO 81
6.2.2 Cobertura oportuna de APEO 82
6.2.3 Cobertura efectiva de APEO 82
6.2.4 Cobertura de APEO en adolescentes 82

Anexos 83

Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado 85

Anexo 2. Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos en el Post Evento Obstétrico 87

Anexo 3. Formatos utilizados para el cálculo del indicador Cobertura de APEO 103

Nota Aclaratoria 109

Referencias Bibliográficas 110

Presentación

Los servicios de planificación familiar y anticoncepción en México han mostrado importantes beneficios en la salud sexual y reproductiva de la población, pero todavía persisten grandes retos en este tema. De acuerdo con los resultados de la reciente Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023 (ENADID), el 74.7% del total de las mujeres en edad fértil sexualmente activas utilizan un anticonceptivo para regular su fecundidad, pero se estima que la necesidad no satisfecha de anticonceptivos en este grupo es de 12.2%.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) representa una de las principales estrategias para reducir la necesidad no satisfecha de anticonceptivos y para mejorar la salud materna y neonatal, ya que la evidencia ha demostrado que, si se logran espaciar los embarazos con intervalos de más de dos años, se contribuye a evitar más del 30% de la mortalidad materna y el 10% de la mortalidad infantil.

En nuestro país, la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2023 (ENSANUT), muestra que el 81.1% de las mujeres de 20 a 49 años señalaron haber estado alguna vez embarazadas, lo que sin duda demuestra el alto potencial de la APEO, además porque cada año se registran más de dos millones de eventos obstétricos. No obstante, la ENADID 2023 reveló que entre las mujeres en edad fértil que tuvieron su última hija o hijo nacido vivo en los cinco años previos al levantamiento de la encuesta, sólo el 54.7% adoptaron un método anticonceptivo después del parto, porcentaje que sólo asciende a 52.0% en el caso de las adolescentes.

Con base en lo anterior, este Lineamiento Técnico tiene como objetivo establecer los estándares para la organización, operación y seguimiento de los servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico. Es resultado de un trabajo colegiado coordinado por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en el que se contó con la valiosa colaboración de personas profesionales expertas en esta materia, tanto de instituciones públicas de salud, como de instituciones académicas, Hospitales Generales e Institutos Nacionales, con amplia experiencia técnica y operativa en la organización y provisión de servicios de APEO.

El Lineamiento es de observancia obligatoria en instituciones públicas del Sector Salud, y un referente para instituciones privadas, a efecto de contribuir a aumentar la cobertura de APEO mediante una atención integral de calidad, con base en la evidencia científica y las recomendaciones internacionales. De esta forma, se seguirá avanzando en el desarrollo de acciones para impulsar el ejercicio de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos de las personas.

Glosario de términos

Aborto: La Organización Mundial de la Salud (OMS) precisa que el aborto espontáneo se refiere a la pérdida espontánea de un embarazo antes de las 24 semanas.

Aborto Seguro: Incluye el abordaje de los abortos espontáneos e inducidos de embarazos viables o no viables, realizados por personal de salud que cuente con las competencias técnicas y aplique los métodos recomendados, manejo medicamentoso y manejo con Aspiración Manual Endouterina (AMEU), acorde a la etapa gestacional del embarazo, el manejo del dolor durante el procedimiento y la anticoncepción post aborto.

Anticoncepción: Uso de cualquier práctica, medicamento, dispositivo o procedimiento quirúrgico para evitar que ocurra un embarazo en una persona o pareja sexualmente activa.

Atención post aborto: Provisión de servicios después de un aborto, espontáneo o inducido, como anticoncepción y vinculación con otros servicios necesarios para la persona usuaria, en la comunidad o más allá. Incluye el manejo de complicaciones después de un aborto.

Atención prenatal: Es la serie de contactos, entrevistas o visitas programadas de la persona embarazada con personal de salud, a efecto de vigilar la evolución del embarazo y obtener una adecuada preparación para el parto, el puerperio y el manejo de la persona recién nacida.

Calidad de la atención: Es el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de resultados de salud deseados para las personas y las poblaciones. Se basa en conocimientos profesionales basados en la evidencia y es fundamental para lograr la cobertura de salud universal.

Calidez: Es el trato cordial, atento y empático que se proporciona a toda persona usuaria del servicio de salud.

Consejería anticonceptiva: Proceso de comunicación interpersonal directa, con absoluto respeto a los derechos humanos, que se proporciona en un ambiente privado y confidencial, donde personal de los servicios de salud asesora sobre los riesgos y beneficios de los métodos anticonceptivos en cuanto a su uso y aplicación y apoya a la persona o pareja de acuerdo a sus necesidades, preferencias, estilo de vida

y plan de vida, a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias sobre su vida reproductiva según sus expectativas.

Diligencia: La obligación de las personas servidoras públicas de prevenir, atender, investigar y sancionar la violencia de manera oficiosa, oportuna, competente, independiente, imparcial, exhaustiva y garantizando la participación individual y colectiva de las personas, para garantizar el derecho a una vida libre de violencia, a la verdad, la justicia y la reparación integral y transformadora.

Infecciones de Transmisión Sexual (ITS): Son aquellas cuyo mecanismo de transmisión es predominantemente por vía sexual, entendiéndose por contacto sexual todo tipo de unión de mucosas entre personas de igual o diferente sexo, y pueden ser causadas por diversos agentes como bacterias, virus y parásitos. Algunas de ellas también se pueden transmitir de la persona gestante a la hija o hijo durante el embarazo o el parto, otras modalidades de transmisión de infecciones son la transfusión de productos sanguíneos y el trasplante de tejidos.

Lactancia humana: La alimentación de la niña o niño con leche humana.

Lactancia humana exclusiva: La alimentación de la niña o niño con leche humana sin la adición de otros líquidos o alimentos, evitando el uso de chupones y biberones.

Muerte materna: Es la ocurrida a una mujer mientras cursa un embarazo o dentro de los 42 días siguientes a la terminación del mismo, independientemente de la duración y el sitio del mismo, debida a cualquier causa relacionada con o agravada por el embarazo o su atención, pero no por causas accidentales o incidentales.

Oportunidad de la atención: Es la prestación de los servicios en el momento en que se requieran, comprendiendo accesibilidad a la unidad y tiempo de respuesta del personal de salud.

Paridad satisfecha: Condición que se presenta cuando una persona o una pareja está convencida de que ya cuenta con el número de hijas o hijos que desea.

Período intergenésico: Según la OMS, es el período comprendido entre la fecha del último evento obstétrico y la fecha de inicio de la última menstruación (FUM)) del siguiente embarazo. Se considera un evento obstétrico al aborto o parto (vaginal o por cesárea).

Persona con capacidad de gestar: Persona que tiene una identidad de género distinta del concepto de mujer, pero su cuerpo si tiene la capacidad de gestar.

Persona recién nacida: Producto de la concepción desde el nacimiento hasta los 28 días de edad.

Persona usuaria: Persona que acude a una unidad médica para ejercer su derecho a la salud; participa de manera activa en la toma de decisiones libres e informadas sobre su salud, puede aprender, opinar, sugerir y decidir, así como controlar y desarrollar competencias de autovigilancia y cuidado. Este término incluye a personas de cualquier edad, género o condición.

Personal de salud: Incluye a todas las personas que llevan a cabo tareas que tienen como principal finalidad mejorar la salud de las personas, incluye personal médico, no médico autorizado y personal comunitario.

Personal de Salud Médico: Personal de salud que comprende a personal médico especialista, general y en formación, para brindar servicios de planificación familiar y anticoncepción.

Personal de Salud no Médico: Personal de salud que comprende al de enfermería (especialista, general, técnico o auxiliar), trabajo social (licenciatura y técnico), partería (licenciatura, técnica y tradicional) que cuenta con la capacitación correspondiente por parte de una institución u organización pública, privada o social, para brindar servicios de planificación familiar y anticoncepción.

Perspectiva de Género: Se refiere a la metodología y los mecanismos que permiten identificar, cuestionar y valorar la discriminación, desigualdad y exclusión de las mujeres, que se pretende justificar con base en las diferencias biológicas entre mujeres y hombres, así como las acciones que deben emprenderse para actuar sobre los factores de género y crear las condiciones de cambio que permitan avanzar en la construcción de la igualdad de género.

Planificación Familiar: Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijas e hijos, y a obtener al respecto la información específica y los servicios de salud idóneos. El ejercicio de este derecho no está supeditado al género, la orientación sexual, la edad, la condición de discapacidad, el estado migratorio, el estado social o legal de las personas, ni cualquier otra circunstancia prohibida por la Constitución Mexicana.

Post aborto: Período asociado a la condición fisiológica de la persona, después de un aborto.

Post cesárea: Período asociado a la condición fisiológica de la persona después de la resolución quirúrgica abdominal de un embarazo.

Posparto: Período asociado a la condición fisiológica de la persona después de la resolución de un embarazo por vía vaginal.

Primer nivel de atención: Es el primer contacto de la población, cuyo fin es atender las necesidades básicas y más frecuentes de salud de toda persona, mediante acciones de promoción de la salud, prevención y detección oportuna de enfermedades, y en su caso, referir de manera oportuna a otro nivel. Está constituido por unidades de salud, consultorios médicos, unidades de medicina familiar y dispensarios, en los cuales se otorga atención médica a pacientes ambulatorios.

Proyecto de vida: Expectativa o plan que cada persona tiene para su vida de acuerdo a sus condiciones y su contexto.

Puerperio: Período que sigue a la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatómicos y fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de seis semanas o 42 días.

Riesgo obstétrico: Circunstancia que puede comprometer el bienestar del binomio madre-hijo durante el embarazo; probabilidad de que se presente alguna complicación durante el embarazo, parto o puerperio inmediato.

Riesgo reproductivo: Es la probabilidad que tiene tanto la mujer en edad fértil o persona con capacidad de gestar, como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Salud reproductiva: De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el estado de completo bienestar físico, mental y social, en los aspectos relativos a la sexualidad y la reproducción en todas las etapas de la vida. Implica que las personas puedan tener una vida sexual segura y satisfactoria, la capacidad de tener hijas e hijos y la libertad de decidir si quieren tenerlos, cuándo y con qué frecuencia.

Salud sexual: De acuerdo con la OMS, es el estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia.

Segundo nivel de atención: Otorga consulta de especialidades básicas. Está constituido por unidades más complejas que cuentan con servicios de especialidad como mínimo: pediatría, ginecología, medicina interna y cirugía, con camas para hospitalización y servicio de urgencias.

Sistema Nacional de Información en Salud: Sistema que integra la información para elaborar las estadísticas nacionales en salud, el cual se encuentra conformado por: a) estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez; b) factores demográficos, económicos, sociales y ambientales vinculados a la salud; y, c) recursos físicos, humanos y financieros.

Sistema Nacional de Salud: Conjunto constituido por las dependencias y entidades de la Administración Pública, tanto federal como estatal y local, y las personas morales o físicas de los sectores social y privado que prestan servicios de salud, así como por los mecanismos establecidos para la coordinación de acciones. Tiene por objeto dar cumplimiento al derecho de la protección de la salud.

Tercer nivel de atención: Brinda servicios de atención especializada. Está constituido por unidades de alta especialidad, con servicios como: cardiología, nefrología, dermatología, neurología, psiquiatría, neonatología, entre otros, conformados por un grupo de profesionales altamente capacitados.

Violencia Obstétrica: Forma específica de violencia contra las mujeres y personas con capacidad de gestar, en la que confluyen la violencia institucional y la violencia de género. Ocurre durante la atención del embarazo, el parto, el puerperio o en los servicios de aborto seguro. Puede presentarse en cualquier instancia y nivel de atención, del sector público o privado y se origina a partir de un complejo entramado de factores en los que se intersectan las categorías sociales, económicas, culturales y de estatus, generando relaciones de poder que vulneran los derechos de las mujeres y personas con capacidad de gestar, incluyendo derechos sexuales y reproductivos.

Abreviaturas

AIC:	Anticonceptivos inyectables combinados
AINE:	Antiinflamatorio no esteroide
AIPS:	Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
AMEU:	Aspiración Manual Endouterina
AOC:	Anticonceptivos orales combinados
AOPS:	Anticonceptivos orales con progestágeno solo
APEO:	Anticoncepción Post Evento Obstétrico
ARAP:	Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada
AVC:	Anillo vaginal anticonceptivo combinado
CIPD:	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo
CME:	Criterios Médicos de Elegibilidad
CRPD:	Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo
DIU:	Dispositivo Intrauterino
FUM:	Fecha última de menstruación
IP:	Índice de Pearl
IS:	Implante subdérmico
ITS:	Infecciones de Transmisión Sexual
LTPUMAM:	Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México
NOM:	Norma Oficial Mexicana
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PAC:	Parche anticonceptivo combinado
PFPP:	Planificación Familiar Posparto
PIC:	Período Intergenésico Corto
SAEH:	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
SEUL:	Sistema de Egresos, Urgencias y Lesiones
SINAIS:	Sistema Nacional de Información en Salud
SINBA:	Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud
SNS:	Sistema Nacional de Salud
VIH:	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

EOAPEOAPEOAPE

Capítulo 1

EOAPEOAPEOAPE

Marco conceptual y jurídico de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico

El derecho a recibir información y servicios de anticoncepción se encuentra reconocido en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que establece que: Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos. Asimismo, se sustenta en los tratados internacionales de derechos humanos que México ha suscrito, lo que obliga al Estado a asegurar el acceso de las personas a una amplia variedad de métodos anticonceptivos que se ajusten a sus necesidades y preferencias.

La Ley General de Salud que en su Artículo 67° establece que La planificación familiar tiene carácter prioritario. En sus actividades se debe incluir la información y orientación educativa para adolescentes y jóvenes. Asimismo, para disminuir el riesgo reproductivo, se debe informar a la mujer y al hombre sobre la inconveniencia del embarazo antes de los 20 años o bien después de los 35, así como, la conveniencia de espaciar los embarazos y reducir su número; todo ello, mediante una correcta información anticonceptiva, la cual debe ser oportuna, eficaz y completa a la pareja.

Por su parte, el Reglamento de la Ley General de Población en su Artículo 14° señala que- Los programas de planificación familiar son indicativos, por lo que deberán proporcionar información general e individualizada sobre sus objetivos, métodos y consecuencias, a efecto de que las personas estén en aptitud de ejercer con responsabilidad el derecho a determinar el número y espaciamiento de sus hijos.

De igual manera existen Normas Oficiales Mexicanas que regulan la prestación de los servicios de planificación familiar en los sectores público, social y privado del país, mismas que se enlistan a continuación:

- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar. Modificada 2004.
- Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, para la atención a la salud del grupo etario de 10 a 19 años de edad.
- Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016, Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio, y de la persona recién nacida.
- Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005, Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.
- Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA3-2012, Del expediente clínico.
- Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2018, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.
- Norma Oficial Mexicana NOM- 016 SSA3 -2012, Establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.
- Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012, En materia de Información en Salud.
- Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, Sistemas de información de registro electrónico para la salud. Intercambio de información en salud.

En la actualidad, además del marco normativo y jurídico que regula las acciones de anticoncepción y planificación familiar, también se cuenta con políticas públicas en la materia que están consideradas en la planeación estratégica nacional.

De esta forma, las estrategias prioritarias y acciones puntuales en materia de anticoncepción y planificación familiar en el país están orientadas a favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, a través de acciones de información, educación, comunicación y prestación de servicios. El propósito central es garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación familiar, así como reducir la mortalidad materna, compromisos que asumió México como parte de los Objetivos de Desarrollo Sostenible para el año 2030, específicamente en el Objetivo 3, dedicado a Salud y Bienestar.

Derivado de estos compromisos, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, en su carácter de órgano rector de las políticas de planificación familiar y anticoncepción, entre otras estrategias orientadas a favorecer el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos de la población, ha impulsado diversas acciones

para contribuir a hacer realidad el ejercicio del derecho de las personas a decidir sobre el número y el espaciamiento de hijas e hijos, así como a reducir los riesgos del embarazo, y disminuir la mortalidad materna y neonatal.

Una de las prioridades en esta materia es la Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) que permite a la mujer y a la persona con capacidad de gestar, posponer un nuevo embarazo o finalizar su vida reproductiva, mediante el uso de un método anticonceptivo temporal o permanente, adoptado antes de abandonar la unidad médica donde se le atendió su parto, aborto o cesárea, o durante los 42 días posteriores a dicho evento obstétrico, lo que contribuye a incrementar el intervalo intergenésico y, por ende, a reducir el riesgo reproductivo (LTPPUMAM, 2022).

La evidencia científica ha demostrado que la APEO contribuye a evitar más del 30% de la mortalidad materna y del 10% de la mortalidad infantil si se logran espaciar los embarazos con intervalos de más de dos años (OMS 2014).

Con base en lo anterior, desde los años setenta en México se han implementado políticas públicas orientadas a satisfacer la demanda de anticonceptivos entre la población, incluyendo la APEO, así como a incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.

Como se observa en el esquema 1, existen importantes antecedentes, así como instrumentos nacionales e internacionales en los que se sustentan las acciones de APEO en nuestro país.

Principales antecedentes en México de la Anticoncepción Post Evento Obstétrico

1970 – 1979

- En 1974 se reforma el artículo 4° constitucional que señala "Toda persona tiene derecho a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y el espaciamiento de sus hijos".
- Se publica en 1977 el Primer Plan Nacional de Planificación Familiar orientado principalmente a reducir las tasas de fecundidad y el crecimiento de la población.

1980 – 1989

- En la Conferencia Internacional Sobre Maternidad Sin Riesgo, celebrada en 1987 en Nairobi (Kenia), se subrayó que las principales causas de mortalidad prevenible en mujeres en edad reproductiva estaban asociadas con el embarazo, parto y puerperio.
- En los Programas Institucionales de Planificación Familiar en México se incorporó el enfoque de riesgo y se iniciaron programas de anticoncepción post evento obstétrico, dando prioridad a grupos vulnerables.

1990 – 1999

- Se celebra en México la Conferencia Internacional sobre Anticoncepción en el Posparto, en donde se realizaron recomendaciones para ampliar las acciones de planificación familiar después del embarazo.
- Se implementa en el país el Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000, en donde se incorporan estrategias para impulsar la anticoncepción post evento obstétrico.
- Se publica la NORMA OFICIAL MEXICANA, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.
- En la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo efectuada en 1994 en El Cairo, Egipto, los Estados miembro se comprometieron a implementar servicios integrales de salud reproductiva, incluyendo acciones para favorecer una maternidad sin riesgos, dirigida a toda la población, particularmente entre los grupos más vulnerables y desfavorecidos.
- La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos estableció la necesidad de proporcionar consejería y servicios de planificación familiar a todas las parejas y personas, incluyendo adolescentes y mujeres solteras.

2000 – 2009

- Las políticas públicas en materia de planificación familiar en México incluyeron la anticoncepción post parto, transcesárea, post cesárea y post aborto, como un aspecto sustantivo para disminuir de embarazos de alto riesgo.

2010 a la fecha

- En 2019, en la Cumbre de Nairobi acerca de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD25), México reiteró su compromiso de establecer acciones orientadas a lograr tres grandes metas:
  i) Cero necesidad insatisfecha en materia de anticoncepción;
  ii) Cero muertes maternas evitables; y
  iii) Cero violencia contra las mujeres y las niñas.
- Se dio un fuerte impulso a los Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico, particularmente en los hospitales con mayor atención de partos, abortos y cesáreas, enfatizando la promoción de Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada.
- El Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Salud Reproductiva, 2020-2024 incluyó acciones puntuales para incrementar la cobertura y calidad de los servicios de anticoncepción post evento obstétrico, así como para incrementar el acceso a la atención oportuna, integral y segura de la salud materna, desde la etapa pregestacional hasta el puerperio.

Capítulo 2

EOAPEOAPEOAPE

Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

Los Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico (APEO) son el conjunto de acciones que el personal de salud debe realizar en los tres niveles de atención, desde la atención prenatal y hasta el puerperio, orientadas a que la mujer embarazada, persona gestante o a la persona con capacidad de gestar, adopte un método anticonceptivo inmediatamente después de la atención de su evento obstétrico (parto, aborto o cesárea), o durante el puerperio, con el fin de prevenir o evitar un embarazo subsecuente. Incluyen acciones de consejería, entrega o aplicación de anticonceptivos, y seguimiento de las personas usuarias hasta los 42 días posteriores a la fecha del evento obstétrico.

Los servicios de APEO permiten a la mujer o a la persona con capacidad de gestar, tener acceso a un método anticonceptivo para espaciar su siguiente embarazo de manera temporal, o para evitar un siguiente embarazo de manera permanente.

La consejería que se brinda a la persona para la elección de un método anticonceptivo que se adapte a sus necesidades y preferencias, es una acción fundamental durante la consulta pregestacional, durante el control prenatal y en todas las etapas del puerperio. El objetivo es contribuir a que la mujer embarazada, o la persona gestante, adopte de manera voluntaria e informada, un método anticonceptivo durante o inmediatamente después de la resolución de su evento obstétrico. Estas son oportunidades que deben ser consideradas de valor y que marcan una diferencia en la decisión anticonceptiva que se tome.

Con el fin de otorgar una atención de calidad, así como la oferta de metodología anticonceptiva, se proporcionan las directrices para instrumentar los Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico.

Requerimientos para el funcionamiento del Servicio de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

2.1 Infraestructura y equipamiento

Las unidades de salud en donde se proporcionen servicios de APEO, deben contar con la infraestructura y el equipamiento necesario para que el personal de salud pueda otorgar atención médica de calidad, en estricta concordancia con la NOM-005-SSA3-2018, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios y con la NOM-016-SSA3-2012, que establece las características mínimas de infraestructura y equipamiento de hospitales y consultorios de atención médica especializada.

Los servicios de APEO deben ofrecerse en todo momento que se tenga contacto con la persona atendida. La consejería anticonceptiva sobre APEO, debe otorgarse en:

- Primer nivel de atención
- Segundo nivel de atención
- Tercer nivel de atención

2.2 Equipo, insumos y recursos materiales

En concordancia con el numeral anterior, en el siguiente cuadro se enumeran los requerimientos mínimos de material médico con el que debe contar el Servicio de APEO para la aplicación de métodos anticonceptivos:

EQUIPO	INSUMOS	INSTRUMENTAL MÉDICO
• Esfigmomanómetro. • Estetoscopio biauricular • Lámpara de chicote o lámpara de haz dirigible. • Mesa de exploración con pierneras.	• Guantes estériles. • Torundas de algodón. • Marcador quirúrgico. • Jeringa de 3cc con aguja. • Gasas. • Vendaje. • Cinta microporo. • Solución antiséptica. • Anestésico (lidocaína al 1 o 2 %).	• Charola con tapa para soluciones desinfectantes. • Espéculo vaginal. • Pinza Pozzi o Erina. • Histerómetro. • Pinza de anillos o Foerster una recta y una curva. • Valvas vaginales. • Pinza Kelly. • Pinza de Kocher recta sin dientes. • Hoja de bisturí (11, 12). • Pinza Halsted o mosquito. • Tijeras de Mayo. • Equipo instrumental para Vasectomía sin Bisturí.

Con la intención de proporcionar información detallada a la persona que se atiende, se recomienda contar con el apoyo de materiales de promoción, ya sean impresos, digitales o audiovisuales, según los recursos de cada unidad de salud. Los materiales deben incluir elementos que faciliten la comunicación y comprensión de las personas. Es importante que los materiales sean acordes para la diversidad poblacional y accesibles para personas con diferentes tipos de discapacidad (visual, auditiva, cognitiva o motora), utilizando formatos como: Sistema Braille, textos con aumento de tamaño o material en lenguaje de señas, traducción de lengua indígena, con enfoque de juventudes, entre otros.

El personal de salud, al proporcionar consejería sobre métodos anticonceptivos y promover la atención de los Servicios de APEO, puede utilizar diversos materiales para reforzar la información, por ejemplo:

- Trípticos o folletos
- Muestrarios
- Infografías
- Rotafolios

- Audiovisuales
- Modelos anatómicos
- Redes sociales, entre otros

Esta variedad de herramientas contribuye a garantizar que la información llegue de manera efectiva a todas las personas usuarias, sin importar sus necesidades específicas.

2.3 Recursos humanos y competencias del personal de salud

Cada uno de los niveles de atención, cuenta con recursos humanos que de una u otra forma están vinculados con la prestación de servicios de APEO, durante el control prenatal, la atención del evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) o durante el puerperio (Tabla 1).

Tabla 1
Recursos humanos que pueden otorgar servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico en unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención

Personal Médico
Enfermería
Trabajo Social
Psicología
Personal en formación en las áreas mencionadas
Personal de Promoción de la salud
Personal de Partería Profesional
Personas dedicadas a la Partería Tradicional
Personal comunitario

Dentro de las acciones prioritarias (Tabla 2) se incluyen actividades de tipo gerencial y operativo que se deben llevar a cabo en el servicio de APEO.

Tabla 2
Acciones prioritarias en todos los niveles de atención para el Servicio de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

ACCIONES GERENCIALES	ACCIONES OPERATIVAS
• Establecer coordinación con instituciones y/o autoridades para la referencia y contrarreferencia. • Asegurar insumos anticonceptivos. • Garantizar la actualización y capacitación del personal, sobre metodología anticonceptiva y consejería. • Fortalecer la integración y articulación efectiva entre los diferentes niveles de atención. • Garantizar la información, comunicación y educación sobre Servicios de Anticoncepción Post Evento Obstétrico. • Supervisar y monitorear la operación y productividad del servicio.	• Fomentar estilos de vida saludables. • Realizar detección de riesgo reproductivo y obstétrico. • Realizar valoración médica integral. • Brindar atención a personas con enfermedades concomitantes. • Indicar pruebas de laboratorio o diagnóstico si es necesario. • Seguimiento a personas con patología concomitante. • Otorgar consejería de metodología anticonceptiva, con énfasis en riesgo reproductivo, si así, lo amerita. • Otorgar o aplicar el método anticonceptivo seleccionado. • Informar en todo momento los procedimientos a realizar para la aplicación del método anticonceptivo. • Aclarar dudas sobre el método anticonceptivo, y salud sexual y reproductiva. • En el caso de un método anticonceptivo permanente realizarlo de manera prioritaria o hacer la referencia al servicio correspondiente. • Asegurar la firma del Consentimiento Informado. • Registrar todas las actividades que se realizan en los formatos oficiales del Sistema de Información en Salud, según corresponda. • Realizar referencia y contrarreferencia de aceptación o no de un método anticonceptivo. • Dar seguimiento a la persona usuaria de método anticonceptivo.

Con la intención de que diferentes profesionales del equipo de salud que cuentan con la capacitación y sensibilización necesaria, puedan proporcionar servicios de anticoncepción de manera segura y efectiva, se recomienda repartir tareas para lo siguiente:

- Abordar la falta de personal, sobre todo en las áreas rurales y de difícil acceso.
- Desahogar los servicios primarios, para dar una atención especializada a quien lo requiera.
- Fortalecer la atención en servicios de anticoncepción en el primer nivel de atención y en general, aumentar el acceso a una atención segura y oportuna.

Para que el reparto de tareas sea exitoso, se debe prestar atención en las siguientes consideraciones:

- Capacitación y apoyo al personal, sobre todo en procedimientos que requieren de habilidad y destreza.
- Capacitación continua al personal médico y paramédico para una comunicación efectiva y asertiva, y conocimiento en la metodología anticonceptiva.
- Referencia oportuna de pacientes con riesgo obstétrico al siguiente nivel de atención.
- Supervisión y seguimiento de los servicios de APEO, para una atención segura y efectiva.
- Asegurar la existencia de la gama completa de insumos anticonceptivos.
- Contar con recursos materiales de promoción, instrumental y equipo para la atención de la persona usuaria.

El personal de salud que está involucrado en los procesos de información, consejería y prescripción de metodología anticonceptiva en los Servicios de APEO, requiere contar con las siguientes competencias (Tabla 3).

Tabla 3.
Competencias deseables del personal de salud que otorga servicios de APEO

CONOCIMIENTOS	HABILIDADES	ACTITUDES
• Normatividad Nacional incluida la NOM-046 y NOM-047 • Consejería • Consentimiento informado, Derechos humanos • Interculturalidad, juventudes y violencia de género • Derechos Sexuales y Reproductivos, Diversidad sexogenérica • Inicio Rápido (Quick Starting) de un método anticonceptivo • Metodología anticonceptiva en APEO • Riesgo Reproductivo • Aseguramiento de insumos anticonceptivos • Sistemas de información en salud • Contextos socioculturales de su población de responsabilidad	• Consejería de metodología anticonceptiva • Prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos • Escucha activa • Atención centrada en la persona • Comunicación asertiva • Análisis de información • Trabajo en equipo • Retroalimentación • Organización y gestión de recursos, trabajo y tiempo	• Respeto • Empatía • Comprensión • Tolerancia • Libre de prejuicios, libre de revictimización • Amabilidad • Asertividad • Libre de estigmas y estereotipos • Compromiso con la labor social • Autoconocimiento de capacidades y limitaciones

Capítulo 3

EOAPEOAPEOAPE

Proceso de Atención

Dentro del proceso de atención que se brinda en los servicios de APEO, la consejería es uno de los pilares más relevantes.

La consejería anticonceptiva es el proceso de comunicación interpersonal, directa, que se proporciona en un ambiente privado y confidencial, con absoluto respeto a los derechos humanos, donde se asesora a la persona atendida sobre las características, formas de uso, o aplicación, riesgos y beneficios, de cada uno de los diferentes métodos anticonceptivos, y en la cual se le apoya a tomar decisiones informadas, libres, responsables y voluntarias sobre su vida reproductiva.

En el proceso de consejería existe un conjunto de actividades que se realizan de manera planeada e interactiva que propicia la participación libre de la persona, basada en el reconocimiento de los derechos humanos y los derechos sexuales y reproductivos.

Derechos reproductivos y sexuales

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 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.

(CIPD, El Cairo 1994)

Derechos sexuales

Se refieren a la libertad de las personas para ejercer su sexualidad de manera saludable, sin ningún tipo de abuso, coerción, violencia o discriminación.

(CRPD, Montevideo 2013)

La consejería se debe otorgar por personal capacitado en todo momento y a toda persona que solicita un servicio, de tal manera que se establecen diferentes escenarios que vinculan las acciones de consejería con la aceptación de un método anticonceptivo después de un evento obstétrico.

Su objetivo principal es crear las condiciones para que la persona pueda tomar decisiones de acuerdo con sus necesidades, convicciones, preferencias reproductivas, y ejercer su derecho a decidir. Es un elemento que permite hacer una elección informada a partir de las opciones anticonceptivas, incrementa el uso y continuidad del método en forma segura y eficaz.

Los servicios de anticoncepción y planificación familiar se deben proporcionar de una manera integral, oportuna y con calidad. Por lo tanto, es importante establecer coordinación con otras áreas en el campo de la salud reproductiva, para optimizar el costo beneficio y el costo efectividad de las acciones.

Para favorecer que la toma de decisiones sea compartida entre el personal de salud y la persona usuaria, es necesario considerar los seis principios básicos de la consejería, los cuales se describen en el siguiente esquema.

Principios básicos de la Consejería

La persona consejera debe:

- **Escuchar activamente** y mostrar de manera verbal y no verbal interés por las necesidades de la persona
- **Brindar información que** responda a las necesidades e intereses de la persona, de acuerdo con su proyecto de vida
- **Formular preguntas significativas,** recopilar datos de la persona, identificar necesidades, sentimientos, así como, valorar el riesgo reproductivo, es decir la probabilidad que tiene tanto la mujer o persona con capacidad de gestar, como su producto potencial de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo, por ello es importante conocer:
  - Antecedentes personales
  - Antecedentes obstétricos o reproductivos
  - Antecedentes patológicos personales

Se busca que el embarazo sea planeado y deseado y que la persona se encuentre en las mejores condiciones biológicas y psicológicas para embarazarse, especialmente quienes tienen riesgo reproductivo.

Una vez que se conozcan las necesidades y expectativas reproductivas de cada persona se debe proveer información clara, concreta y veraz, que le permita tomar una decisión informada y evitar información ambigua que cause confusión.

- **Ofrecer** una gama completa de métodos anticonceptivos.
- **Brindar información** sobre las opciones anticonceptivas disponibles, sobre el beneficio de cada método anticonceptivo, contraindicaciones y efectos secundarios a corto y largo plazo, la duración de la protección anticonceptiva, el manejo de fallas y olvidos, el retorno a la ovulación y/o terminación anticonceptiva, entre otros aspectos.

- **Confirmar que la persona** comprendió la información, que su elección es consciente y voluntaria y que el método seleccionado es la opción adecuada de acuerdo a sus condiciones.
- **Describir la efectividad** del método anticonceptivo, la cual se mide habitualmente en función del Índice de Pearl (IP), que se refiere al número de embarazos esperados en un grupo de 100 mujeres o personas que utilizan correctamente el método durante un año, el cual se expresa de la siguiente manera:
  - **Uso perfecto:** (uso correcto): Cuando un método anticonceptivo se utiliza de manera correcta y consistente.
  - **Uso típico:** (uso común): Cuando se usa un método anticonceptivo de manera incorrecta y no consistente; por lo que su efectividad disminuye significativamente.
- **Disipar mitos y rumores** con respecto a un método anticonceptivo o en relación a la planificación familiar y anticoncepción.
- **Parafrasear** la información que consiste en sintetizar y repetir el mensaje de la persona para verificar que está comprendiendo claramente sus mensajes.
- **Llegar a un acuerdo,** precisar los temas discutidos, rescatar datos importantes, clarificar la decisión que tome la persona, acordar no necesariamente significa que la persona ha tomado una decisión en ese momento.
- **Acordar** el seguimiento y mecanismo de continuidad, lo que permite establecer consultas subsecuentes de acuerdo a las necesidades de cada persona y al tipo de método anticonceptivo.

Es importante garantizar la selección del método en forma voluntaria, lo cual contribuye a disminuir una posible suspensión del método.

3.1 Consulta integral

Cuando se habla de una consulta integral, se refiere a dirigir la atención al cuidado integral de la persona, a la prevención de enfermedades que pueden alterar su calidad de vida, no sólo a resolver la situación por la cual acude al servicio, sino a realizar acciones de promoción y prevención en las esferas que conforman un estado de bienestar físico, mental y social.

Por ello es importante integrar la consejería anticonceptiva en toda consulta que se otorgue en los servicios de salud y de esta forma ofertar sistemáticamente métodos anticonceptivos de manera cotidiana, lo que puede alentar a las personas a usar y/o continuar el uso de un método anticonceptivo.

La atención integral en APEO es el enfoque biopsicosocial que se le brinda a las personas gestantes y con capacidad de gestar, en el período prenatal, posparto, post cesárea o post aborto, requiere de un proceso continuo de acciones interdisciplinarias, entre las que se encuentra la consejería en metodología anticonceptiva.

3.2 Consulta prenatal

El control prenatal es la oportunidad decisiva para que el personal de salud brinde consejería, apoyo e información a las personas embarazadas.

Se debe proporcionar información de manera sensible enfocándose de primera instancia en los siguientes aspectos:

- Evaluar el estado de salud de la madre o persona gestante y el feto.
- Fomentar estilos de vida saludables.
- Diagnosticar y tratar oportunamente patologías.
- Prevenir complicaciones.
- Derivar a niveles de atención de mayor complejidad cuando corresponda.
- Preparar a la persona gestante, física y emocionalmente para el parto y nacimiento.

La consulta prenatal es el momento propicio para que la persona atendida seleccione el método anticonceptivo a adoptar durante el Post Evento Obstétrico.

La información debe estar enfocada en satisfacer las necesidades y expectativas sobre su salud sexual, salud reproductiva y proyecto de vida; especialmente en el caso de los métodos permanentes, ya que existe la posibilidad que la persona cambie de opinión después del evento obstétrico.

Adicionalmente, durante la consulta prenatal se deben considerar los siguientes aspectos:

- Conocer si la persona recibió consejería en planificación familiar e indagar cuáles son sus expectativas reproductivas y de su pareja, en su caso.
- Motivar a la persona a utilizar un método anticonceptivo que le permita espaciar su próximo embarazo o limitar su vida reproductiva, si ya tiene el número de hijas e hijos deseados
- Informarle que el espaciamiento óptimo (la distancia) entre la fecha de un nacimiento y la fecha de inicio del siguiente embarazo debe ser de al menos 24 meses. En el caso de un aborto, el espacio integenésico debe ser de al menos seis meses, de acuerdo a la OMS.

La persona puede elegir entre una gran variedad de anticonceptivos de efectividad temporal, entre los que se incluyen métodos hormonales y no hormonales, métodos de acción a corto o largo plazo. Si la persona ya tiene maternidad o paternidad satisfecha se le deben ofrecer los métodos anticonceptivos permanentes, entre los que se incluye la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía.

Antes del evento obstétrico se puede retomar la elección, sobre todo en caso de un método anticonceptivo reversible de acción prolongada, que podrá aplicarse tras el alumbramiento o el aborto, o un método permanente que idealmente pueda gestionarse antes del egreso hospitalario.

Cada consulta prenatal es una oportunidad de seguimiento para brindar consejería anticonceptiva, sobre todo cuando se trata de Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP) como el DIU de cobre o de Levonorgestrel , el Implante subdérmico, o los hormonales inyectables de aplicación trimestral, o bien, de los métodos permanentes: Oclusión tubaria Bilateral o Vasectomía, ya que se cuenta con más tiempo para que la persona tome una decisión.

La atención prenatal se debe iniciar de preferencia antes de las 12 semanas de gestación y garantizar por lo menos cinco consultas.

3.3 Durante el ingreso a la Unidad de Salud u Hospital

Las acciones que realiza el personal de salud durante el ingreso a la unidad de salud u hospital para la atención del evento obstétrico, incluyen una variedad de actividades que buscan garantizar la salud y seguridad tanto de la mujer o persona gestante como de la persona recién nacida, las cuales se enlistan a continuación:

- Evaluación inicial, historia clínica y diagnóstico oportuno.
- Verificar que cuente con hoja de referencia.
- Verificar si la mujer o la persona gestante, recibió consejería anticonceptiva y si seleccionó un método anticonceptivo.
  - Si aceptó un método anticonceptivo, realizar preguntas de verificación sobre metodología anticonceptiva, en caso necesario se firmará el consentimiento informado. Posterior a la atención del evento obstétrico se procederá a la aplicación del mismo.
  - No aceptó el uso de un método anticonceptivo, reforzar la consejería anticonceptiva posterior a su evento obstétrico y antes de su egreso hospitalario.

3.4 Atención antes del egreso hospitalario

El seguimiento de la mujer o persona con capacidad de gestar después del evento obstétrico en la unidad de atención de salud suele ser menor de lo esperado, condicionado por diferentes factores externos del entorno de la persona.

Antes del egreso hospitalario, una vez resuelto el evento obstétrico, es importante realizar las siguientes acciones:

- Otorgar consejería en el puerperio inmediato para sensibilizar sobre la importancia de iniciar el uso de un método anticonceptivo.
- Si no se ha iniciado la lactancia humana orientar sobre las indicaciones y plazos para utilizar un método anticonceptivo.
- Informar sobre la efectividad, modo de uso, ventajas y efectos secundarios del método elegido, con la intención de que se cumpla con las indicaciones y se eviten fallas por omisión.

Considerar que la persona puérpera no debe tomar decisiones bajo situaciones de presión emocional.

3.5 Atención durante el puerperio

La etapa de puerperio comprende desde la expulsión del producto de la concepción, en el cual los cambios anatomo-fisiológicos propios del embarazo se revierten al estado pregestacional. Tiene una duración de 6 semanas o 42 días; por lo tanto, el puerperio se clasifica en tres etapas, las cuales toman relevancia para la prescripción y/o aplicación de la anticoncepción:

- Puerperio inmediato, período que comprende las primeras 24 horas después del parto.
- Puerperio mediato, período que abarca del segundo al séptimo día después del parto.
- Puerperio tardío, período que comprende desde el octavo día hasta los 42 días después del parto.

El puerperio, además de ser el período que facilita la adaptación de la persona con capacidad de gestar, la detección de posibles complicaciones, y el inicio de la lactancia humana, es el momento en el cual se pueden atender los deseos de anticoncepción de las personas y con ello asegurar un período intergenésico más largo con opciones individualizadas y de acuerdo con las necesidades y expectativas de cada persona.

3.5.1 Seguimiento en el puerperio

- Programar una consulta en la unidad de salud dentro de los primeros siete días y la segunda visita a los 14 días, para las mujeres y personas con capacidad de gestar que tuvieron un parto vaginal no complicado.
- Si se realizó una cesárea o existió complicación, el seguimiento es más estrecho.
- Aprovechar las consultas para brindar consejería, y contribuir a que la persona pueda elegir un método anticonceptivo.
- Informar que la lactancia no es un método anticonceptivo y se deben usar alternativas anticonceptivas seguras.
- Brindar la consulta de seguimiento o revisión del método anticonceptivo, cuando este fue prescrito antes del egreso hospitalario.

3.6 Atención post aborto

En el contexto de los servicios de aborto y de atención posterior al aborto, se debe ofrecer a todas las personas información, consejería y servicios de anticoncepción, con el fin de incrementar el uso efectivo de métodos anticonceptivos y reducir la tasa de repetición de abortos.

Cuando un embarazo se interrumpe como consecuencia de un aborto espontáneo o inducido, es importante:

- Crear un espacio seguro que le permita a la persona tomar decisiones a partir de información veraz, objetiva e imparcial.
- Recordar que todos los métodos anticonceptivos reversibles en general son eficaces y seguros para uso inmediato, e incluso los métodos permanentes son aceptables después de un aborto acorde a los Criterios Médicos de Elegibilidad (CME) de la OMS.
- Ser sensible y tener empatía con la situación, y aprender a no emitir juicios de valor.
- La consejería debe darse dentro de un marco ético que requiere poner en el centro las necesidades de la persona y asegurar:
  - Información completa, veraz, imparcial y útil.
  - Trato con respeto, dignidad, privacidad y confidencialidad.
  - Respeto a su derecho a la libertad de conciencia y expresión.
  - Respeto a su autonomía reproductiva.
  - Respeto a su voluntad y elección.
  - Ser sensible a las necesidades y perspectivas de cada persona.

3.7 Atención a la población adolescente

El embarazo en personas adolescentes se asocia con riesgos en materia de salud; sigue siendo un impedimento para mejorar la condición educativa, económica y social de la mujer o persona gestante, por lo anterior se deben realizar acciones conjuntas que apoyen la reducción de la mortalidad de personas gestantes adolescentes como lo son:

- Enfatizar durante la atención prenatal la consejería sobre anticoncepción, privilegiando la libre elección con la oferta de métodos que incluya los ARAP.
- Fortalecer la consejería y la oferta de métodos anticonceptivos Post Evento Obstétrico.
- Reforzar la consejería en el puerperio, cuando asista a cita de control o atención puerperal.
- Asegurar su derecho a acceder a métodos anticonceptivos modernos, seguros, aceptables y eficaces.
- Desmitificar sobre los efectos secundarios de los métodos anticonceptivos, para no desalentar su uso.
- Fomentar el uso de métodos que proporcionan doble protección (condón externo o interno, más la alternativa anticonceptiva de su elección).
- Asegurar el consentimiento informado, de tal manera que se garantice la toma de decisiones libre e informada.
- Identificar situaciones de violencia en el entorno de la persona gestante o con capacidad de gestar, en cuyo caso se sugiere remitirse a lo establecido en la NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad.
- Tomar en cuenta que en la atención que se brinde a la población adolescente, debe imperar el interés superior de la niñez en todos los casos.

El acceso a información y servicios de anticoncepción antes, durante y después del evento obstétrico, constituye un factor fundamental para atender el elevado número de embarazos no planeados en la adolescencia.

Enfatizar que la edad no constituye una contraindicación médica para otorgar métodos anticonceptivos a las personas adolescentes.

3.8 Consentimiento informado

El consentimiento informado es la manifestación de la actitud responsable y bioética del personal médico, que eleva la calidad de los servicios.

"El consentimiento informado se documenta en el expediente clínico mediante formatos que contienen la expresión tangible del respeto a la autonomía en el ámbito de la atención médica, mediante el cual el personal de salud le informa a la persona de forma veraz, objetiva y oportuna en calidad y en cantidad suficientes, sobre la naturaleza de su condición de salud y del procedimiento diagnóstico o terapéutico que se propone utilizar, los riesgos y beneficios que este conlleva y las posibles alternativas" (Lineamiento Técnico para la Atención del Aborto Seguro en México, edición 2022).

Es un derecho de las personas usuarias de los servicios, a través del cual ejercen su voluntad sobre la adopción del método anticonceptivo de su elección, previa información y explicación de los riesgos y beneficios asociados a su uso y/o aplicación.

En el caso de métodos anticonceptivos cuya aplicación dependa de la intervención del personal de salud como los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (dispositivo intrauterino, implante subdérmico) y los métodos permanentes, como la oclusión tubaria bilateral y la vasectomía, el consentimiento informado se debe obtener previo a la aplicación del método o realización del procedimiento quirúrgico, donde se especifica que se autoriza al personal de salud de la unidad a realizar dicha acción y se formaliza por escrito en una carta de consentimiento informado conforme a los requisitos establecidos en el numeral 10.1 de la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. Las personas que atestiguan deberán ser elegidas por la persona usuaria y podrán ser dos integrantes del personal de salud.

El proceso incluye:

- Corroborar si la persona usuaria ha comprendido la información.
- Otorgar o no el consentimiento, para que se lleven a cabo los procedimientos.
- Privilegiar la autonomía y establecer las condiciones necesarias para que se ejerza el derecho a decidir.
- No ir en contra de la voluntad de la persona usuaria competente, aun cuando la familia y/o la persona acompañante lo autorice.
- Informar siempre la posibilidad de revocar el consentimiento de forma libre cuando se desee.

- Entregar la carta de consentimiento informado con tiempo suficiente para que pueda ser leída, discutida y aclarada, antes de solicitar su firma de aceptación.
- La persona adolescente podrá hacerse acompañar por su madre, padre, tutor o representante legal o bien; manifestar que elige recibir los servicios de consejería sin ese tipo de acompañamiento, lo cual se hará constar a través del formato contenido en el Apéndice "C" Normativo de la Norma Oficial Mexicana NOM-047-SSA2-2015, Para la atención a la salud del Grupo Etario de 10 a 19 años de edad. Siempre deberá imperar el interés superior de la infancia y priorizarse la decisión de la persona usuaria menor de edad.

En el caso de personas con alguna discapacidad intelectual es necesario contar con la autorización de quien le represente legalmente, y siempre que sea posible, tener el asentimiento informado de la persona, así mismo en el caso de personas que hablan otra lengua o idioma es conveniente contar con traductor.

Para la Anticoncepción Post Evento Obstétrico el propósito del consentimiento informado es favorecer la autodeterminación de cada persona en cuanto a sus decisiones, respondiendo a sus necesidades y expectativas personales, reproductivas, sociales y de salud.

3.9 Seguimiento a la persona usuaria

Una vez que la mujer o la persona gestante ha resuelto su evento obstétrico, se realizan los trámites del egreso para efectos clínicos y administrativos y se le dará una cita de seguimiento antes de los siete días posteriores al de egreso, para ello se deberá:

- Sensibilizar a la persona para que acuda a sus revisiones programadas en el nivel de salud correspondiente.
- Dar seguimiento por parte del personal de salud médico y/o paramédico durante el puerperio como un punto clave para su salud reproductiva, si adoptó un método anticonceptivo, explicar la periodicidad de las citas en caso de efectos secundarios y/o de seguimiento.
- Abordar de manera exhaustiva los posibles efectos secundarios para disminuir el abandono del método anticonceptivo.
- Reforzar la consejería en cada visita de seguimiento, para vigilar el uso correcto del método.
- Recomendar el uso de la doble protección (condón externo o interno, más la alternativa anticonceptiva de su elección) para proteger de infecciones de transmisión sexual, como: Herpes genital, VPH, hepatitis C y VIH y/o Sida, etc.

“Tener presente que la persona puede acudir siempre que lo considere necesario”

Con la intención de no perder la continuidad del uso del método anticonceptivo se debe alentar a las personas usuarias a acudir a sus citas de seguimiento de manera oportuna. Realizar visitas domiciliarias o llamadas telefónicas a las personas usuarias que no acuden a las consultas de seguimiento para continuar con la prevención y promoción de la salud.

Para dar seguimiento a las personas usuarias que egresan de la unidad de salud u hospital después de un evento obstétrico, sin un método anticonceptivo, se debe otorgar o reforzar la consejería anticonceptiva, para la adopción de un método que le permita prevenir un nuevo embarazo.

En el Flujograma que se presenta a continuación se describe de manera resumida todo el proceso de APEO, durante el embarazo, la atención del evento obstétrico y el puerperio.

Flujograma para Anticoncepción Post Evento Obstétrico

Nota importante:
En todas las etapas, la atención se debe otorgar de conformidad con los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México.

Flujograma para Anticoncepción Post Evento Obstétrico

Nota importante:
En todas las etapas, la atención se debe otorgar de conformidad con los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México.

EOAPEOAPEOAPE

Capítulo 4

EOAPEOAPEOAPE

Opciones Anticonceptivas Disponibles para APEO

La persona que proporciona servicios de salud debe brindar información sobre las diferentes opciones anticonceptivas disponibles, con un lenguaje claro y preciso sobre las características del método, mecanismo de acción y efectividad anticonceptiva. Es muy importante mencionar los efectos esperados y secundarios de un determinado método, ya que esto incrementa la probabilidad de adherencia al mismo. La información que se proporcione debe ser en estricto apego a las recomendaciones emitidas en los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México posterior a un Evento Obstétrico considerando los siguientes aspectos:

1. Deseo de tener o no hijas o hijos

Es uno de los parámetros principales para recomendar el uso y el tipo de método anticonceptivo, ya sea temporal o permanente.

2. Paridad y/o fecundidad satisfecha

Se valoran las opciones de métodos anticonceptivos permanentes como la oclusión tubaria bilateral y/o la vasectomía.

3. Lactancia humana

La única limitación de opciones anticonceptivas está relacionada con el uso de anticonceptivos hormonales combinados, ya que los estrógenos pueden reducir la cantidad de leche humana e incrementan el riesgo de trombosis.

4. Evento Obstétrico Séptico

Se restringe el uso de opciones anticonceptivas locales en el tracto intrauterino, como los Dispositivos Intrauterinos.

5. Condiciones de salud de la persona (comorbilidades)

Se ofertan las opciones anticonceptivas de acuerdo con el estado de salud de la persona tomando en cuenta los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y

Uso de Métodos Anticonceptivos en México. Especial atención debe otorgarse en la atención de personas con Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Sobrepeso u Obesidad, Cardiopatía, Nefropatía, Cáncer de Mama, Cáncer Ginecológico, Enfermedad Trofoblástica Gestacional, Miomas con Distorsión de Cavidad Uterina, Enfermedad Pélvica Inflamatoria, Trombosis Venosa Profunda, Lupus Eritematoso Sistémico, Litiasis vesicular, Hepatopatías, Migraña, entre otros.

6. La etapa del puerperio

Se ofertan las diferentes opciones anticonceptivas recomendadas para cada una de las etapas del puerperio con o sin lactancia, de acuerdo con los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

Durante el Post Evento Obstétrico se puede elegir entre una gran variedad de anticonceptivos que incluyen métodos hormonales y no hormonales, de acción a corto o largo plazo, o de tipo permanente, incluyendo la Vasectomía. (Consultar tablas 4, 5 y 6).

El intervalo recomendado antes de intentar el próximo embarazo es de al menos 24 meses, y para el post aborto al menos 6 meses, con el fin de reducir los riesgos maternos y perinatales. Por lo tanto, es conveniente prolongar el intervalo entre los embarazos, y dar mayor énfasis a la información y prescripción de Métodos Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP).

Tabla 4
Prescripción de Métodos Anticonceptivos durante el Puerperio con Lactancia

METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA DISPONIBLE			INDICACIONES DE USO
OPCIONES ANTICONCEPTIVAS TEMPORALES	Hormonales con Progestágeno Solo	AOPS	Inmediatamente
		AIPS	Posterior a las 6 semanas
		IS	Inmediatamente
	Dispositivos Intrauterinos	No Hormonal	Dentro de las 48 horas posteriores al parto o después de 4 semanas
		Hormonal	
	Métodos anticonceptivos de barrera	Condón externo o masculino	En todo momento (doble protección)
		Condón interno o femenino	
	Método de Lactancia y Amenorrea		TRIADA PARA INDICAR ESTE MÉTODO: 1. Que la mujer o persona con capacidad de gestar esté con amenorrea 2. Con lactancia exclusiva a libre demanda con tomas no mayores a 3 horas, la persona recién nacida no debe consumir ningún otro alimento adicional 3. Que la mujer o persona con capacidad de gestar esté dentro de los seis meses posparto
OPCIONES ANTICONCEPTIVAS PERMANENTES	Oclusión Tubaria Bilateral		Postparto Transcesárea Post aborto
	Vasectomía		
OPCIONES ANTICONCEPTIVAS DE EMERGENCIA	Esquema de LNG		Primera opción el Anticonceptivo de emergencia hormonal
	Esquema de UPA		Suspender la lactancia materna por lo menos durante una semana después de la administración de la anticoncepción de emergencia

Fuente:
Lineamientos Técnicos para la Prescripción y uso de Métodos Anticonceptivos en México, 2022.

AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
IS: Implante subdérmico
LNG: Levonorgestrel
UPA: Acetato de Ulipristal

Tabla 5
Prescripción de Métodos Anticonceptivos durante el Puerperio sin Lactancia

METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA DISPONIBLE			INDICACIONES DE USO
Opciones anticonceptivas temporales	Hormonales combinados	AOC	Hasta los 21 días sin riesgo tromboembólico
		AIC	
		PAC	
		AVC	
	Hormonales con Progestágeno solo	AOPS	Inmediatamente
		AIPS	
		IS	
	Dispositivos intrauterinso	No hormonal	Dentro de las 48 horas posterior al parto o después de cuatro semanas
		Hormonal	
	Métodos anticonceptivos de barrera	Condón externo o masculino	En todo momento (doble protección)
		Condón interno o femenino	
Opciones anticonceptivas permanentes	Oclusión Tubaria Bilateral		Postparto Transcesárea Postaborto
	Vasectomía		
Opciones anticonceptivas de emergencia			

Fuente:
Lineamientos Técnicos para la Prescripción y uso de Métodos Anticonceptivos en México, 2022.

AOC: Anticonceptivos orales combinados
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
IS: Implante subdérmico

Tabla 6.
Prescripción de Métodos Anticonceptivos en el Post aborto

METODOLOGÍA ANTICONCEPTIVA DISPONIBLE			INDICACIONES DE USO	PROTECCIÓN ADICIONAL
Opciones anticonceptivas temporales	Hormonales combinados	AOC	Inmediatamente	Dentro de los primeros 7 días posteriores al aborto, no se requiere protección anticonceptiva adicional
		AIC		
		PAC		
		AVC		
	Hormonales con Progestágeno solo	AOPS	Inmediatamente	
		AIPS		
		IS		
	Dispositivos intrauterinos	No hormonal	• Aborto espontáneo: inmediatamente • Aborto inducido por medicamento: a partir del séptimo día después de la última dosis de misoprostol	Dentro de los primeros 12 días posterior al aborto, no se requiere protección anticonceptiva adicional
		Hormonal		
	Métodos Anticonceptivos de Barrera	Condón externo o masculino	En todo momento (doble protección)	
Opciones anticonceptivas permanentes	Oclusión Tubaria Bilateral			
	Vasectomía			

Fuente:
Lineamientos Técnicos para la Prescripción y uso de Métodos Anticonceptivos en México, 2022.

AOC: Anticonceptivos orales combinados
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
IS: Implante subdérmico

4.1 Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada (ARAP)

Los Anticonceptivos Reversibles de Acción Prologada (ARAP) son métodos anticonceptivos que cuentan con altas tasas de efectividad a largo plazo **y permiten recuperar la fertilidad al dejarlos de usar, además tienen pocas** contraindicaciones para su uso. Se consideran de larga duración debido a que una vez colocados su efectividad anticonceptiva es de 3 meses a 10 años, según el método elegido. En esta categoría se incluyen los implantes subdérmicos, los dispositivos intrauterinos en cualquiera de sus presentaciones y los hormonales inyectables de aplicación trimestral.[1]

La prevención de embarazos no planeados plantea la necesidad de introducir nuevas formas de tecnología anticonceptiva que no estén basadas en la toma diaria, semanal o mensual del anticonceptivo y que a la vez tengan una alta eficacia. (anexo 2)

4.1.1 Ventajas del uso de los ARAP

- Proporcionan protección anticonceptiva efectiva a largo plazo
- Pueden utilizarse inmediatamente en el post alumbramiento o post aborto
- Aumentan la necesidad satisfecha del uso de métodos anticonceptivos
- Favorecen un rápido retorno a la fertilidad
- No requieren consultas de seguimiento frecuentes, lo que favorece la continuidad en el uso del anticonceptivo
- Tienen mayor tasa de continuidad en comparación con los anticonceptivos reversibles de corta duración
- En el caso de los dispositivos intrauterinos y los implantes subdérmicos, no se altera la calidad y cantidad de leche humana

Es importante que en el interrogatorio se identifiquen las necesidades de cada persona de acuerdo a su condición médica, proyecto de vida y necesidades de planificación familiar o anticoncepción.

1. La literatura internacional considera como ARAP, en la mayoría de los casos, únicamente los implantes subdérmicos y los dispositivos intrauterinos en cualquiera de sus presentaciones. Sin embargo, en México se están incluyendo los hormonales inyectables de aplicación trimestral como una alternativa para quienes desean espaciar sus embarazos y no aceptan el DIU o los implantes, ya que tienen una efectividad anticonceptiva por tres meses y representan una buena opción durante el post aborto, así como para las mujeres o personas con capacidad de gestar que no alimentarán a sus bebés con lactancia materna.

4.2 Inicio rápido o “Quick Starting” de uso de métodos anticonceptivos

El inicio de un método anticonceptivo en un momento distinto al tradicionalmente sugerido (en los primeros días del ciclo menstrual) se denomina "Quick Starting" o “Inicio Rápido”. (anexo 2)

Se puede tener la certeza razonable de que la mujer o la persona con capacidad de gestar no está embarazada, cuando no presenta signos y síntomas de embarazo y además, contesta afirmativamente alguna de las seis preguntas que se integran en la lista de verificación.

La etapa de puerperio tardío y del post aborto son las opciones en donde se puede aplicar el Quick Starting, ya que la mujer o persona con capacidad de gestar pudo haber recuperado su capacidad fértil, por lo tanto, es necesario aplicar el cuestionario para tener la certeza razonable de que no está embarazada, contestando afirmativamente alguna de las seis preguntas que se integran en la siguiente lista de verificación.

Inicio rápido o "Quick Starting"

No	Lista de verificación	Sí
	1. ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días?*	
	2. ¿Se ha abstenido de tener coito vaginal sin protección desde su última menstruación, o desde el último parto o aborto espontáneo o inducido?	
	3. ¿Ha estado utilizando algún método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta desde su última menstruación, o desde su último parto o aborto espontáneo o inducido?	
	4. ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	5. ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia natural exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	6. ¿Ha tenido un aborto espontáneo o inducido en los últimos 7 días?*	

*Si la mujer prevé usar un DIU TCu, el período de 7 días se amplía hasta los 12 días.

Si la persona contesta que "No" a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación. Es necesario esperar el sangrado siguiente o realizar una prueba de embarazo al menos 21 días después de la última relación coital, para que la prueba tenga validez diagnóstica.

Si la persona responde que "Sí" al menos a una de las preguntas, se puede tener la certeza razonable de que la mujer o persona con capacidad de gestar no está embarazada.

Fuente:
Planificación Familiar. Un manual mundial para proveedores. (OMS, 2019).

El uso de algunos métodos anticonceptivos requiere adicionalmente que la persona se abstenga de tener relaciones sexuales o que utilice protección adicional (condón externo o interno) hasta que empiece su efectividad anticonceptiva.

Si un método anticonceptivo se inicia del primer al quinto día de la menstruación, no es necesaria la protección anticonceptiva adicional (inicio de manera tradicional).

Si un método anticonceptivo se inicia después de este período, el efecto anticonceptivo dependerá del mecanismo de acción de cada método y del tiempo que se necesite para alcanzar su efecto; por ello, para ciertos métodos, se requiere de protección anticonceptiva adicional, como se señala en el siguiente cuadro:

Efecto anticonceptivo y protección adicional con el tipo de método

Tipo de Anticonceptivo	Efecto anticonceptivo	Etapa de puerperio de acuerdo a CME	¿Requiere protección anticonceptiva adicional?
Hormonales Combinados (orales, inyectables, parches y anillo vaginal)	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Después de la sexta semana	Sí
Hormonales orales con progestágeno solo	Se alcanza hasta 2 días después de su inicio (48 horas)	En cualquier etapa del puerperio	Sí
Hormonales inyectables de progestágeno solo	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Después de las 6 semanas	Sí
Implante subdérmico	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	En cualquier etapa del puerperio	Sí
DIU hormonal	Se alcanza hasta 7 días después de su inicio	Después de las 4 semanas	Sí
DIU no hormonal	Inmediato	Después de las 4 semanas	No
Método de barrera	Inmediato	En todo momento	No

Fuente:
Adaptada de los Lineamientos Técnicos para la Prescripción y uso de métodos anticonceptivos en México, 2022

Es importante señalar que, aun cuando no se pueda descartar con absoluta seguridad la existencia de un embarazo temprano, la evidencia científica disponible señala que la exposición embrio-fetal temprana a hormonas anticonceptivas no genera impacto adverso en los resultados del embarazo (LTPPUMAM, 2022).

EOAPEOAPEOAPE

Capítulo 5

EOAPEOAPEOAPE

Inserción del dispositivo intrauterino en el Post Evento Obstétrico

5.1 Inserción de dispositivo Intrauterino en el posparto inmediato

Para la inserción del DIU, en los primeros 10 minutos posteriores a la atención del parto, durante la transcesárea, después del alumbramiento de la placenta, así como en el post aborto de más de 12 semanas de gestación, no debe usarse el aplicador que viene incluido en el empaque del dispositivo. Se debe utilizar la técnica con pinza o manual descrita más adelante.

La colocación del DIU debe hacerse después de asegurarse que no existe sangrado anormal y antes de suturar la episiotomía, en el caso de que esta se haya realizado. Existen dos técnicas para la colocación posparto: con pinza y manual.

5.1.1 Técnica con pinza

Se utilizan dos pinzas de anillos, una recta y una curva, así como dos valvas vaginales:

- Se toma el DIU con la pinza de anillos curva, procurando que el tallo vertical forme un ángulo de 45° con el tallo de la pinza, con el fin de alejar los hilos guía; la pinza se deja a la mano en la mesa de instrumentos.
- Con las valvas vaginales se expone el cérvix y con la pinza Foerster recta (no debe usarse pinza de Pozzi) se toma el labio anterior y se tracciona ligeramente para rectificar la posición del segmento del útero.
- Con la otra mano se toma y se introduce la pinza que sostiene el DIU, hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el labio anterior del cérvix y con esa mano ya libre, se palpa la parte más alta del útero.

- 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 y se le retira cuidando de no jalar los hilos, y se cortan éstos a dos centímetros por fuera del orificio externo del cérvix, cuando el DIU tiene hilos de 30 centímetros de longitud. Cuando el DIU tiene hilos de 12 a 15 centímetros de longitud, éstos no deben ser visibles a través del cérvix si la aplicación es correcta; luego se retira la pinza del cérvix y las valvas vaginales.
- Cuando son visibles los hilos guía en el post parto inmediato se debe retirar el DIU y colocar otro.
- Se recomienda utilizar la pinza curva larga de 28 a 32 centímetros para la inserción del DIU posparto, para tener menor riesgo de expulsión. (Ilustración 1)

Ilustración 1
Colocación del DIU en la pinza para su inserción

5.1.2. Técnica manual

- El DIU se coloca entre los dedos índice y medio con los **hilos guía en el dorso de la mano** (Ilustración 2).
- La otra mano se coloca en el abdomen sobre el fondo uterino.
- Se introduce la mano que porta el DIU a través del cérvix, hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad uterina cuidando de no jalar los hilos guía. Se cortan éstos como se indicó en la técnica con pinza, **EN CASO NECESARIO**

Ilustración 2
Colocación del DIU en la mano para su inserción (Los hilos guías deben quedar en el dorso de la mano para su adecuada colocación)

5.2 Inserción de dispositivo intrauterino transcesárea

- La colocación del DIU **debe hacerse** tras el alumbramiento de la placenta y después de asegurarse que no existe sangrado anormal **previo a la histerorrafia.** La colocación del DIU transcesárea también se realiza con pinza o manualmente.

5.2.1 Técnica con pinza

- Se utilizan dos pinzas de anillos Foerester: curva y recta.
- Después del alumbramiento se limpia la cavidad uterina y se coloca una piinza recta de Foerster en el borde superior de la histerotomía.
- El DIU se toma con una pinza de anillos curva en la misma forma que fue descrita para la inserción post parto.
- Con una mano se levanta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía, con la otra mano se introduce la pinza que sostiene el DIU hasta el fondo de la cavidad uterina.
- Se suelta la pinza que sostiene el borde superior de la histerotomía y con esa mano, mediante la palpación de la parte superior del útero, se verifica que la pinza con el DIU se encuentre en el fondo de la cavidad.
- Se libera el DIU y se retira la pinza con cuidado, para no jalar los hilos guía, dejando el extremo distal de estos en el segmento uterino. No es necesario sacar los hilos a la vagina a través del cérvix, ya que esto ocurrirá espontáneamente.

5.2.2 Técnica manual

- Se toma el DIU entre los dedos índice y medio en la misma forma descrita para su inserción post parto.
- La otra mano se coloca en la parte más alta del útero para verificar que el DIU llegue al fondo de la cavidad.
- Se introduce la mano que lleva el DIU a través de la histerotomía hasta el fondo de la cavidad uterina y se suelta éste.
- Se retira la mano de la cavidad cuidando no jalar los hilos guía. El extremo distal de estos se deja dentro del útero a nivel del segmento, ya que los hilos guía pasan espontáneamente a la vagina.

5.3 Inserción de dispositivo intrauterino en el post aborto

- Para la colocación del DIU en abortos de más de 12 semanas, se usará la técnica con pinza descrita en la colocación post parto.
- Para la colocación del DIU en abortos de 12 semanas o menos, debe efectuarse con el aplicador, usando la técnica descrita para el intervalo intergenésico.
- En el caso del post aborto atendido por aspiración, se recomienda la inserción inmediata del DIU pos-procedimiento.
- En el caso del post aborto con medicamentos se recomienda la inserción del DIU en cualquier momento si existe la certeza razonable de que la mujer o la persona gestante ya no está embarazada, por lo general siete días después de la última toma del Misoprostol.

5.4 Inserción de dispositivo intrauterino en el posparto mediato

Dentro de un lapso de 48 horas después del parto o cesárea, la colocación del DIU constituye un recurso en aquellas mujeres o personas con capacidad de gestar que no aceptaron la inserción inmediata del DIU posparto o transcesárea y que después de recibir consejería deciden de manera voluntaria que se les coloque este método antes de su egreso hospitalario y firman su hoja de consentimiento informado. En este caso, se informará a la persona acerca del procedimiento a seguir para la colocación del DIU y la importancia de su colaboración.

Se deberá trasladar a la mujer o persona con capacidad de gestar a la sala de exploración y colocarla en posición ginecológica, realizar antisepsia de genitales externos y cavidad vaginal.

Visualización del cérvix con espéculo o valva vaginal. Seguir la técnica de colocación con pinza, descrita en la sección 5.1. **EN ESTE CASO ES NECESARIO UTILIZAR PINZA LARGA** (Ilustración 3)

Ilustración 3
Pinza larga de 30 para colocación en el puerperio mediato

Durante el periodo comprendido entre las 48 horas posteriores a la atención del evento obstétrico y las cuatro semanas de puerperio, NO se recomienda la colocación del DIU, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3), por un incremento en el riesgo de expulsión en la etapa de la involución uterina.

Para la inserción de DIU en el consultorio médico o del servicio de planificación familiar se deben seguir los siguientes pasos:

Antes de la inserción:

- Explicar a la persona usuaria el procedimiento, duración y cuidados inmediatos (no realizar esfuerzos por unas horas).
- La persona usuaria deberá evacuar la vejiga antes del procedimiento.
- Informar que es posible que sienta alguna molestia o calambre durante la inserción, pero es tolerable.

Opcional. - Se puede administrar un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) 30 minutos antes de la inserción para ayudar a reducir los cólicos y dolor u otro analgésico en caso de que la mujer o la persona con capacidad de gestar presente alergia a los AINE. No se recomienda administrar ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación sanguínea.

Inserción

- Se llevarán a cabo los procedimientos de antisepsia.
- Realizar el examen ginecológico bimanual, para determinar el tamaño y la posición del útero.
- Hacer antisepsia de zona perianal.
- Colocar un espéculo vaginal para visualizar el cérvix, se realiza antisepsia del cuello uterino.
- Tomar el labio anterior del cuello uterino con una pinza Pozzi o Erina (labio posterior si el útero está en retroversoflexión) y mantener una tracción suave durante todo el procedimiento. Esta maniobra facilita la inserción, dado que reduce la angulación entre el canal cervical y la cavidad endometrial.
- Medir la profundidad y la posición del útero con el histerómetro (sonda uterina).
- Cargar el DIU en el aplicador mientras ambos están aún en el envase estéril.
- Insertar lenta y suavemente el aplicador con el DIU hasta tocar el fondo uterino, liberar el dispositivo y retirar el aplicador. Para cada dispositivo con aplicador, se recomienda seguir las instrucciones de inserción del empaque.
- Tener cuidado de no tocar la pared de la vagina ni las hojas del espéculo con el histerómetro, con la sonda uterina o el aplicador cargado con el DIU.
- Cortar los hilos del DIU, dejando que unos 2-3 centímetros se observen fuera del cuello uterino.
- Después de insertar el DIU, la mujer o la persona con capacidad de gestar debe permanecer en la mesa de exploración hasta que sienta que está lista para vestirse.

EOAPEOAPEOAPE

Capítulo 6

EOAPEOAPEOAPE

Monitoreo y Seguimiento

6.1 Registro de acciones de APEO

El personal de salud de las unidades de primer, segundo y tercer nivel de atención que otorga servicios de APEO, debe realizar un registro adecuado y oportuno de cada una de las actividades que proporciona, utilizando los formatos oficiales de la institución correspondiente.

Es de gran importancia asegurar el registro de información de cada una de las actividades que se realizan en cada uno de los niveles de atención, según corresponda, tanto en el área de hospitalización como en consulta ambulatoria, para monitorear y evaluar el avance de la estrategia de APEO, así como para apoyar las acciones de planeación, programación, presupuestación, evaluación y rendición de cuentas en cada una de las instituciones del Sistema Nacional de Salud.

Cada unidad médica deberá coordinarse con la institución correspondiente para asegurar el adecuado y oportuno registro, recopilación y procesamiento de información de los servicios de APEO, conforme a los formatos oficiales establecidos para el registro de estas actividades. Entre los datos esenciales para este fin, se encuentran los siguientes:

- Fecha de atención.
- Datos de identificación de la institución, de la unidad médica y de la persona que otorga la atención.
- Datos de identificación de la persona atendida.
- Características sociodemográficas de la persona atendida.
- Antecedentes gineco obstétricos.
- Tipo de evento obstétrico atendido.
- Tipo de método anticonceptivo aceptado por la persona atendida, en el puerperio inmediato, mediato o tardío.
- Razón de no aceptación de métodos anticonceptivos.

Adicionalmente, es importante asegurarse de contar en la unidad médica con la siguiente información y/o documentación:

- Registro de la información en el expediente clínico, el cual es el instrumento clave en el que quedan asentadas cada una de las atenciones otorgadas.
- Consentimiento informado para el uso de un método anticonceptivo, el cual debe estar debidamente requisitado y firmado por la persona usuaria, así como por el personal que dio la consejería y/o aplicó el método anticonceptivo.
- Registro sistemático de los métodos aceptados por la persona, por tipo de evento obstétrico.
- Formatos oficiales debidamente requisitados, de acuerdo con la normatividad de cada institución.

Al finalizar los procesos de atención, toda la información que se generó en la consulta se debe registrar en la historia clínica, asegurando que refleje una síntesis de lo que se acordó entre personal prestador de servicios y la persona usuaria.

Para el caso particular de la Secretaría de Salud, los formatos que se utilizan para el registro de la información de APEO son los siguientes:

En unidades hospitalarias de segundo y tercer nivel de atención, para el registro de eventos, obstétricos atendidos y aceptantes de APEO, por tipo de evento y tipo de anticonceptivo durante la estancia hospitalaria:

- Hoja de Hospitalización. SINBA-SEUL-14-P

En unidades de primer nivel de atención, para el registro de acciones de APEO intrahospitalarias (eventos obstétricos atendidos y aceptantes de anticonceptivos antes del egreso hospitalario):

- Hoja de Atención Obstétrica SINBA-SIS-12-P

En unidades de segundo y tercer nivel de atención, para el registro de acciones de APEO en consulta externa:

- Hoja de Hospitalización. Unidad de Consulta Externa SINBA-SIS-13-P

En unidades de primer nivel de atención para el registro de aceptantes durante el puerperio:

- Hoja diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar SINBA-SIS-CAPF-P

Adicionalmente, existen registros con fines estadísticos y registros para la entrega de métodos anticonceptivos, los cuales son útiles para dejar evidencia de las actividades realizadas y para su monitoreo; permitiendo implementar estrategias para reforzar la consejería y detectar factores de riesgo.

De conformidad con el artículo 7, fracción X de la Ley General de Salud, le corresponde a la Secretaría de Salud promover el establecimiento del Sistema Nacional de Información Básica en Materia de Salud. En ese sentido, la Norma Oficial Mexicana NOM-035-SSA3-2012 en Materia de Información en Salud, que tiene por objeto establecer los criterios y procedimientos que se deben seguir para producir, captar, integrar, procesar, sistematizar, evaluar y divulgar la Información en Salud, establece que los integrantes del Sistema Nacional de Salud (SNS), deben generar, integrar y entregar en tiempo y forma la Información en Salud de acuerdo a lo establecido en la normatividad y de conformidad con las disposiciones jurídicas aplicables.

A continuación, se muestra un ejemplo para realizar el concentrado mensual de las atenciones otorgadas previo al egreso del evento obstétrico (Tabla 7), o durante el puerperio posterior a su alta, con la intención de documentar la aceptación de un método anticonceptivo (tabla 8).

Tabla 7
Registro Mensual de Atenciones Otorgadas en el APEO
(antes del egreso hospitalario)

REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES OTORGADAS EN EL APEO (antes del egreso hospitalario)

Institución: _____ Tipo de Unidad: _____ Distrito: _____
Centro de Salud: _____ Nombre de la Unidad: _____
Mes: _____ Año: _____ Hospital: _____ CLUES: _____
Eventos Obstétricos Atendidos en el mes: _____

Evento obstétrico		Aceptantes de APEO N°	Tipo de Método Anticonceptivo										
Tipo	Cantidad N°		OTB N°	VSB N°	Implante		DIU Tcu N°	DIU medicado N°	Inyectable			Oral N°	Parche dérmico N°
					1 varilla N°	2 varillas N°			Mensual N°	Bimestral N°	Trimestral N°		
Aborto													
Parto													
Cesárea													
Total													

Elaborado por: _____

Nombre y firma

REGISTRO MENSUAL DE ATENCIONES OTORGADAS EN EL PUERPERIO

Institución: _____ Tipo de Unidad: _____ Distrito: _____
Centro de Salud: _____ Nombre de la Unidad: _____
Mes: _____ Año: _____ Hospital: _____ CLUES: _____
Eventos Obstétricos Atendidos en el mes: _____

Evento obstétrico		Aceptantes de APEO N°	Tipo de Método Anticonceptivo										
					Implante				Inyectable				
Tipo	Cantidad N°		OTB N°	VSB N°	1 varilla N°	2 varillas N°	DIU Tcu N°	DIU medicado N°	Mensual N°	Bimestral N°	Trimestral N°	Oral N°	Parche dérmico N°
Aborto													
Parto													
Cesárea													
Total													

Elaborado por: _____

Nombre y firma

6.2 Monitoreo y seguimiento de la Cobertura de Anticoncepción Post Evento Obstétrico

Es muy importante que las personas que tienen a su cargo la coordinación de las acciones de planificación familiar y anticoncepción a nivel federal, estatal, distrital o en unidades hospitalarias, efectúe sistemáticamente un monitoreo de las acciones que se están realizando en materia de APEO. El indicador más representativo para realizar esta actividad es la **Cobertura de Anticoncepción Post Evento Obstétrico.**

> El indicador de **Cobertura de APEO** representa el porcentaje de personas atendidas por algún evento obstétrico durante un tiempo específico, que iniciaron el uso de un método anticonceptivo inmediatamente después de la atención de su parto, aborto o cesárea, antes de su egreso hospitalario o durante el puerperio.

El indicador de cobertura de APEO se puede calcular de manera diaria, semanal, mensual, trimestral, semestral o anual, en todos los niveles (nacional, estatal, distrital y hospitales). A nivel hospitalario es deseable darle seguimiento de manera semanal

y mensual, sobre todo en aquellos hospitales que atienden una gran cantidad de eventos obstétricos. A nivel estatal, se recomienda que el indicador se analice al menos cada tres meses, a efecto de tomar las medidas correctivas necesarias en las áreas correspondientes.

Dadas las características de la prestación de servicios de APEO, existen varias alternativas para calcular este indicador, a efecto de poder monitorear no solo la eficiencia de los servicios, sino también la oportunidad y la efectividad de la atención. A continuación, se presentan las diferentes alternativas de cálculo recomendadas:

6.2.1 Cobertura total de APEO

El indicador de cobertura total de APEO tiene como propósito medir la eficiencia de los servicios de APEO. En el sentido estricto representa el porcentaje de mujeres que aceptaron posponer un nuevo embarazo o finalizar definitivamente su vida reproductiva usando un método moderno, ya sea de manera temporal o permanente, antes del egreso hospitalario o dentro de los 40 días posteriores a la atención de su evento obstétrico.

Fórmula:

$$\text{Cobertura de APEO (t)} = \left[\frac{\text{Total de personas que adoptan un anticonceptivo antes de su egreso hospitalario o durante el puerperio en un período t}}{\text{Total de personas a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) en ese período t}} \right] \times 100$$

En el numerador de este indicador se consideran todas las aceptantes de un método anticonceptivo, independientemente del tipo de método.

6.2.2 Cobertura oportuna de APEO

Corresponde al porcentaje de mujeres o personas gestantes a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) y adoptan un método anticonceptivo moderno antes de su egreso hospitalario.

Fórmula:

$$\text{Cobertura oportuna de APEO (t)} = \left[\frac{\text{Total de personas que adoptan un anticonceptivo antes de su egreso hospitalario en el período t}}{\text{Total de personas a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) en ese mismo períiodo t}} \right] \times 100$$

6.2.3 Cobertura efectiva de APEO

Corresponde al porcentaje de mujeres o personas gestantes a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) y antes de su egreso hospitalario adoptan alguno de los siguientes métodos anticonceptivos: OTB, DIU (TCU 380) y Medicado o implante subdérmico.

Fórmula

$$\text{Cobertura efectiva de APEO (t)} = \left[\frac{\text{Personas que adoptaron un método Quirúrgico, DIU, DIU Medicado o Implante subdérmico antes de su egreso hospitalario durante el período t}}{\text{Personas a las que se les atendió un evento obstétrico (parto, aborto o cesárea) en ese mismo período t}} \right] \times 100$$

6.2.4 Cobertura de APEO en adolescentes

Cada uno de los indicadores anteriormente descritos, se deben calcular también para la población adolescente. En este caso, en el numerador se consideran las aceptantes de anticonceptivos que son menores de 20 años y en el denominador, el total de eventos obstétricos atendidos de personas menores de 20 años.

Anexos

APEO

Anexo 1
Carta de Consentimiento Informado

Datos que debe integrar la CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO de acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico:

1.	Nombre de la Institución a la que pertenece el establecimiento médico
2.	Nombre o razón social del establecimiento médico
3.	Título del documento
4.	Lugar y fecha
5.	Acto autorizado
6.	Señalamiento de los riesgos y beneficios esperados del acto médico autorizado
7.	Autorización al personal de salud para la atención de contingencias y urgencias derivadas del acto autorizado, atendiendo al principio de libertad prescriptiva
8.	Nombre y firma de la persona que otorga la autorización
9.	Nombre y firma de dos personas que testifican
10.	Nombre completo y firma de quien realiza el acto autorizado

APEO

Anexo 2

Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos en el Post Evento Obstétrico

APEO

Tabla 1
Anticonceptivos Hormonales Combinados en Posparto con Lactancia

CONDICIONES	AOC	PAC	AVC	AIC	RECOMENDACIONES
a) < 6 semanas de post parto	4	4	4	4	Los estudios clínicos demuestran **resultados contradictorios** en cuanto a los efectos sobre la **continuidad o exclusividad de la lactancia** en mujeres y personas con capacidad de gestar expuestas a anticonceptivos combinados.
b) 6 semanas a < 6 meses post parto	3	3	3	3	No hay notificación de efectos sobre el crecimiento o enfermedades de los lactantes.
c) > 6 meses post parto	2	2	2	2	No se han demostrado efectos adversos en los lactantes expuestos a los anticonceptivos combinados a través de la leche materna; sin embargo, no existen estudios bien diseñados para determinar efectos graves o sutiles a largo plazo.

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

AOC: Anticonceptivos orales combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados

Tabla 2

Anticonceptivos Hormonales Combinados en Posparto sin Lactancia Materna

CONDICIONES	AOC	PAC	AVC	AIC	RECOMENDACIONES
a) <21 días					Evidencia:
1) sin factores de riesgo para Tromboembolismo Venoso (TEV)	3	3	3	3	Un estudio -examinó el uso de los AHC durante el período de post parto y encontró que las tasas de TEV eran más altas para las usuarias.
2) con factores de riesgo para TEV	4	4	4	4	
b) 21 a 42 días					
1) sin factores de riesgo para TEV	2	2	2	2	El riesgo de TEV es elevado durante el embarazo y el puerperio; este riesgo es mayor en las primeras 3 semanas, disminuyendo a niveles cercanos a la línea de base en 42 días post parto.
2) con factores de riesgo para la ETV	3	3	3	3	
c) > 42 días	1	1	1	1	Hasta sexta semana post parto con otros factores de riesgo para la TEV como inmovilidad, transfusión en el parto, IMC > 30 kg/m2, hemorragia post parto, cesárea, preeclampsia o fumar, el uso de los AHC puede suponer un aumento adicional del riesgo de TEV.

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015)
Organización Mundial de la Salud

AOC: Anticonceptivos orales combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados
TEV: Tromboembolismo Venoso

Tabla 3
Anticonceptivos Hormonales Combinados en el Post Aborto

CONDICIONES	AOC	PAC	AVC	AIC	RECOMENDACIONES
a) Primer trimestre	1	1	1	1	**Evidencia:** Las mujeres o personas con capacidad de gestar que comenzaron a tomar AHC después de un aborto en el primer trimestre no experimentaron más efectos secundarios, mayor sangrado o cambios en los parámetros de coagulación en comparación con un placebo, un DIU, o el retraso en la iniciación de los AHC. Las pruebas sobre las mujeres o personas con capacidad de gestar que utilizaron AVC después de un aborto en el primer trimestre no indicaron ningún evento adverso grave ni ninguna infección relacionada con el uso durante los tres ciclos de seguimiento posteriores al aborto.
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	
c) Aborto séptico	1	1	1	1	
Embarazo ectópico	1	1	1	1	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

AHC: Anticonceptivos Hormonales Combinados
AOC: Anticonceptivos orales combinados
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados

Tabla 4
Anticonceptivos Hormonales Combinados y Enfermedad Hipertensiva en el Embarazo

CONDICIONES	AOC	PAC	AVC	AIC	RECOMENDACIONES
Hipertensión durante el embarazo (presión sanguínea actual normal)	2	2	2	2	**Evidencia:** Las mujeres o personas con capacidad de gestar que usan AHC con historial de hipertensión en el embarazo tienen un mayor riesgo de IAM y TEV, comparado con las usuarias que no tuvieron hipertensión durante el embarazo. Los riesgos absolutos de Infarto agudo de miocardio y de TEV en esta población se mantuvieron disminuidos.

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015)
Organización Mundial de la Salud

AOC: Anticonceptivos orales combinados
AHC: Anticonceptivo hormonal combinado
PAC: Parche anticonceptivo combinado
AVC: Anillo vaginal anticonceptivo combinado
AIC: Anticonceptivos inyectables combinados
IAM: Infarto agudo al miocardio
TEV: Tromboembolismo Venoso

Tabla 5
Anticonceptivos Hormonales de Solo Progestina en el Posparto con Lactancia

CONDICIONES	AOPS	AIPS: AMPD/ EN_NET	IS: LNG/ ETG	RECOMENDACIONES
a) < 6 semanas de post parto	2	3	2	**Evidencia:** Las pruebas directas demuestran que los AHPS no tienen efectos perjudiciales en la lactancia, no demuestran ningún efecto perjudicial en el crecimiento, la salud o el desarrollo del lactante. Existe una preocupación en exponer al recién nacido a la AMPD/NOR durante las primeras 6 semanas después del parto. En muchos lugares los riesgos de morbilidad y mortalidad relacionados con el embarazo son altos y el acceso a los servicios es limitado. En tales entornos AMPD/EN_NET pueden estar entre los pocos métodos disponibles para las mujeres o personas con capacidad de gestar que amamantan después del parto.
b) 6 semanas a < 6 meses	1	1	1	
c) > 6 meses post parto	1	1	1	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud.

AHPS: Anticonceptivos Hormonales de progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
AMPD/EN_NET: Acetato de medroxiprogesterona de depósito/ Enantato de noretisterona
AMPD/NOR Medroxiprogesterona/Noretisterona
AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
IS: Implante subdérmico
LNG/ETG: Levonorgestrel/Etonogestrel

Tabla 6
Anticonceptivos Hormonales de Solo Progestágeno en el Posparto y Post Aborto

CONDICIONES	AOPS	AIPS: AMPD/ EN_NET	IS: LNG/ ETG	RECOMENDACIONES
Post parto sin lactancia				
a) <21 días	1	1	1	
b) > 21 días	1	1	1	
Post aborto				Los AHPS pueden iniciarse inmediatamente después del aborto.
a) Primer trimestre	1	1	1	
b) Segundo trimestre	1	1	1	
c) Aborto séptico	1	1	1	**Evidencia:** No hay efectos secundarios adversos cuando se inicia un implante de LNG o NET-EN después de un aborto en el primer trimestre.
Embarazo ectópico	2	1	1	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud. .

AHPS: Anticonceptivos hormonales con progestágeno solo
AOPS: Anticonceptivos orales con progestágeno solo
AIPS: Anticonceptivos inyectables con progestágeno solo
AMPD/EN_NET: Acetato de medroxiprogesterona de depósito/ Enantato de noretisterona
IS: Implante subdérmico
LNG/ETG: Levonorgestrel/Etonogestrel

Tabla 7
Dispositivo Intrauterino en el Posparto

CONDICIONES	DIU CU	DIU-LNG	RECOMENDACIONES
a) Posparto inmediato a < 48 horas			La inserción de un DIU pos alumbramiento, se asocia con menos tasas de expulsión que la inserción en el posparto tardío. La colocación post placentaria en la cesárea tiene menos expulsión que las inserciones vaginales pos placenta. Las complicaciones por perforación e infección no aumentan con la colocación del DIU en el posparto. Un ensayo encontró que la inserción inmediata del DIU-LNG se asoció con una disminución de la duración de la lactancia en comparación con la inserción tardía. Dos ensayos evaluaron la iniciación temprana vs tardía de los AHPS y no mostraron diferencia en la lactancia.
1) Lactando	1	2	
2) No lactando	1	1	
b)>48 horas < 4 semanas	3	3	
c)> 4 semanas	1	1	
d) Sepsis puerperal	4	4	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

DIU CU: DIU con cobre
DIU-LNG: DIU liberador de Levonorgestrel
AHPS: Anticonceptivos hormonales con progestágeno solo

Tabla 8
Dispositivo Intrauterino en el Post Aborto

CONDICIONES	DIU CU	DIU-LNG	RECOMENDACIONES
a) Primer trimestre b) Segundo trimestre c) Aborto séptico	1 2 4	1 2 4	El DIU puede ser insertado inmediatamente después del aborto del primer trimestre. **Evidencia:** No hubo diferencia en las complicaciones para la inserción inmediata vs. la tardía de un DIU después del aborto. La expulsión del DIU fue mayor en el aborto del segundo trimestre vs primer trimestre. No hay diferencia en la seguridad o las expulsiones de un DIU-LNG comparado con un DIU CU.
Embarazo ectópico	1	1	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015)
Organización Mundial de la Salud

DIU CU: DIU con cobre
DIU-LNG: DIU liberador de Levonorgestrel

Tabla 9
Anillo Vaginal Liberador de Progestageno en Posparto con Lactancia

CONDICIONES	CATEGORÍA	RECOMENDACIONES
Lactancia >4 semanas posparto	1	La mujer debe estar amamantando activamente para mantener la eficacia. No hay diferencia en cantidad y calidad de la lactancia entre las personas usuarias del AVPS en comparación con no hormonales o sólo de progestágeno durante 12 meses de observación. No se observaron diferencias significativas en el aumento de peso de los lactantes entre las usuarias de la AVPS en comparación con un anticonceptivo no hormonal, sólo de progestágeno y DIU. Un estudio no informó de ninguna diferencia significativa en la salud de los lactantes.

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

AVPS: Anillo vaginal de progestageno solo

Tabla 10
Anticonceptivos de Barrera en el Post Evento Obstétrico

CONDICIONES	Condón	Espermicida	Diafragma	RECOMENDACIONES
a)< 6 semanas posparto b) > 6 semanas posparto	1 1	1 1	NA 1	El diafragma y el capuchón no son adecuados hasta que la involución uterina esté completa.
a) Aborto primer trimestre b) Aborto segundo trimestre c) Post aborto séptico	1 1 1	1 1 1	1 1 1	El diafragma y el capuchón no son adecuados hasta 6 semanas después del aborto del segundo trimestre.
Embarazo ectópico	1	1	1	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015)
Organización Mundial de la Salud

Tabla 11
Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad en el Post Evento Obstétrico

CONDICIONES	SÍNTOMAS	CALENDARIO
Lactancia		
a) < 6 semanas después del parto	R	R
b) > 6 semanas	C	R
c) Después de que comience la menstruación	C	C
Post aborto		
(en personas no lactantes)		
a) < 4 semanas	R	R
b) > 4 semanas	A	R
Post aborto	C	R

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

A (aceptar)
C (cuidado)
R (retrasar)
E (especial)

Tabla 12
Oclusión tubaria bilateral en el Posparto

CONDICIONES	CATEGORÍA
a) < 7 días	A
b) < 42 días	R
c) > 42 días	A
d) Preeclampsia/eclampsia	
a) Preeclampsia leve	A
b) Preeclampsia grave/eclampsia	R
e) Ruptura prolongada de las membranas de 24 horas o más	R

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud.

A (aceptar)
C (cuidado)
R (retrasar)
E (especial)

Tabla 13
Oclusión tubaria bilateral en el Posparto

CONDICIONES	CATEGORÍA	RECOMENDACIONES
a) Sepsis puerperal, durante el parto o fiebre puerperal.	R	Si la persona está estable, la oclusión tubaria bilateral puede realizarse simultáneamente.
b) Hemorragia grave antes del parto o post parto.	R	
c) Traumatismo grave en el tracto genital (desgarro cervical o vaginal en el momento del nacimiento).	R	
d) Ruptura o perforación uterina.	E	

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos. (2015) Organización Mundial de la Salud

Tabla 14
Oclusión tubaria bilateral Post Aborto

CONDICIONES	CATEGORÍA
a) Sin complicaciones	A
b) Sepsis o fiebre Post aborto	R
c) Hemorragia grave	R
d) Traumatismo grave en el tracto genital (desgarro cervical o vaginal)	R

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos (OMS, 2015).

A (aceptar)
C (cuidado)
R (retrasar)
E (especial)

Tabla 15
Oclusión tubaria bilateral en el Post Aborto

CONDICIONES	CATEGORÍA	RECOMENDACIONES
e) Perforación uterina f) Hematometra agudo	E D	Si persona está estable, la oclusión tubaria bilateral puede realizarse simultáneamente.
Embarazo ectópico	A	El riesgo adicional está involucrado.

Fuente:
Adaptación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Métodos Anticonceptivos (OMS, 2015).

A (aceptar)
C (cuidado)
R (retrasar)
E (especial)

Anexo 3

Formatos utilizados para el cálculo del indicador de Cobertura de APEO

APEO

Hoja Diaria de Consultas y Atenciones de Planificación Familiar. SINBA-SIS-CAPF-P

Hoja de Atención Obstétrica Unidad de Consulta Externa. SINBA-SIS-12-P

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD

HOJA DE ATENCIÓN OBSTÉTRICA

EN UNIDADES DE CONSULTA EXTERNA Y ATENCIÓN AMBULATORIA EN HOSPITALES

SINBA-SIS-12-P

FECHA: | | | | MES AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD:

CLUES:

NOMBRE DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LLENADO:

DÍA	HORA DE ATENCIÓN	Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido) CURP	FECHA DE NACIMIENTO	ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO	INDÍGENA	MIGRANTE ①	AFROMEXICANA	EDAD	EXPEDIENTE	DERECHOHABIENCIA ②	SEMANAS DE GESTACIÓN	ATENCIÓN: PRIMERA VEZ	ATENCIÓN: SUBSECUENTE	ABORTO (MENOR A 500 GR Y/O 22 SEMANAS DE GESTACIÓN): IVE ③	ABORTO: ILE ④	ABORTO: ESPONTÁNEO ⑤	ABORTO: OTRAS CAUSAS ⑥	ATENCIÓN DURANTE EL TRABAJO DE PARTO: POSICIÓN DE BIRLEMENTE ELEGIDA POR LA USUARIA	PERIODO DE PULSO VOLTEN	POSICIÓN VERTICAL	ACOMPAÑAMIENTO PSICOSOCIO EMOCIONAL CONTÍNUO	MANEJO ACTIVO DEL TERCER PERIODO	MEDICAS NO FARMACOLÓGICAS PARA DISMINUIR EL DOLOR	CORTE TARDÍO DEL CORDÓN	TIPO DE PARTO: EUTÓCICO	TIPO DE PARTO: DISTÓCICO	CON PERSONA RECÉN NACIDA: ÚNICA	CON PERSONA RECÉN NACIDA: MÚLTIPLE	PERSONA RECÉN NACIDA – NACIDO VIVO – PRIMERA PERSONA: PESO	PRIMERA PERSONA: SEXO	PRIMERA PERSONA: APEGO INMEDIATO	PRIMERA PERSONA: DEFUNCIÓN	SEGUNDA PERSONA: PESO	SEGUNDA PERSONA: SEXO	SEGUNDA PERSONA: APEGO INMEDIATO	SEGUNDA PERSONA: DEFUNCIÓN	PERSONA RECÉN NACIDA – DEFUNCIÓN FETAL: PRIMERA PERSONA	PERSONA RECÉN NACIDA – DEFUNCIÓN FETAL: SEGUNDA PERSONA	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INSERCIÓN DE DIU	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INSERCIÓN DE DIU MEDICADO	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: OTB	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: ORAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INYECTABLE MENSUAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INYECTABLE BIMESTRAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: INYECTABLE TRIMESTRAL	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: IMPLANTE SUBDÉRMICO ⑤	PLANIFICACIÓN FAMILIAR: PARCHE DÉRMICO	DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN: TIPO DE PERSONAL ④	DATOS DEL PERSONAL QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN: CURP Y NOMBRE DEL PERSONAL QUE ATENDIÓ
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																														a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																														a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																														a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																														a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																														a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)
		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)																																															a b		CURP Nombre (Nombre(s), Primer Apellido, Segundo Apellido)

① MIGRANTE : 0.NO, 1.NACIONAL, 2.INTERNACIONAL, 3.RETORNADO
② DERECHOHABIENCIA : 1.NINGUNA, 2.IMSS, 3.ISSSTE, 4.PEMEX, 5.SEDENA, 6.SEMAR, 10.IMSS BIENESTAR, 11.ISSFAM, 14.OPD IMSS BIENESTAR, 8.OTRA, 99.SE IGNORA
③ TERAPÉUTICA: 1.MEDICAMENTO, 2.Aspiración (Incluye AMEU), 3.LUI, este último aplica sólo a Centros de Salud con Hospitalización y Centros de Salud con Servicios Ampliados
④ TPO DE PERSONAL: 1.MÉDICA(O) PASANTE, 2.MÉDICA(O) GENERAL, 3.MÉDICA(O) RESIDENTE, 4.MÉDICA(O) ESPECIALISTA, 5.PASANTE DE ENFERMERÍA, 6.ENFERMERA(O), 10.MÉDICA(O) TRADICIONAL INDÍGENA, 20.LICENCIADA(O) EN ENFERMERÍA Y OBSTÉTRICIA, 21.PARTERA(O) TÉCNICA(O)
⑤ IMPLANTE SUBDÉRMICO: a) De una varilla; b) De doble varilla

SIS-2024

Hoja de Hospitalización Unidad de Consulta Externa. SINBA-SIS-13-P

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN
UNIDAD DE CONSULTA EXTERNA

SINBA-SIS-13-P

FECHA: MES | AÑO

NOMBRE DE LA UNIDAD:	EXISTENCIA DEL MES ANTERIOR		CAMAS CENSABLES EN SERVICIO
	INGRESOS		
CLUES:	EGRESOS		
RESPONSABLE LLENADO:	EXISTENCIA A FIN DE MES		
	DÍAS PACIENTE EN EL MES		

NOMBRE Y/O EXPEDIENTE	DERECHOHABIENCIA	EDAD	SEXO	INGRESO						HOSPITALIZACIÓN					EGRESO												
											INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA				DIAGNÓSTICO PRINCIPAL						MOTIVO					
												PLANIFICACIÓN FAMILIAR															
				PRIMERA VEZ	REINGRESO	PROGRAMADO	URGENCIA	DÍA	HORA	CAMA	PRINCIPAL	INSERCIÓN DIU	OTB	VASECTOMÍA TRADICIONAL	DIABETES MELLITUS	HIPERTENSIÓN ARTERIAL	EPOC	ATENCIÓN OBSTÉTRICA	OTRO	DÍA	CURACIÓN	MEJORÍA	OTRA UNIDAD	VOLUNTARIO	DEFUNCIÓN	DÍAS ESTANCIA
TOTAL																											

SIS-2024

GOBIERNO DE MÉXICO | SALUD

HOJA DE HOSPITALIZACIÓN

SINBA-SEUL-14-P DGIS

CLUES: Edo | Institución | Consecutivo | Ver

FOLIO:

PACIENTE

NOMBRE: Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

C.U.R.P.: | FECHA DE NACIMIENTO: Día Mes Año | ENTIDAD O PAÍS DE NACIMIENTO:

EDAD CUMPLIDA: Horas (en menores de 24 hrs) | Días (en menores de 30 días) | Meses (en menores de un año) | Años (1 año y más)

¿NACIÓ EN EL HOSPITAL?: 1 Sí 2 No (Menores de 3 meses) | SEXO: 1 Hombre 2 Mujer 3 Intersexual | PESO: kg + g | TALLA: cm | ESTADO CONYUGAL:

AFILIACIÓN A LOS SERVICIOS DE SALUD: 0 No especificado 1 Ninguna 2 IMSS 3 ISSSTE 4 PEMEX 5 SEDENA 6 SEMAR 8 Otra 10 IMSS Bienestar 11 ISSSTAT 14 OPD IMSS Bienestar

NÚM. AFILIACIÓN: | GRATUIDAD: 1 Sí 2 No | 99 Sin ignorar

¿SE CONSIDERA INDÍGENA?: 1 Sí 2 No | ¿HABLA ALGUNA LENGUA INDÍGENA?: 1 Sí 2 No | ¿CUÁL?: Especifique

(Los menores de 3 años que sean hijos de alguna persona que se asume indígena, serán considerados como tales.)

¿SE CONSIDERA AFROMEXICANO?: 1 Sí 2 No | ¿ES MIGRANTE RETORNADO?: 1 Sí 2 No

(Aquella persona de nacionalidad mexicana que vive en el exterior y regresa al país de forma voluntaria, involuntaria, o temporal (paisanos).)

DOMICILIO

ENTIDAD O PAÍS DE RESIDENCIA: | MUNICIPIO O ALCALDÍA:

LOCALIDAD: | CÓDIGO POSTAL: | TIPO DE LA VIALIDAD:

NOMBRE DE LA VIALIDAD: | NÚM. EXT.: | NÚM. INT.: | TIPO DE ASENTAMIENTO:

NOMBRE DE ASENTAMIENTO: | TELÉFONO:

ESTANCIA

EXPEDIENTE: | TIPO DE SERVICIO: 1 HOSPITALIZACIÓN (NORMAL) 2 CORTA ESTANCIA

INGRESO: Día Mes Año | DE INGRESO: | SEGUNDO: | TERCERO: | DE EGRESO:

EGRESO: Día Mes Año | ESTANCIA EN SERVICIOS DE APOYO: Terapia intensiva Días Horas | Terapia intermedia Días Horas

PROCEDENCIA: 1 Consulta Externa 2 Urgencias 3 Referido (Unidad médica) (Especifique CLUES) 4 Consulta psicológica 5 Otra (Especifique)

MOTIVO DE EGRESO: 1 Curación 2 Mejoría 3 Voluntario 4 Traslado a otra Unidad Médica (Especifique CLUES) 5 Defunción — CERTIFICADO PÚBLICO: 1 Sí 2 No | FOLIO DEL CERTIFICADO: | 6 Fuga 7 Otros motivos

MUJER EN EDAD FÉRTIL: 1 Embarazo 2 Puerperio (de 0 a 42 días después del evento obstétrico) 3 No estaba embarazada ni en puerperio

AFECCIONES TRATADAS (DIAGNÓSTICOS FINALES AL EGRESO. DEBE SER LLENADO POR EL MÉDICO RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN). | CÓDIGO-CIE

AFECCIÓN PRINCIPAL: 1 Primera vez 2 Subsecuente

CONSIDERACIONES 1. 2. 3. 4. 5. 6.

RESELECCIÓN AF. P. | Sólo para tumores

CAUSA EXTERNA (Especifique los acontecimientos, circunstancias y condiciones que causan la lesión):

Para uso exclusivo del personal médico

INFECCIÓN INTRAHOSPITALARIA: 1 Sí 2 No

PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS, TERAPÉUTICOS Y QUIRÚRGICOS:

En este apartado se deberán incluir ADEMÁS los procedimientos obstétricos maternos-neonatal (parto en posición vertical, apego inmediato madre y neonato, reanimación neonatal, posicionamiento, y manejo activo de tercer periodo del trabajo de parto).

ANESTESIA	QUIRÓFANO			CLUNP o CED. MÉDICO RESP. DEL PROCEDIMIENTO	CÓDIGO CIE - 9 MC
TIPO	CENTRO	HOSPITAL	FUERA		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		
	1	2	3		

Para uso exclusivo del personal médico

TIPO DE ANESTESIA: 1 General 2 Regional 3 Sedación 4 Local 5 Combinada 6 No usó

LLENADO DE HOJA DE ATENCIÓN POR VIOLENCIA Y/O LESIÓN: 1 Sí 2 No

FOLIO DE LA HOJA DE LESIONES:

ATENCIÓN OBSTÉTRICA

HISTORIA GINECOBSTÉTRICA: Gestas | Partos | Abortos | Cesáreas

SEMANAS DE GESTACIÓN: | ¿EXTRACCIÓN O EXPULSIÓN?: 1 Sí 2 No

PLANIFICACIÓN FAMILIAR: 0 Ninguna 1 Hormonal oral 2 Inyectable mensual 3 Inyectable bimensual

TIPO DE ATENCIÓN: 1 Aborto 2 Parto

PRODUCTO DEL EMBARAZO: 4 Implante subdérmico 5 Dispositivo intrauterino 6 Preservativo femenino

TIPO PROCEDIMIENTO DE ABORTO: 1 LU 2 AMEU 3 Medicamento 7 Preservativo masculino 8 DIU medicado 9 Parche dérmico 10 OTB

TIPO DE PARTO: 1 Eutócico 2 Distócico vaginal 3 Cesárea 1 Único 2 Gemelar 3 Tres o más 11 Otro (Especifique) 12 Inyectable trimestral

DATOS DE LOS PRODUCTOS

CONDICIÓN AL NACIMIENTO		CONDICIÓN DEL NACIDO VIVO AL EGRESAR LA MADRE			INDICAR FOLIOS DE CERTIFICADOS (NACIMIENTO, DEFUNCIÓN O MUERTE FETAL, SEGÚN SEA EL CASO)	PARA TODO NACIDO VIVO			
		VIVO		MUERTO		APGAR A LOS 5 MIN.	REANIMACIÓN NEONATAL AVANZADA	ALOJAMIENTO CONJUNTO	LACTANCIA EXCLUSIVA
NACIMIENTO	ANTECEDENTE	ALTA CONJUNTA	HOSPITALIZACIÓN		CURP				
1	2	1	2	3			1 Sí 2 No	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
1	2	1	2	3			1 Sí 2 No	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No
1	2	1	2	3			1 Sí 2 No	1 Sí 2 No	1 Sí 2 No

HOSPITALES PSIQUIÁTRICOS

TIPO DE UNIDAD: | Servicios:

HOSPITAL CONTINUO: 1 — 1 Psicogeriatría 2 Psiquiatría 3 Psicogeriatría 4 Unidad de desintoxicación 5 Niño psiquiátrico 6 Otros 9 No especificado

HOSPITAL PARCIAL: 2 — 1 Día 2 Noche 3 Fin de semana 4 Otros 9 No especificado

UNIDAD DE CUIDADOS ESPECIALES: 3

PROFESIONAL DE LA SALUD RESPONSABLE:

NOMBRE: Nombre(s) | Primer Apellido | Segundo Apellido

C.U.R.P.: | CÉDULA PROFESIONAL: | FIRMA:

SEUL - 2009

Hoja de Hospitalización, SINBA-SEUL-14-P

Nota Aclaratoria

Debido a la evolución del lenguaje inclusivo y al reconocimiento de los derechos de todas las personas con capacidad de gestar, en este documento se hace referencia a 'mujeres' en ciertas secciones. Sin embargo, esta referencia se basa en citas textuales y nombres de programas que aún no han adoptado un lenguaje inclusivo. El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, respeta y promueve los derechos reproductivos de todas las personas con capacidad de gestar, independientemente de su identidad de género. Esta aclaración busca garantizar que el contenido sea entendido en su contexto más amplio y respetuoso.

Esta nota aclaratoria tiene como objetivo:

1. **Incluir y reconocer:** Asegurarse de que todas las personas con capacidad de gestar se sientan incluidas y reconocidas, independientemente de su identidad de género.

2. **Claridad y transparencia:** Proveer claridad sobre el uso del lenguaje y la terminología en el documento, y asegurar que los lectores comprendan el contexto en el que se utiliza.

3. **Adherencia a Derechos Humanos:** Alinear el documento con las mejores prácticas y directrices de derechos humanos, promoviendo un enfoque inclusivo y respetuoso.

Referencias Bibliográficas

1. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (06-03-2020). Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, texto vigente http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/1_201219.pdf
2. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión, (12-07-2018) Ley General de Salud https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref114_12jul18.pdf
3. Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28-09-2012). Reglamento de la Ley General de Población https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/regley/Reg_LGP.pdf
4. Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH). (2017). Derechos sexuales y reproductivos: un asunto de derechos humanos. https://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/cartillas/2015-2016/car-Derechos-sexuales-reproductivos.pdf
5. Diario Oficial de la Federación (13-07-1996). Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1995-2000. https://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4899641&fecha=13/09/1996#gsc.tab=0
6. Family Care International (1998). La Iniciativa por una Maternidad sin Riesgos . https://omm.org.mx/wp-content/uploads/2020/04/Blog-58_La-Iniciativa-por-una-Maternidad-Sin-Riesgo.pdf
7. Family Plannig. (2022). ¿Quién proporciona servicios de planificación familiar? https://fphandbook.org/es/quien-proporciona-servicios-de-planificacion-familiar
8. Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2021). Guía para la Prescripción de Métodos Anticonceptivos Reversibles de Acción Prolongada en la población Adolescente
   https://mexico.unfpa.org/es/publications/gu%C3%ADa-para-la-prescripci%C3%B3n-de-m%C3%A9todos-anticonceptivos-reversibles-de-acci%C3%B3n-prolongada
9. Gobierno de México. (2020). Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024.
   https://framework-gb.cdn.gob.mx/landing/documentos/PND.pdf
10. Ipas. (2017). Acompañamiento y consejería a mujeres en situación de aborto, Manual para fortalecer la atención en los servicios públicos de salud, https://ipasmexico.org/pdf/IpasMx-2020-ManualConsejeriaAborto.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. (2014). Estrategias para la programación de la planificación familiar postparto (who.int). https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241506496
12. Organización Panamericana de la Salud, Fondo de Población de las Naciones Unidas y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2018). Acelerar el

progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe https://www.unicef.org/lac/media/1336/file/PDF_Acelerar_el_progreso_hacia_la_reducci%C3%B3n_del_embarazo_en_la_adolescen.pdf.

13. Oyarzun Ebensperger, Enrique. (2018). A PROPOSITO DE INTERVALO INTERGENÉSICO. Revista chilena de obstetricia y ginecología. https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100004
14. Peipert, J. F., Zhao, Q., Allsworth, J. E., Petrosky, E., Madden, T., Eisenberg, D., & Secura, G. (2011). Continuation and satisfaction of reversible contraception https://journals.lww.com/greenjournal/abstract/2011/05000/continuation_and_satisfaction_of_reversible.12.aspx
15. Secretaría de Salud. CNEGSR. (2002). Anticoncepción posparto, transcesárea, poscesárea, y posaborto. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/DOCSAL7204.pdf
16. Secretaría de Salud. (2015). Guía Nacional para la Integración y el Funcionamiento de los Comités de Hospitalarios de Bioética. Comisión Nacional de Bioética. https://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/_registrocomites/Guia_CHB_Final_Paginada_con_forros.pdf
17. Secretaría de Salud. (2012). Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico 2012. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=0
18. Secretaría de Salud. (2016). Norma. Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-2016. Para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida. http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/007ssa23.html#:~:text=Norma%20Oficial%20Mexicana%20NOM-007,para%20la%20prestaci%C3%B3n%20del%20servicio
19. Secretaría de Salud. (2022). Lineamientos Técnicos para la Prescripción y Uso de Métodos Anticonceptivos en México https://www.gob.mx/salud/cnegsr/articulos/lineamientos-tecnicos-para-la-prescripcion-y-uso-de-metodos-anticonceptivos-en-mexico-310155
20. Secretaría de Salud. (2021). Programa de Acción Específico de Salud Sexual y Reproductiva (2020-2024) https://www.gob.mx/salud/documentos/programa-de-accion-especificao
21. Secretaría de Salud. (17-08-2020). Programa Sectorial de Salud 2019-2024, https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5598474&fecha=17/08/2020#gsc.tab=0
22. Secretaría de Acceso a la Salud. Argentina. (2021). Guía Anticoncepción inmediata Post Evento obstétrico AIPEO. http://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2021-12/Guia_AIPEO_Anticoncepcion%20_inmediata_pos_evento_obstetrico.pdf
23. Zavala-García, Abraham, Ortiz-Reyes, Heidy, Salomon-Kuri, Julie, Padilla-Amigo, Carla, & Preciado Ruiz, Raymundo. (2018). Periodo intergenésico: Revisión de la literatura. Revista chilena de obstetricia y ginecología. https://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000100052