



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**

CRITERIOS MEDICOS DE ELEGIBILIDAD DE METODOS ANTICONCEPTIVOS OMS 5ta Edición- 2015

Dr Rodolfo Gomez Ponce de Leon

Asesor Regional de Salud Sexual y Reproductiva

CLAP SMR OPS OMS

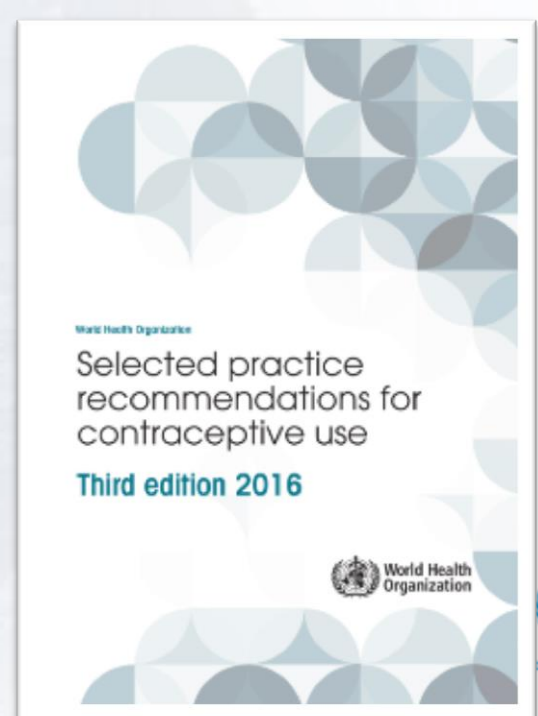
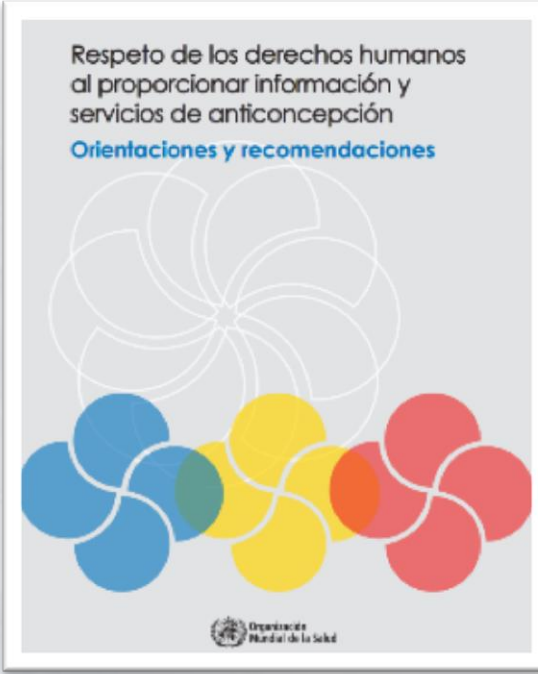
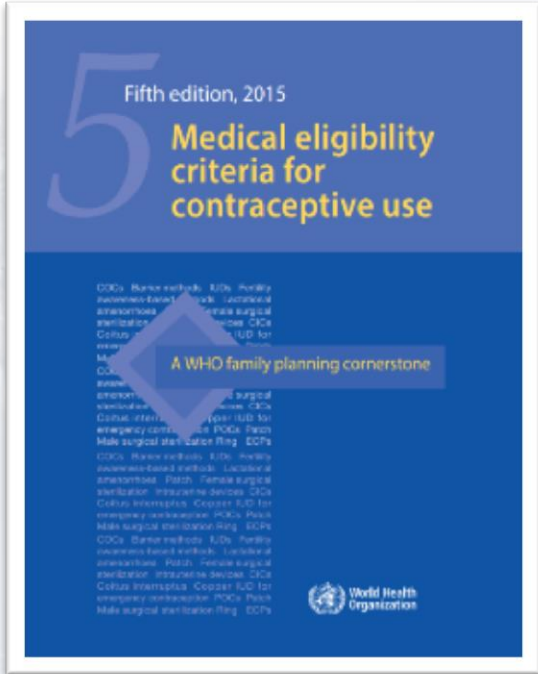
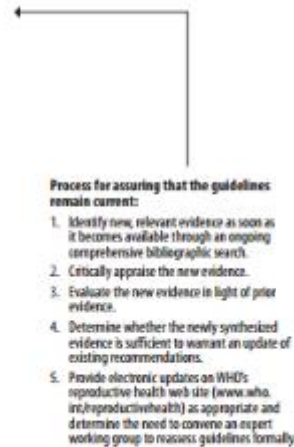
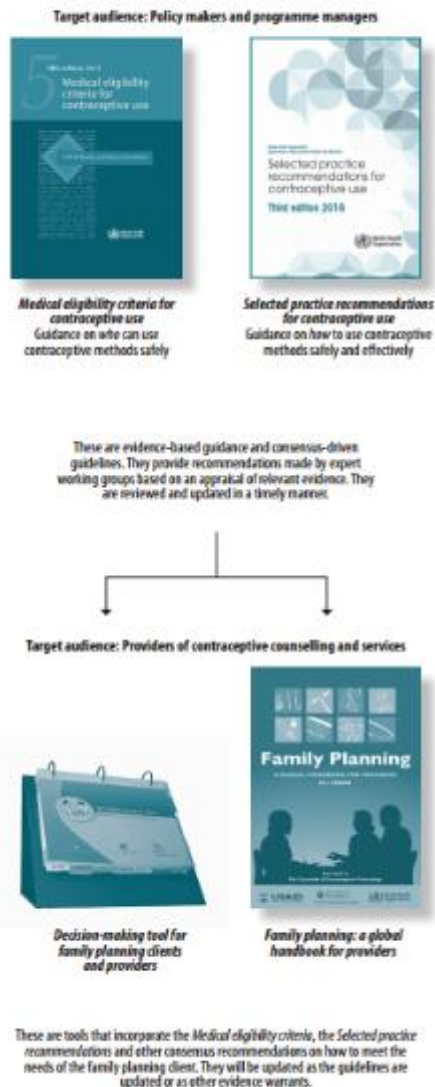


Figure 1. The four cornerstones of family planning guidance



Summary of changes within the *Selected practice recommendations for contraceptive use, third edition*

Five new contraceptive methods were added in this edition:

- Sino-Implant (II)[®] – a 2-rod implant, each rod containing 75 mg of levonorgestrel
- subcutaneously administered depot medroxyprogesterone acetate (DMPA-SC)
- combined hormonal transdermal contraceptive patch

- combined contraceptive vaginal ring (CVR)
- ulipristal acetate emergency contraceptive pills (UPA-ECPs).

One new question was considered in this edition:

- When can a woman resume or start regular contraception after using emergency contraception?



4a. Emergency contraceptive pills (ECPs): ulipristal acetate (UPA-ECPs), LNG-only (LNG-ECPs) or combined estrogen–progesterone (combined ECPs)

4.1 A woman should take a dose of UPA-ECP as early as possible after intercourse within 120 hours.	Low	Strong
4.2 LNG-ECPs or UPA-ECPs are preferable to combined ECPs because they cause less nausea and vomiting. Routine use of anti-emetics before taking ECPs is not recommended. Pretreatment with certain anti-emetics can be considered depending on availability and clinical judgement.	Range: Moderate to low	Strong
4.3 If the woman vomits within 3 hours after taking a dose of UPA-ECP, she should take another dose as soon as possible.	No direct evidence	Strong

4b. Resumption or initiation of regular contraception after using emergency contraception

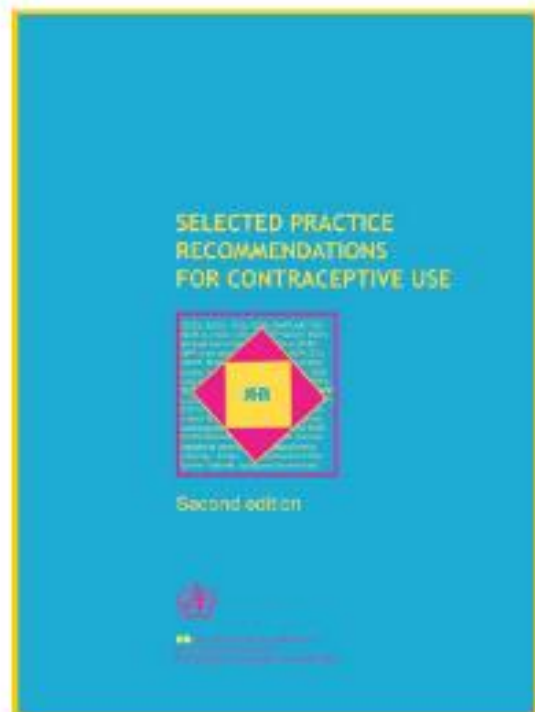
4.4 Following administration of LNG-ECPs or combined ECPs, a woman may resume her contraceptive method, or start any contraceptive method immediately, including a copper-bearing intrauterine device (Cu-IUD).	No direct evidence	Strong
4.5 Following administration of UPA-ECPs, the woman may resume or start any progestogen-containing method (either combined hormonal contraceptives or progestogen-only contraceptives) on the 6th day after taking UPA. She can have an LNG-IUD inserted immediately if it can be determined that she is not pregnant. She can have the Cu-IUD inserted immediately.	No direct evidence	Conditional

Human Rights and Contraception

- ❑ Offer recommendations on how to ensure human rights are respected, protected and fulfilled
- ❑ Health data and international human rights laws and treaties were considered as part of the guidance development.
- ❑ Complements existing WHO recommendations addressing sexual and reproductive health
- ❑ Related documents:
 - Framework document
 - Quantitative indicators
 - Implementation guide



Selected practice recommendations for contraceptive use (SPR)



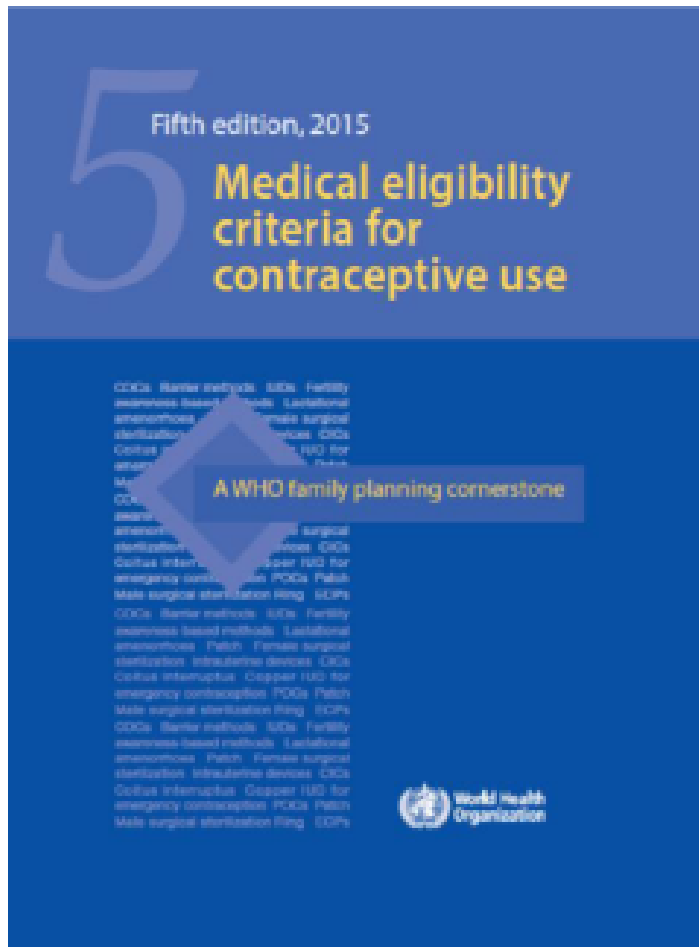
Purpose: How can contraceptive methods be provided safely ?

- Topics include:
 - initiation & continuation
 - switching methods
 - management of problems
 - dosing errors
 - exams & tests
 - follow-up
 - ruling out pregnancy

- Upcoming 3rd edition
 - 5 additional contraceptive methods
 - new guidance on initiating regular contraception after ECP use
 - 're-vamped' format to facilitate use

2001, 2004, 2008 update, **2016**

Medical eligibility criteria for contraceptive use (MEC)



Purpose: Who can safely use contraceptive methods?

- ❑ Offers ≈ 2000 recommendations for 25 methods
- ❑ Conditions represent either:
 - A physiological status (e.g. parity, breastfeeding),
 - A group with special needs (adolescents, perimenopausal women)
 - A health problem (e.g. headache, irregular bleeding)
 - A known pre-existing medical condition (e.g. hypertension, STI, diabetes)

1996, 2000, 2004, 2009, 2015

Nuevos métodos



AMPD subcutánea



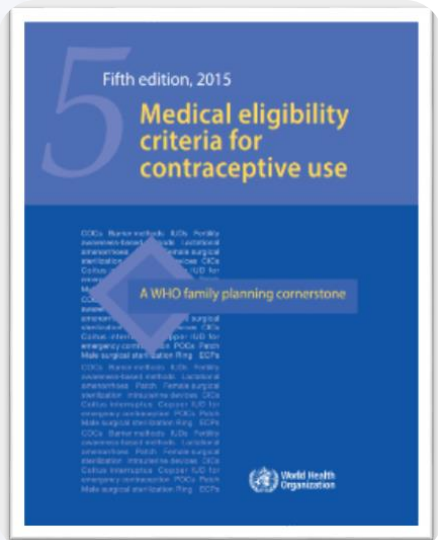
Sino-implant II
(implante de LNG)



Anillo vaginal de progesterona



Acetato de ulipristal



Acetato de Medroxiprogesterona, sc.



- Depo-subQ provera 104[®] o Sayena[®], Pfizer
- 104mg en 0.65mL (dosis 30% menor).
- Suprime la ovulación a lo largo de 3 meses.
- Efectividad anticonceptiva de 99.9%.
- Alteraciones menstruales y en la densidad mineral ósea.
- Autoaplicable y aceptable

Jain J, et al. Contraception 2004;70:269-75.

Título de la presentación

AMPD-SC: Resumen de la evidencia

❑ **Obesidad (8 estudios)**

Efectividad anticonceptiva, cambios en el peso y otros eventos adversos.

❑ **Edad (3 estudios)**

Disminución de DMO, no diferencias en cambios de peso o patrones de sangrado por grupo de edad.

❑ **Endometriosis (2 estudios)**

Disminución de DMO, pocos efectos adversos graves.

❑ **HIV (1 estudio)**

No diferencia en eventos adversos serios (SC vs. IM)

❑ **Mujeres sanas (3 estudios)**

DMPA-SC puede ser similar a DMPA-IM

Dragoman MV. Contraception 2016: In press

Título de la presentación

AMPD-SC

- ❑ Las recomendaciones para AMPD existentes en los Criterios Médicos de Elegibilidad no cambian debido a la inclusión del AMPD-SC como nuevo método.

Sino implant II



- 150mg de levonorgestrel
- Alta efectividad durante 4 años: 0.9-1.06%
- Inhibe ovulación
- Manufactura china, bajo precio
- Recomendaciones comunes a implantes.

Steiner MJ, et al. Contraception 2010;81:197-201.

Anillo vaginal liberador de progesterona (AVP)



- Libera aprox. 10mg al día de progesterona
- Concentración en suero: 7 ng/mL
- Duración: 90 días. Efectividad: >98.5%
- Para uso durante la lactancia, desde 4^a. semana post-parto
- Inhibe ovulación y altera moco cervical
- Sin efectos adversos en leche o infante
- Registrado en 9 países de Latinoamérica

Nath A, et al. Contraception 2010;82:428-34.

Acetato de Ulipristal (UPA)



- Modulador selectivo de los receptores de progesterona.
- Dosis única de 30mg.
- Inhibe o retarda la ovulación.
- Administración: durante los 5 días post-coito.
- En 232 embarazos con exposición involuntaria no se observaron efectos teratogénicos.

Raymond EG. New Engl J Med 2015;372:1342-48.

Nuevas recomendaciones en anticoncepción de emergencia

Condición	AOC	LNG	UPA
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad	1	1	1
Enfermedad cardiovascular grave	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática (incluyendo ictericia)	2	2	2
Inductores de CYP3A4	1	1	1
Uso repetido de la píldora anticonceptiva de emergencia	1	1	1
Violación	1	1	1

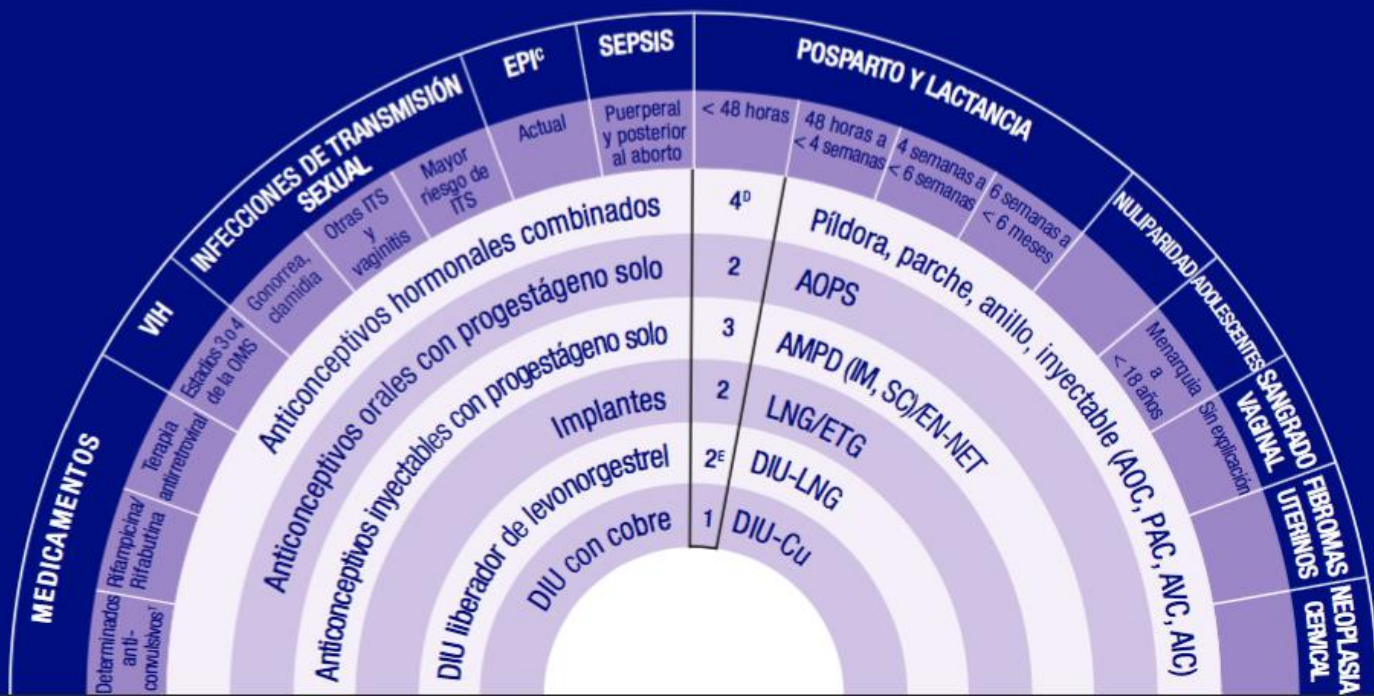
AOC= anticonceptivos orales combinados; LNG = levonorgestrel; UPA = acetato de ulipristal; NA= not applicable



OMS



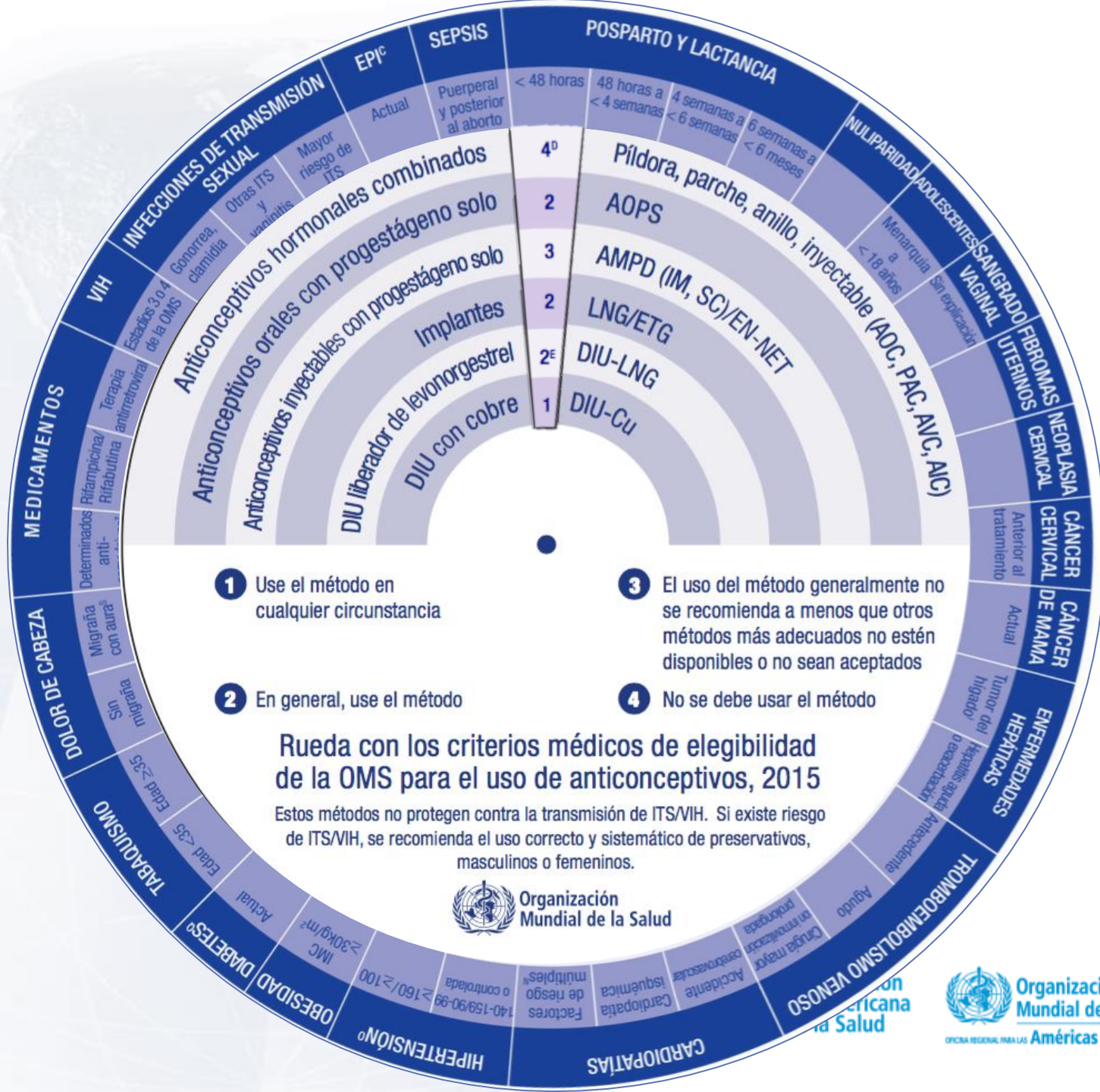
RUEDA CON LOS CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS 2015



Cómo usar esta rueda

La rueda hace coincidir los métodos anticonceptivos, que se muestran en la rueda interna, con las características o condiciones médicas específicas que se muestran en el borde externo. Los números que se muestran en el espacio de visualización indican si la mujer que tiene esta característica o condición médica conocida puede comenzar a utilizar el método anticonceptivo:

CATEGORÍA	CON CRITERIO CLÍNICO	CON CRITERIO CLÍNICO LIMITADO
1	Use el método en cualquier circunstancia	SÍ (Use el método)
2	En general, use el método	
3	El uso del método generalmente no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados	NO (No use el método)
4	No se debe usar el método	



- A** Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.
- B** Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.
- C** Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.
- D** Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.
- E** Si no está amamantando = 1.
- F** Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

G Si es ≥ 6 semanas y no está amamantando = 1.

H Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.

I Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).

J Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.

K AIC = 3

L Si está en terapia anticoagulante = 2.

M Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.

N Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias conocidas.

O Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.

P Si tiene <18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.

Q Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes >20 años de duración, AOC/PAC/AVC, AIC = 3/4; AMPD, EN-NET = 3.

R Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2. Si ≥ 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AVC = 4.

S El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces titilantes. Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 2, AOPS = 1. Si no tiene aura y tiene ≥ 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 3, AOPS = 1.

T Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y lamotrigina.

U Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC = 2.

V Si toma lamotrigina = 1.

W AMPD = 1
EN-NET = 2.

X AIC = 2.

Y Si está en terapia antirretroviral con EFV, NVP, ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV: AOC/PAC/AVC, AIC, AOPS, EN-NET, implantes = 2; AMPD = 1. Para todos los ITIAN, ETR, RPV, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.

Z Para estadios 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)

Condiciones del aparato reproductor: enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto ≥ 6 meses

Condiciones médicas: depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estadio 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia drepanocítica y talasemia • malaria • cirrosis leve • esquistosomiasis (esquistosoma) • trastornos venosos superficiales, incluidas las varices • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pélvica) • valvulopatía cardíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

Otros: adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin inmovilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto rifampicina/rifabutina)

Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

"Combinado" se refiere a la combinación de etinilestradiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado **AMPD (IM, SC):** acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo **AOC:** anticonceptivo oral combinado **AOPS:** anticonceptivo oral con progestágeno solo **AVC:** anillo vaginal combinado **DIU-Cu:** dispositivo intrauterino con cobre **DIU-LNG:** dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel **EN-NET:** enantato de noretisterona **ETG:** etonogestrel **LNG:** levonorgestrel **PAC:** parche anticonceptivo combinado

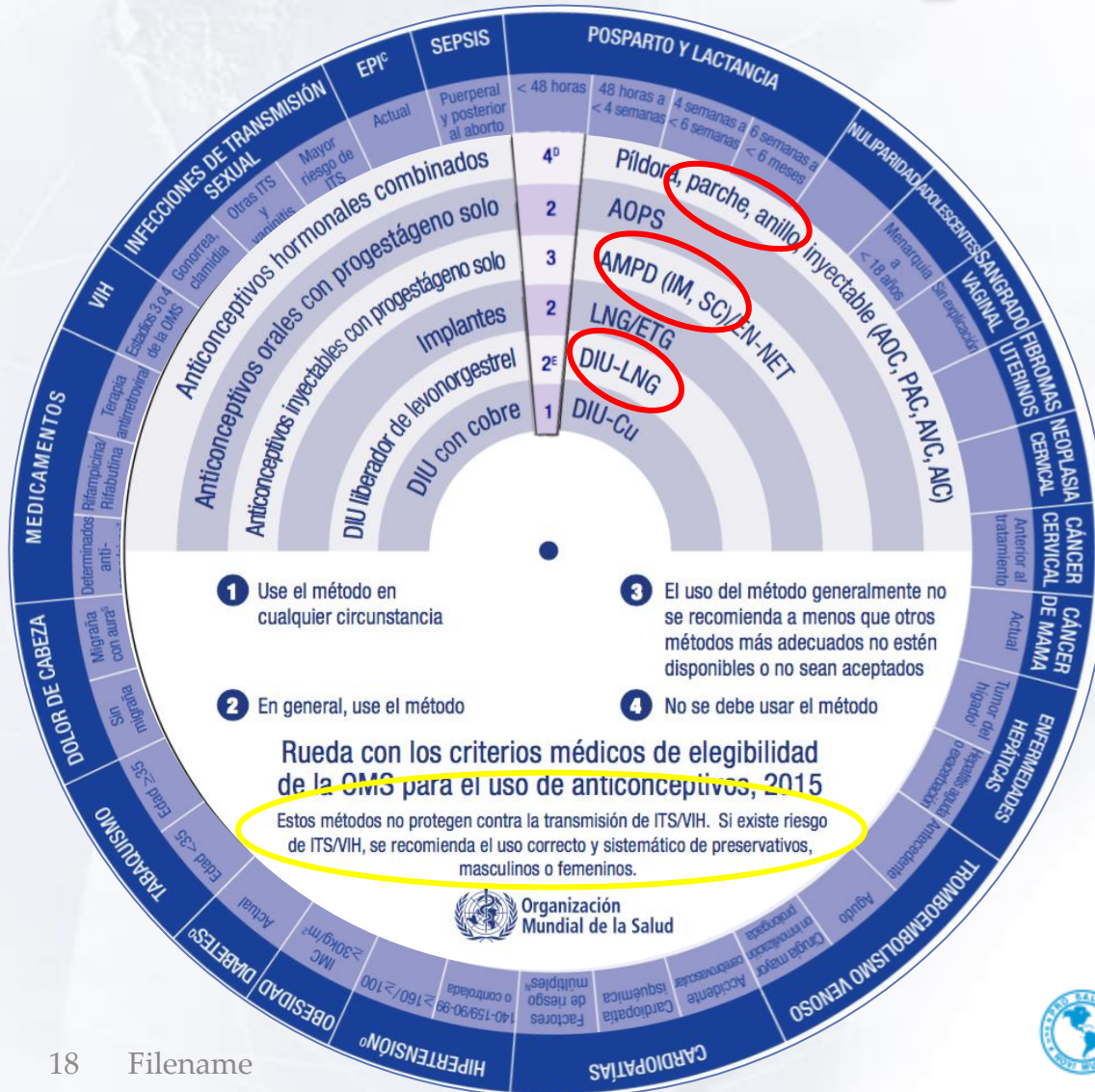
Organización
Americana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud

OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Cambios Importantes



1. Nuevos métodos
 - DIU-LNG
 - Parche, anillo
 - AMPD SC
2. Mensaje sobre la protección contra la transmisión de ITS/VIT
3. Nueva organización de las condiciones y características médicas relevantes.

Cambios Importantes

1. Notas acerca de las afecciones
2. Nueva organización de condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos
3. Mensaje sobre la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales
4. Nueva sección de abreviaturas

A Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, puede seguir utilizándose durante el tratamiento.
B Si hay mucha probabilidad de exposición a gonorrea o clamidia = 3.
C Si hubo una enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) anterior, todos los métodos = 1, incluido el DIU.
D Si es < 3 semanas, no está amamantando y no hay otros riesgos de TEV = 3.
E Si no está amamantando = 1.
F Si es de 3 a < 6 semanas, no está amamantando y no hay otros factores de riesgo de TEV = 2; con otros factores de riesgo de TEV = 3.

G Si es ≥ 6 semanas y no está amamantando = 1.
H Si la distorsión de la cavidad uterina no permite la inserción = 4.
I Se refiere a adenoma hepatocelular (benigno) o a carcinoma/hepatoma (maligno).
J Si hay adenoma, AIC = 3; si hay carcinoma/hepatoma, AIC = 3/4.
K AIC = 3
L Si está en terapia anticoagulante = 2.
M Si la condición aparece mientras se está utilizando el método, considere cambiar por un método no hormonal.
N Factores de riesgo: edad avanzada, tabaquismo, diabetes, hipertensión, obesidad y dislipemias conocidas.
O Si no se puede medir la presión arterial y no hay historia de hipertensión, se pueden usar todos los métodos. Puede estar elevada la presión arterial sistólica o diastólica.
P Si tiene <18 años y es obesa, AMPD/EN-NET = 2.
Q Para dependientes de insulina y no dependientes de insulina. Si tiene diabetes con complicaciones o diabetes >20 años de duración, AOC/PAC/AVC, AIC = 3/4; AMPD, EN-NET = 3.

R Si < 15 cigarrillos al día, AIC = 2. Si ≥ 15 cigarrillos al día, AOC/PAC/AVC = 4.
S El aura presenta síntomas neurológicos focales, como luces titilantes. Si no tiene aura y tiene < 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 2, AOPS = 1. Si no tiene aura y tiene ≥ 35 años, AOC/PAC/AVC, AIC = 3, AOPS = 1.
T Barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y lamotrigina.
U Si toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona o topiramato, AIC = 2.
V Si toma lamotrigina = 1.
W AMPD = 1
 EN-NET = 2.
X AIC = 2.
Y Si está en terapia antirretroviral con EFV, NVP, ATV/r, LPV/r, DRV/r, RTV; AOC/PAC/AVC, AIC, AOPS, EN-NET, implantes = 1. AMPD = 1. Para todos los ITAN, ETR, RPV, RAL, cada método = 1. Consulte los nombres completos de los medicamentos en la contracubierta.
Z Para estadíos 3 o 4 de la OMS (enfermedad clínica por VIH grave o avanzada), DIU = 3.

Condiciones que son categoría 1 y 2 para todos los métodos (use el método)

Condiciones del aparato reproductor: enfermedad benigna en la mama o nódulo sin diagnóstico • tumores benignos en los ovarios, incluidos los quistes • dismenorrea • endometriosis • historia de diabetes gestacional • historia de presión arterial alta durante el embarazo • historia de cirugía en la pelvis, incluida la cesárea • sangrado menstrual irregular, abundante o prolongado (explicado) • embarazo ectópico previo • enfermedad pélvica inflamatoria previa • posterior a un aborto (sin sepsis) • posparto ≥ 6 meses

Condiciones médicas: depresión • epilepsia • VIH sin síntomas o enfermedad clínicamente leve (estadio 1 o 2 de la OMS) • anemia ferropénica, anemia drepanocítica y talasemia • malaria • cirrosis leve • esquistosomiasis (esquistosoma) • trastornos venosos superficiales, incluidas las várices • trastornos tiroideos • tuberculosis (no pélévica) • valvulopatía cardíaca no complicada • hepatitis viral (portadora o crónica)

Otros: adolescentes • historia familiar de cáncer de mama • historia familiar de tromboembolismo venoso (TEV) • alto riesgo de VIH • cirugía sin inmovilización prolongada • tratamiento con antibióticos (excepto rifampicina/rifabutina)

Con pocas excepciones, todas las mujeres pueden usar de forma segura la anticoncepción de emergencia, los métodos de barrera y los métodos anticonceptivos conductuales, que incluyen el método de amenorrea por lactancia; para ver la lista completa de recomendaciones, consulte el documento entero.

"Combinado" se refiere a la combinación de etinilestradiol y un progestágeno.

AIC: anticonceptivo inyectable combinado **AMPD (IM, SC):** acetato de medroxiprogesterona de depósito, intramuscular o subcutáneo **AOC:** anticonceptivo oral combinado **AOPS:** anticonceptivo oral con progestágeno solo **AVC:** anillo vaginal combinado **DIU-Cu:** dispositivo intrauterino con cobre **DIU-LNG:** dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel **EN-NET:** enantato de noretisterona **ETG:** etonogestrel **LNG:** levonorgestrel **PAC:** parche anticonceptivo combinado

Píldoras anticonceptivas de emergencia

CONDICIÓN	AOC	LNG	AUP
Embarazo	NA	NA	NA
Lactancia materna ^a	1	1	2
Historia de embarazo ectópico	1	1	1
Obesidad ^b (IMC \geq 30 kg/m ²)	1	1	1
Historia de cardiopatía grave (cardiopatía isquémica, ataque cerebrovascular u otros trastornos tromboembólicos)	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluso ictericia)	2	2	2
Inductores de la CYP3A4 ^c (por ejemplo, rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/ <i>Hypericum perforatum</i>)	1	1	1
Uso repetido de las píldoras anticonceptivas de emergencia ^d	1	1	1
Violación	1	1	1

^a No se recomienda la lactancia materna durante una semana después de recibir AUP porque este se excreta en la leche materna. Durante este período, la leche materna debe extraerse y desecharse.

^b La eficacia de las PAE puede ser menor en las mujeres con un IMC \geq 30 kg/m² que en las mujeres con un IMC $<$ 25 kg/m². A pesar de esto, no existen cuestiones de seguridad.

^c Los inductores potentes del CYP3A4 pueden reducir la eficacia de las píldoras anticonceptivas de emergencia.

^d El uso reiterado de las PAE es una indicación de que la mujer requiere más orientación sobre otras opciones de anticonceptivos. El uso reiterado o frecuente de las PAE puede ser perjudicial para las mujeres con condiciones clasificadas como categoría 2, 3 o 4 para el uso de anticoncepción hormonal.

DIU con cobre para anticoncepción de emergencia

Este método es muy eficaz para prevenir el embarazo. Puede utilizarse en el lapso de 5 días del coito sin protección como anticoncepción de emergencia. Sin embargo, cuando se pueda estimar el tiempo de la ovulación, el DIU-Cu puede introducirse más allá de los 5 días después del coito, si es necesario, siempre que la inserción no se realice después de más de 5 días desde la ovulación.

Los criterios de elegibilidad para la inserción general del DIU-Cu también se aplican para la inserción del DIU-Cu como anticoncepción de emergencia.

CONDICIÓN	DIU-Cu
Embarazo	4
Violación	
a) Alto riesgo de ITS	3
b) Bajo riesgo de ITS	1

Abreviaturas

AOC= Anticonceptivo oral combinado; AUP= Acetato de ulipristal;
DIU-Cu= dispositivo intrauterino con cobre; LNG: levonorgestrel;
NA= no aplica; PAE= Píldora anticonceptiva de emergencia



ECEC
 european
 consortium
 for emergency
 contraception

“Expanding knowledge and access to
 Emergency Contraception in Europe”

Share:



About ECEC

Emergency Contraception in Europe

Resources

News

Contact Us

Emergency contraceptive pills

CONDITION	CDC	LNG	UPA
Pregnancy	NA	NA	NA
Breastfeeding	1	1	2
Past ectopic pregnancy	1	1	1
Obesity ¹ (BMI >30 kg/m ²)	1	1	1
History of severe cardiovascular disease (ischaemic heart disease, cerebrovascular attack, or other thromboembolic conditions)	2	2	2
Migraine	2	2	2
Severe liver disease (including jaundice)	2	2	2
CYP3A4 inducers (e.g. rifampicin, phenytoin, phenobarbital, carbamazepine, efavirenz, fosphenytoin, nevirapine, oxcarbazepine, primidone, rifabutin, St John's wort/ ¹ hypericum perforatum)	1	1	1
Repeated emergency contraceptive pill use	1	1	1
Rape	1	1	1

Copper IUD for Emergency Contraception (Cu-IUD)

This method is highly effective for preventing pregnancy. It can be used within 5 days of unprotected intercourse as an emergency contraceptive. However, when the time of ovulation can be estimated, the Cu-IUD can be inserted beyond 5 days after intercourse, if necessary, as long as the insertion does not occur more than 5 days after ovulation.

The eligibility criteria for general Cu-IUD insertion also apply for the insertion of Cu-IUDs as emergency contraception.

CONDITION	Cu-IUD
Pregnancy	4
Rape	
a) High risk of STI	3
b) Low risk of STI	1

CDC = combined oral contraceptives; LNG = levonorgestrel; UPA = ulipristal acetate; NA = not applicable.

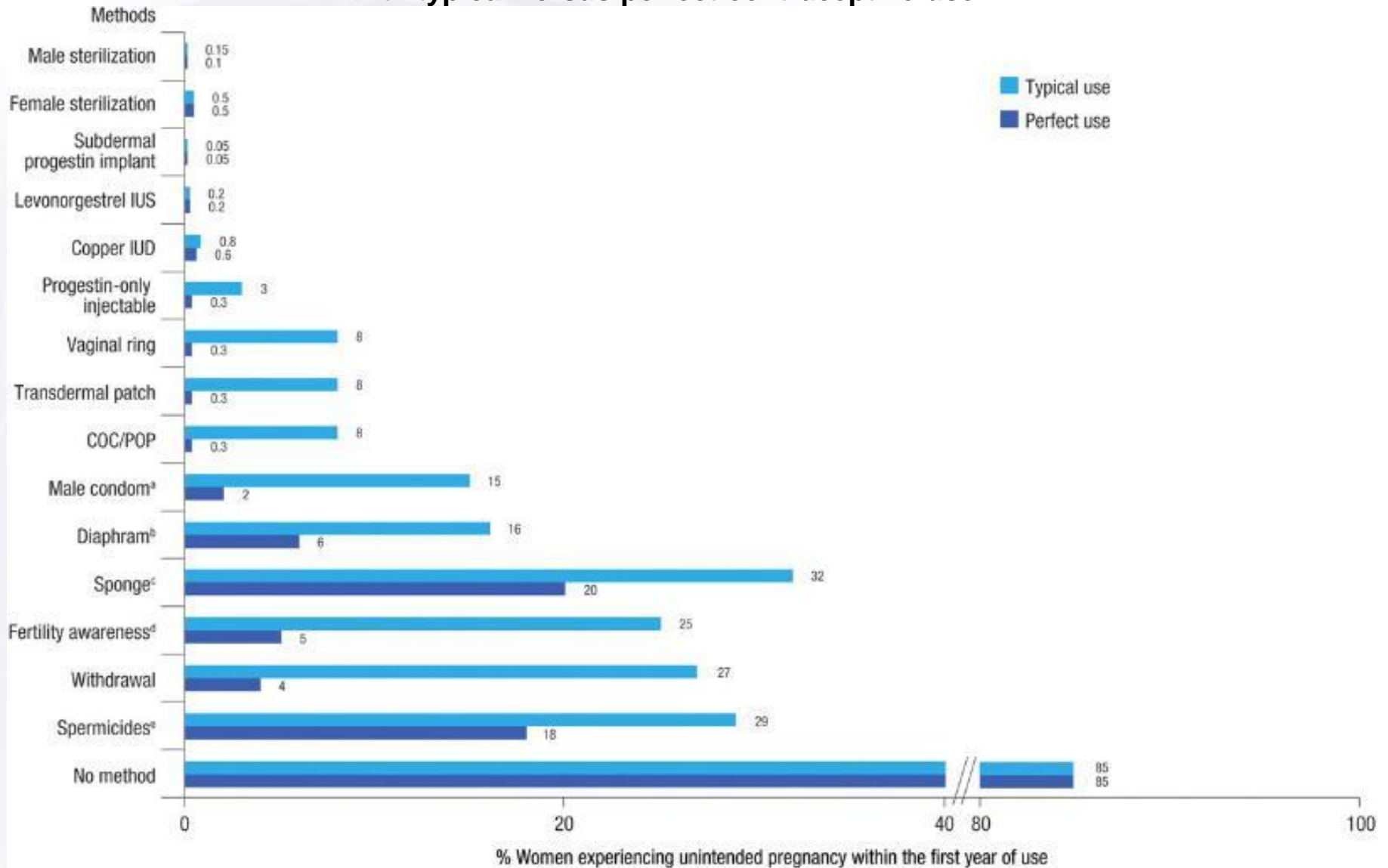
¹ Emergency contraceptive pills may be less effective among women with BMI > 30 kg/m² than among women with BMI < 25 kg/m². Despite this, there are no safety concerns.



Estimates of contraceptive prevalence (any method and modern methods), unmet need for family planning and percentage of demand that is satisfied with modern methods among married or in-union women aged 15 to 49, 2015

	Contraceptive prevalence (all methods)			Contraceptive prevalence (modern methods)			Unmet need for family planning			Demand for family planning satisfied with modern methods		
	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound	Median	80 per cent lower bound	80 per cent upper bound
Mercosur Countries												
Argentina	61.6	51.8	70.4	57.9	48.4	66.7	15.3	9.7	22.6	75.2	65.3	83.3
Bolivia	62.5	51.9	71.9	40.4	29.6	51.2	18	11.9	25.3	50.4	37.6	62.3
Brazil	79	70.4	85.6	75.2	66.6	82.1	7.7	4.4	12.7	86.8	79.9	91.7
Paraguay	77.4	68.5	84.3	68	58	76.2	6.4	3.6	10.9	81.4	72	88.1
Uruguay	77	66.5	84.6	73.8	63.2	81.9	7.6	3.9	13.6	87.3	78.9	92.7
Venezuela	70	57.3	80.3	63.8	51.3	74.9	12	6.3	20.3	77.8	65.7	87.1
Out of Mercosur Countries												
Belize	58.1	48.3	67.4	53.5	43.8	62.7	16.8	11.2	23.7	71.2	61.1	79.8
Chile	65.1	52.5	75.8	61.6	49.3	72.4	13.4	7.5	21.6	78.4	66.4	87.2
Colombia	78.2	70.8	84.3	71.7	63.5	78.3	8.2	5.1	12.6	83	75.7	88.2
Ecuador	72.6	61.6	81.5	61.2	49.4	71.5	9.1	5	15.4	75.1	62.9	84.1
Peru	73.5	68.1	78.3	52.4	45.5	59	9.1	6.8	12	63.5	55.5	70.6
Suriname	51.8	42.4	61.2	50.8	41.5	60	19.4	13.4	26.6	71.1	61.1	80
Mexico	72.6	63.4	80.4	67.4	58	75.5	10.5	6.3	16.4	81	72.4	87.5
Dominican Republic	71.8	66.3	76.7	68.6	63.3	73.5	10.7	8.1	13.9	83.1	78.8	86.7

Percentages of women experiencing an unintended pregnancy with typical versus perfect contraceptive use.



P.D. Blumenthal et al. Hum. Reprod. Update 2011;17:121-137

© The Author 2010. Published by Oxford University Press on behalf of the European Society of Human Reproduction and Embryology. All rights reserved. For Permissions, please email: journals.permissions@oxfordjournals.org



Organización
Panamericana
de la Salud



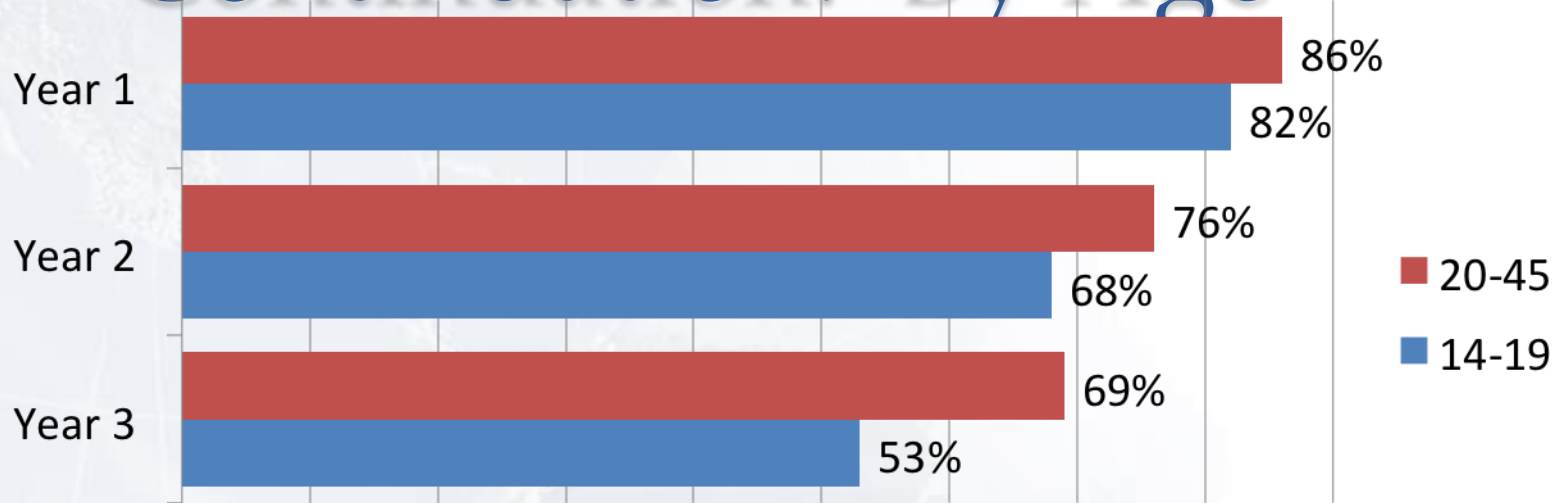
Organización
Mundial de la Salud
Américas

human
reproduction
update

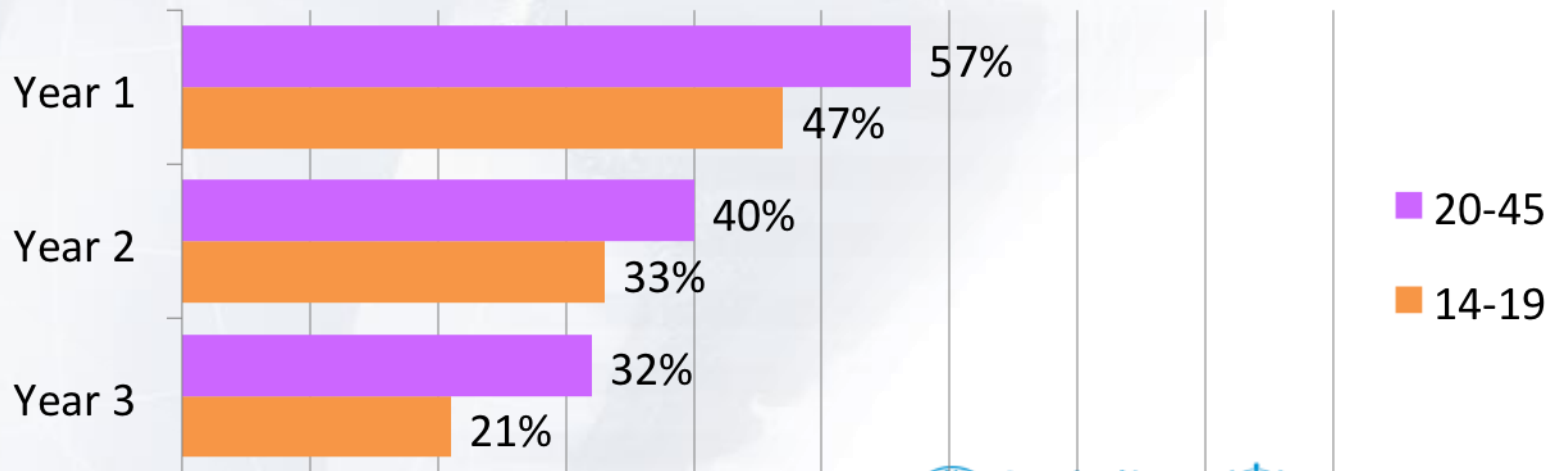
1, 2 & 3-Year

Continuation: By Age

LARC



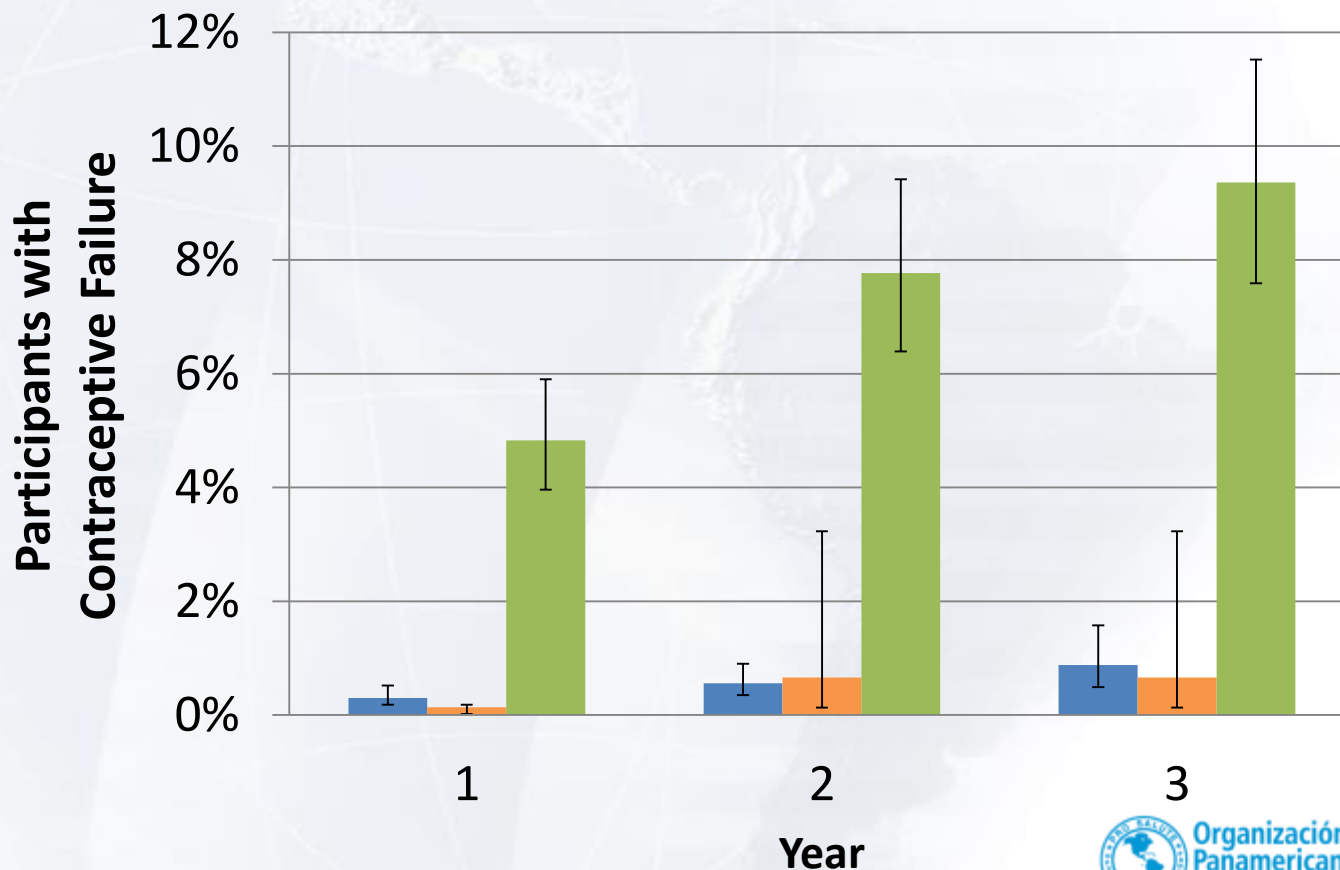
Non-LARC



Unintended Pregnancy by Contraceptive Method

■ LARC ■ DMPA ■ PPR

PPR = pill, patch, ring



$HR_{adj} = 22.3$
95% CI 14.0, 35.4

Strategies to prevent unintended pregnancy: increasing use of long-acting reversible contraception

P.D. Blumenthal¹, A. Voedisch¹, and K. Gemzell-Danielsson²

¹Department of Obstetrics & Gynecology, Stanford University, 300 Pasteur Drive, H11-333, Stanford, CA 94305-5217, USA ²Department of Women's and Children's Health, Division of Obstetrics and Gynecology, Karolinska Institutet, WHO Centre, C135, Karolinska University Hospital, SE-171 76 Stockholm, Sweden

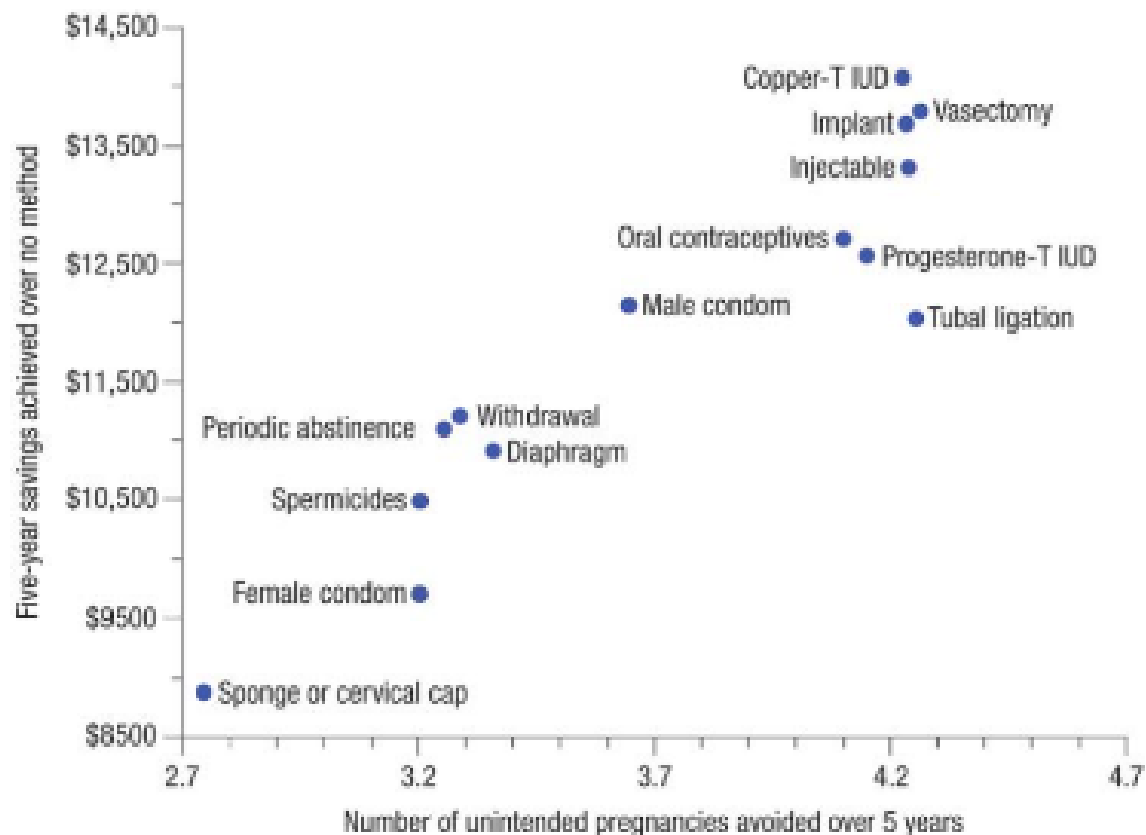
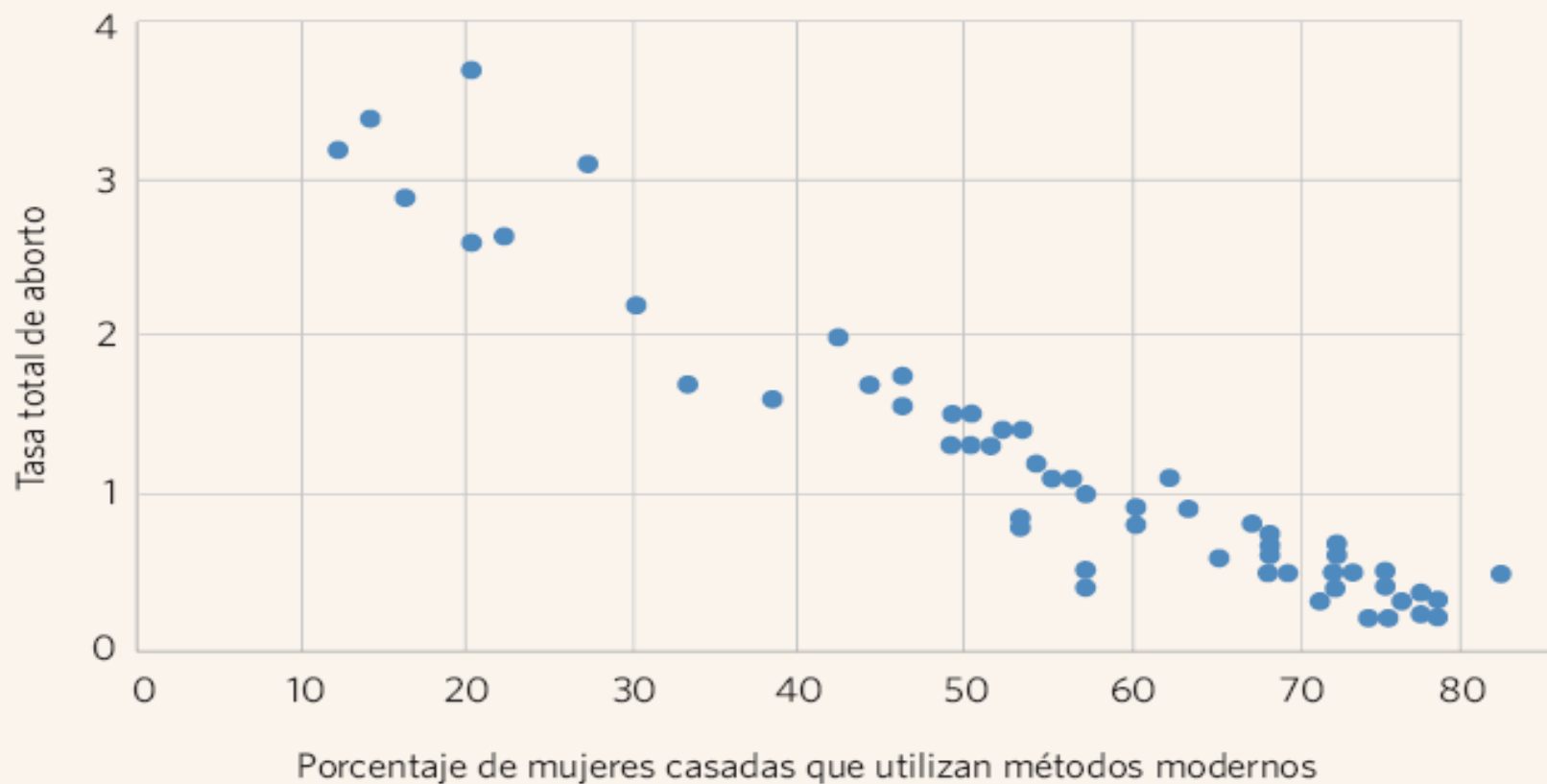


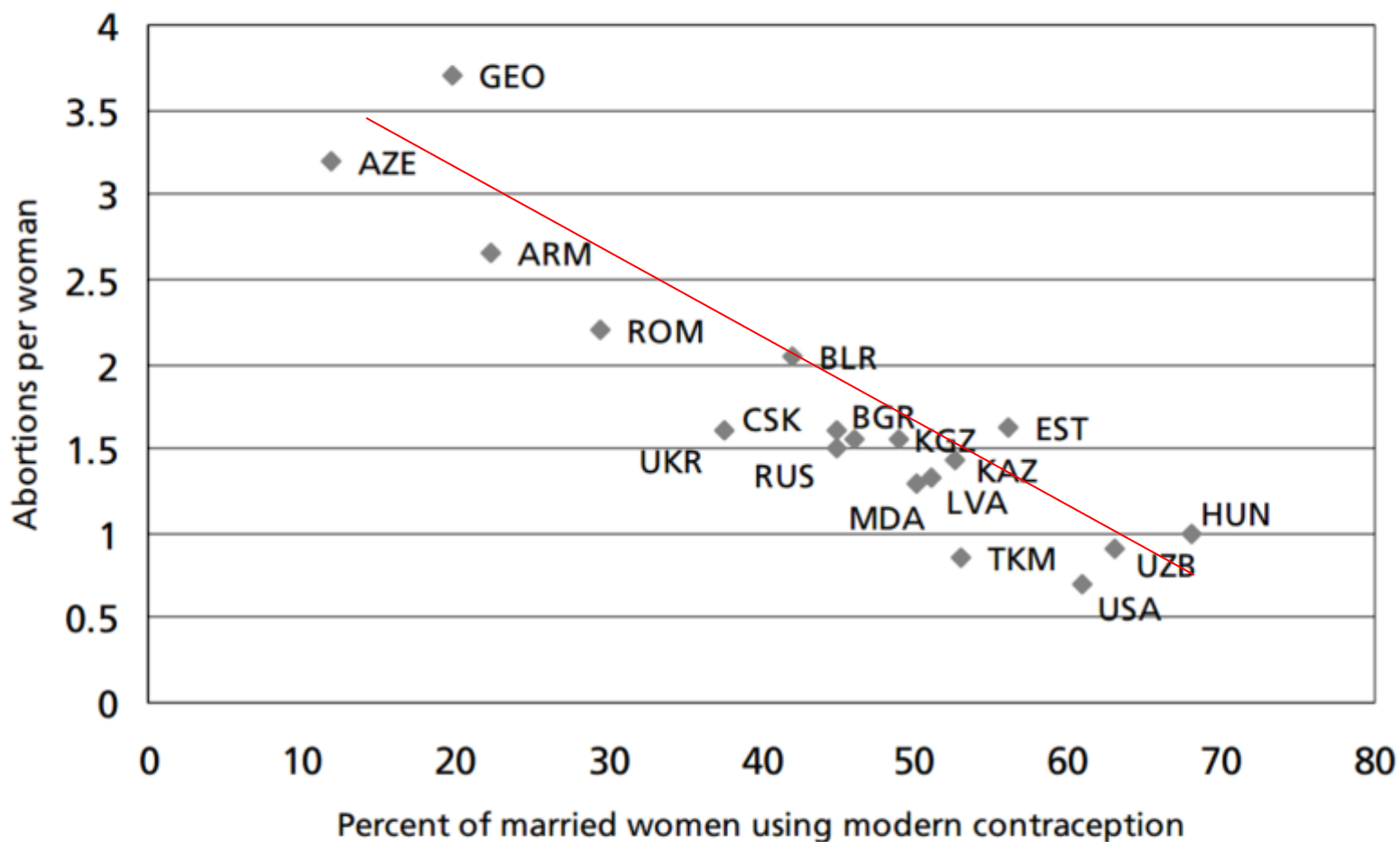
Figure 4 Cost savings and pregnancies avoided over 5 years for contraceptive methods versus no method (Trussell et al., 1995). Reprinted with permission from Trussell et al. (1995), American Public Health Association.

TASAS TOTALES DE ABORTO Y DE PREVALENCIA DEL USO DE ANTICONCEPTIVOS MODERNOS EN 59 PAÍSES



Fuente: Westoff, 2005.

Total abortion rate and the prevalence of modern contraceptive methods in 18 countries



ARM = Armenia
 EST = Estonia
 LVA = Latvia
 UKR = Ukraine

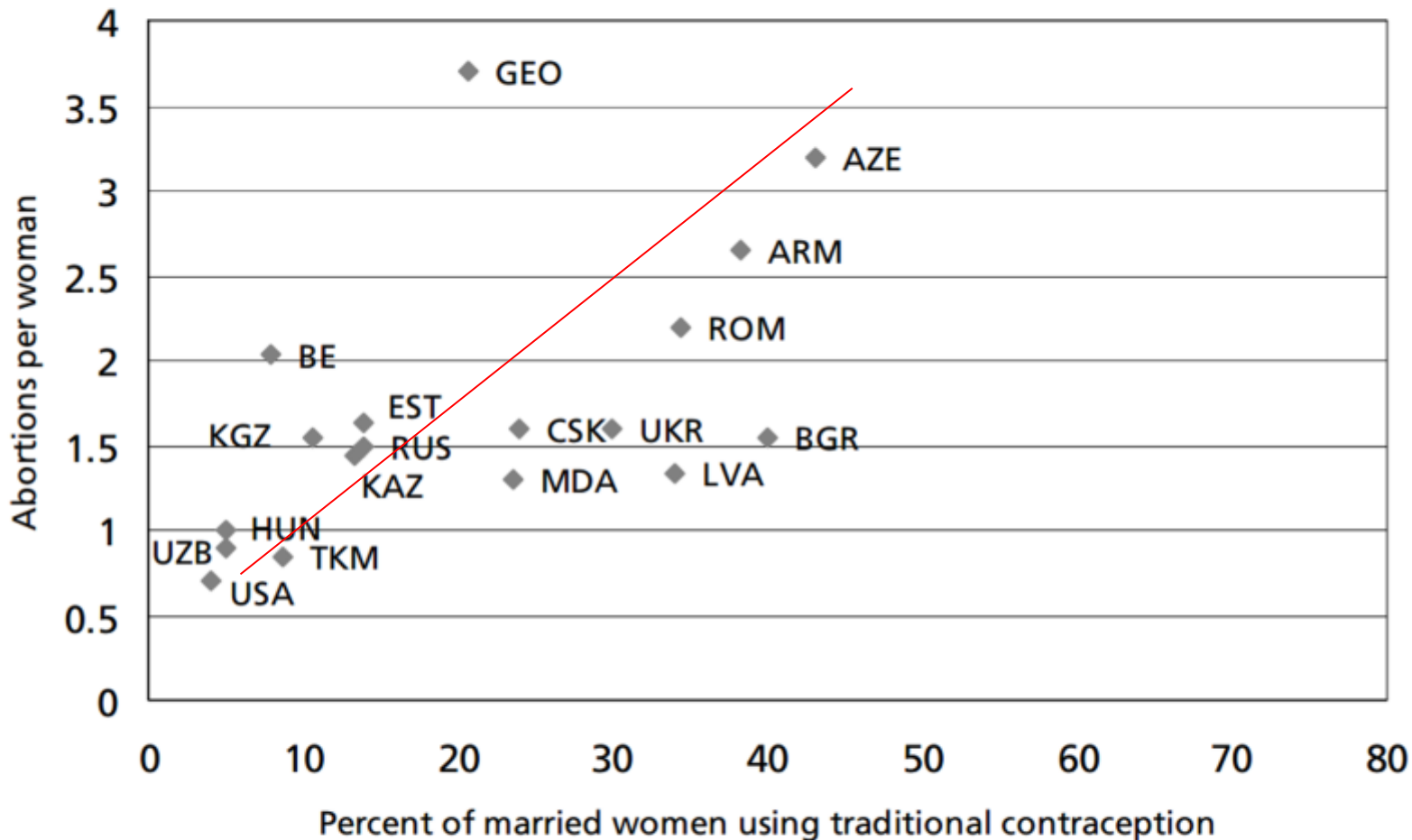
AZE = Azerbaijan
 GEO = Georgia
 MDA = Moldova
 USA = United States

BLR = Belarus
 HUN = Hungary
 ROM = Romania
 UZB = Uzbekistan

BGR = Bulgaria
 KAZ = Kazakhstan
 RUS = Russia

CSK = Czechoslovakia
 KGZ = Kyrgyz Rep.
 TKM = Turkmenistan

Total abortion rate and the prevalence of traditional contraceptive methods in 18 countries



ARM = Armenia
 EST = Estonia
 LVA = Latvia
 UKR = Ukraine

AZE = Azerbaijan
 GEO = Georgia
 MDA = Moldova
 USA = United States

BLR = Belarus
 HUN = Hungary
 ROM = Romania
 UZB = Uzbekistan

BGR = Bulgaria
 KAZ = Kazakhstan
 RUS = Russia

CSK = Czechoslovakia
 KGZ = Kyrgyz Rep.
 TKM = Turkmenistan

WHO TOOLKIT FOR THE CARE AND SUPPORT OF PEOPLE AFFECTED BY COMPLICATIONS ASSOCIATED WITH ZIKA VIRUS



FIG 2. INITIAL EVALUATION OF A NEWBORN POTENTIALLY EXPOSED TO ZIKV

a. Dysmorphic features in CZVS: Note the severe microcephaly and cutis gyrata in the infant shown in the top and right-hand images, and craniofacial disproportion without microcephaly in the image on the bottom.

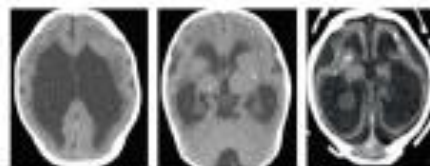


b. Ophthalmological abnormalities in CZVS: Note the optic nerve with increased disc cupping, discrete vascular attenuation and chorioretinal scar with pigmented mottling in the macular region.



c. Arthrogyposis in CZVS

d. Neuroradiology features of CZVS (computed tomograph scans are for different infants)



Journal

The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care >


Volume 22, 2017 - Issue 2

66 0 1

Views CrossRef citations Altmetric

Original Research Article

Family planning and Zika virus: need for renewed and cohesive efforts to ensure availability of intrauterine contraception in Latin America and the Caribbean

Moazzam Ali , Kelsey Miller & Rodolfo Federico Gómez Ponce de Leon

Pages 102-106 | Received 11 Sep 2016, Accepted 25 Jan 2017, Published online: 03 Mar 2017

Conclusions: IUC is underused in Latin America. The study reveals policy level barriers that may impede access to IUC, one of the most effective, long-acting, non-hormonal, reversible contraceptive methods. Governments should consider reviewing and rethinking their policies on contraception to ensure IUC service provision among populations at high risk of unplanned pregnancy, especially those vulnerable to Zika virus.

<http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13625187.2017.1288902?scroll=top&needAccess=true>



La Región adquiere compromisos en el acceso a métodos anticonceptivos modernos ante la alerta del virus Zika

El Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la mujer y Reproductiva (CLAP/SMR) de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Iniciativa IBP han organizado una reunión regional que lleva por título "**Respondiendo a necesidad insatisfecha de anticoncepción con evidencia y prácticas de alto impacto en tiempos de Zika. Innovando, redoblando esfuerzos y garantizando derechos**" y que tuvo lugar del 13 al 15 de junio en Lima, Perú.

El impacto social del Zika en los países de la región ha dejado en evidencia la necesidad de innovar y redoblar esfuerzos para garantizar los derechos de salud sexual y reproductiva y el acceso a información y a una oferta anticonceptiva en los países de América Latina y el Caribe;



Anticoncepción Post Evento Obstetrico



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



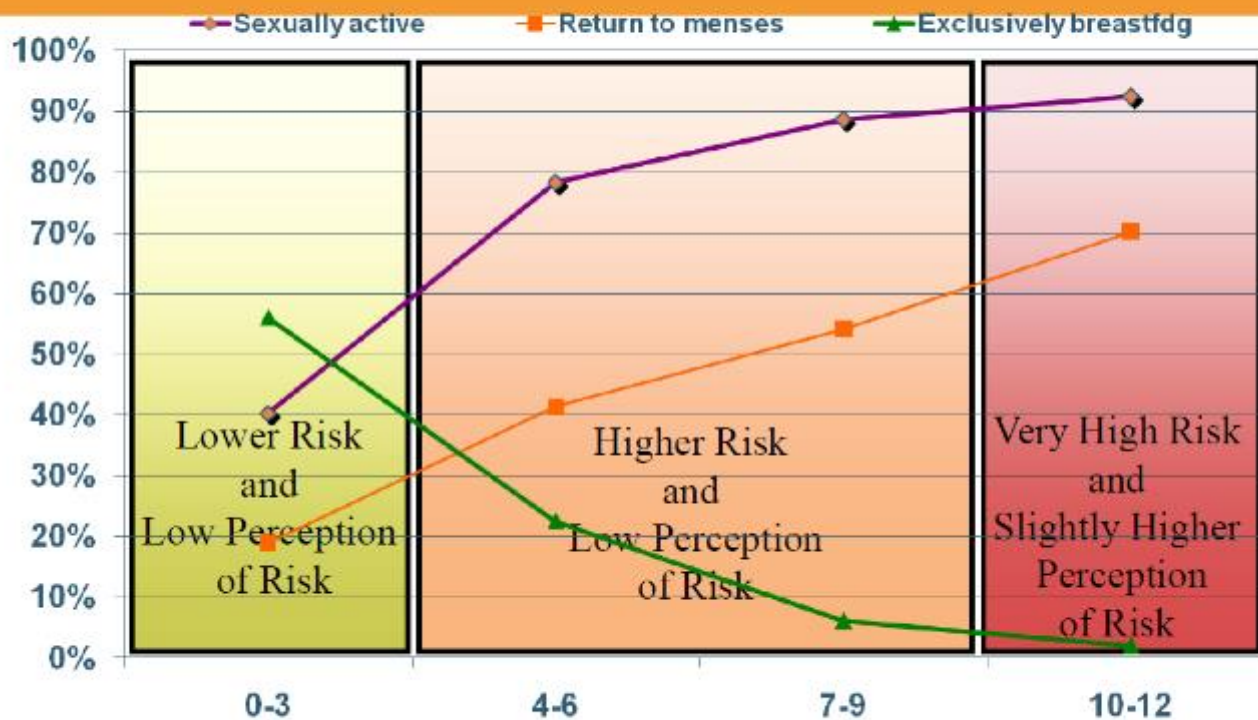
**CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA
SALUD DE LA MUJER Y REPRODUCTIVA - CLAP/SMR**

CENTRO LATINOAMERICANO DE PERINATOLOGÍA

Dr. Rodolfo Gomez Ponce de Leon ObGyn, MSPH , PhD
Asesor Regional de Salud Reproductiva CLAP SMR



Risk of Unplanned Pregnancy: India



WHO's family planning guidelines and tools

Medical Eligibility Criteria



Selected Practice Recommendations



The Medical Eligibility Criteria Wheel



Reproductive Choices and Family Planning for People with HIV



Decision-Making Tool



Global Handbook



CIRE



Guide to family planning for health care providers and their clients



Help us improve RHL — take this short survey

Immediate postpartum insertion of intrauterine device for contraception

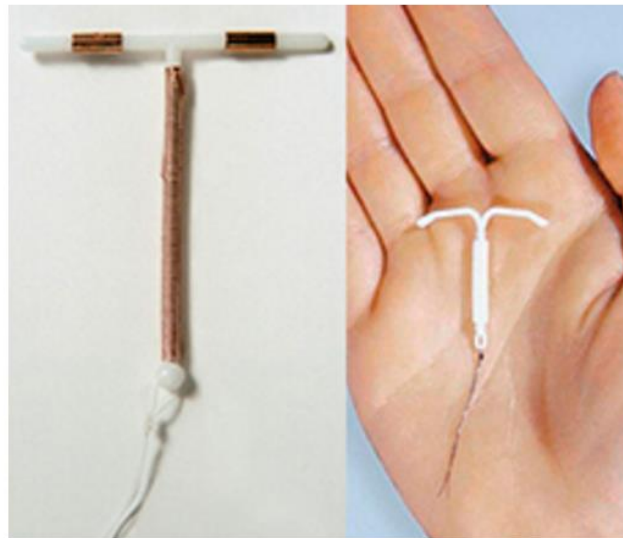
RHL Summary

5 May 2016

Key findings

This updated review aimed to compare immediate (within 10 minutes of placenta delivery) intrauterine device (IUD) insertion with later placement.

When compared with early insertion (10 minutes – 48 hours post-delivery), immediate insertion resulted in:



Photoshare

Review article

Intrauterine device insertion during the postpartum period: a systematic review^{☆,☆☆}

Nathalie Kapp^{a,*}, Kathryn M. Curtis^b

^aDepartment of Reproductive Health and Research, World Health Organization, CH-1211 Geneva 27, Switzerland

^bDivision of Reproductive Health, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta, GA 30341, USA

Received 17 March 2009; revised 24 March 2009; accepted 26 March 2009

Abstract

Background: Insertion of an intrauterine device (IUD) at different times or by different routes during the postpartum period may increase the risk of complications.

Methods: We searched Medline, Lilacs and Cochrane Collaboration databases for articles in any language, between database inception until December 2008, which compared outcomes of postpartum IUD insertion time intervals. Search terms included *postpartum*, *puerperium*, *postcesarean delivery*, *cesarean section*, *IUD(s)*, *IUCD(s)*, *intrauterine device(s)* and *insertion*.

Results: From 297 articles, we identified 15 for inclusion in this review: all studies examined the outcomes from copper IUD insertions within the postpartum time period compared to other time intervals or compared routes (vaginal or via hysterotomy) of postpartum insertion. No studies of levonorgestrel IUDs were identified.

Immediate IUD insertion (within 10 min of placental delivery) was safe when compared with later postpartum time periods and interval insertion. Immediate postpartum IUD insertion demonstrated lower expulsion rates when compared with delayed postpartum insertion but with higher rates than interval insertion. Immediate insertion following cesarean delivery demonstrated lower expulsion rates than immediate insertion following vaginal delivery.

Conclusion: Poor to fair quality evidence from 15 articles demonstrated no increase in risk of complications among women who had an IUD inserted during the postpartum period; however, some increase in expulsion rates occurred with delayed postpartum insertion when compared to immediate insertion and with immediate insertion when compared to interval insertion. Postplacental placements during cesarean delivery are associated with lower expulsion rates than postplacental vaginal insertions, without increasing rates of postoperative complications.

© 2009 Elsevier Inc. All rights reserved.

1. *Immediate* postplacental insertion of an IUD (less than 10 min after placental delivery) appears to have the *lowest risk for expulsion* when compared to other postpartum time intervals

2. Postplacental placement *during cesarean* section is associated with lower expulsion rates when compared to immediate postplacental vaginal insertion

3. Many studies identified *other factors* associated with expulsion risk, such as age, parity, type of provider and provider experience

4. Given the wide representation of countries, provision of postpartum health care services and types of providers of IUDs ranging from nurses and midwives to obstetric and gynecologic physicians, the included studies in this review are *widely generalizable*.

Postpartum Fertility and Contraception: An Analysis of Findings from 17 Countries



Maria Borda
William Winfrey

March 2010



Table 2: Infant mortality disaggregated by preceding birth interval, Demographic and Health Surveys 2003–2007

INFANT MORTALITY RATE, 10 YEARS PRECEDING SURVEY			
	Preceding Birth Interval		
	Less Than 24 Months	24.0–47.9 Months	48.0 Months or Greater
Bangladesh 2007	105.3	46.6	32.8
Congo, DRC 2007	144.9	75.0	61.8
Ethiopia 2005	133.8	58.0	37.6
Ghana 2003	131.3	48.9	55.3
Guinea 2005	171.6	105.4	47.4
Haiti 2005–2006	97.0	60.9	51.0
India 2005–2006	108.0	44.9	33.6
Kenya 2003	133.9	61.2	59.1
Madagascar 2003–2004	110.3	48.4	37.1
Malawi 2004	154.4	74.1	54.4
Mali 2006	157.8	85.2	54.5
Nigeria 2003	160.4	96.5	61.1
Pakistan 2006–2007	100.7	53.1	51.2
Rwanda 2005	149.1	82.1	77.7
Tanzania 2004–2005	143.4	66.2	61.9

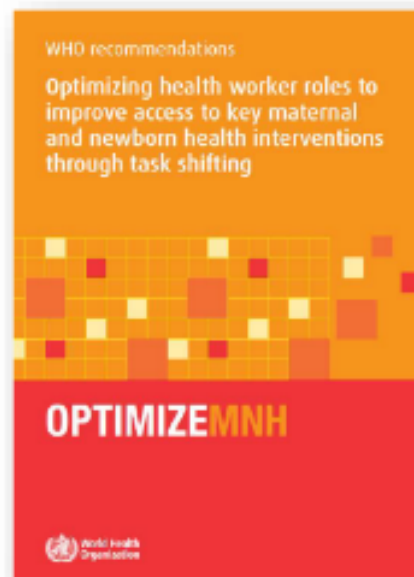
¹¹ GNI per capita, PPP (current international \$). World Bank. 2009. World Development Indicators Online accessed September 1, 2009.

¹² Not all of the differences in lower infant mortality rates can be attributed to shorter birth intervals. Shorter birth intervals are also associated with greater use of infant health services, better maternal health care and better socio-economic status, which also contribute to better infant health outcomes.

Task Shifting / Sharing

Guidelines

- The World Health Organization's recommendations on optimizing the roles of health workers aim to help address critical health workforce shortages that slow down progress towards the health-related Millennium Development Goals.
- A more rational distribution of tasks and responsibilities among cadres of health workers can significantly improve both access and cost-effectiveness – for example by training and enabling 'mid-level' and 'lay' health workers to perform specific interventions otherwise provided only by cadres with longer (and sometimes more specialized) training.
- OPTIMIZE -Task shifting and sharing for the provision of FP/contraceptive products & services
- Available in Chinese, French, Russian and Spanish
- http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/



	Lay Health Workers	Auxiliary Nurses	Auxiliary Nurse-Midwives	Nurses	Midwives	Accredited Community Health Workers	Advanced Level Accredited Clinicians	Non-Specialist Doctors
Contraceptive delivery								
1.1-1.13 Provision of injectable, implant and intrauterine device (IUD) services	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.14 Provision and management of injectable, implant, IUD, and intrauterine device (IUD) services	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.15 Inserter and removal of IUDs, intrauterine devices	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.16 Inserter and removal of intrauterine devices	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
1.17 Inserter and removal of intrauterine devices	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
1.18 Inserter and removal of intrauterine devices	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓
✓ Recommended ✓ Recommended with monitoring and evaluation ✗ Consider inclusion in ongoing research ✗ Incomplete spend ✓ Accepted as WHO standard ✗ Accepted as WHO candidate								

WHO recommendations: Optimizing health worker roles for maternal and newborn health through task shifting

sort by: [Type of Intervention](#) | [Type of Recommendation](#) ⓘ

	Lay Health Workers	Auxiliary Nurses	Auxiliary Nurse Midwives	Nurses	Midwives	Associate Clinicians	Advanced Level Associate Clinicians	Non-Specialist Doctors
Contraceptive delivery								
1.1-1.13 Promotion of maternal, newborn and reproductive health interventions	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.2 Initiation and maintenance of injectable contraceptives - standard syringe	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.3 Insertion and removal of intrauterine devices	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.4 Insertion and removal of contraceptive implants	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
12.5 Tubal ligation	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓



Organización
Mundial de la Salud

human
reproduction
programme
hrp
research for impact
UNDP · UNFPA · UNICEF · WHO · WORLD BANK



Temas de
salud

Datos y
estadísticas

Centro de
prensa

Publicaciones

Países

Programas y
proyectos

Gobernanza

Acerca
de la OMS

Salud sexual y reproductiva

Salud sexual y reproductiva

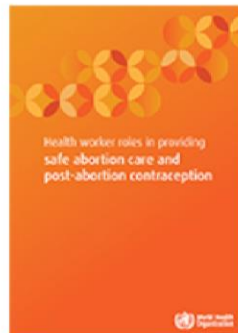
Temas de salud

Publicaciones

▶ Quiénes somos

Funciones del personal sanitario en la atención para un aborto sin riesgos y los métodos anticonceptivos después del aborto

Autores:
OMS



Detalles de la publicación

Número de páginas: 81

Fecha de publicación: Julio 2015

Idiomas: Español, inglés

ISBN: 978 92 4 354926 2

Descargar

– Texto completo
pdf, 1 MB

http://www.who.int/reproductivehealth/publications/unsafe_abortion/abortion-task-shifting/es/

- <http://srhr.org/safeabortion/interactive-table/>

Provision of post-abortion contraception

	Lay health workers	Pharmacy workers	Pharmacists	Doctors of complementary systems of medicine	Auxiliary nurses/ ANMs	Nurses	Midwives	Associate/ advanced associate clinicians	Non-specialist doctors	Specialist doctors
Insertion/ removal of intrauterine devices (IUDs)	✗	✗	✗	✓	✓ (for ANMs) R ✓ (for auxiliary nurses)	✓	✓	✓*	✓*	✓*
Insertion/ removal of implants	R ✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓*
Initiation/ continuation of injectable contraceptives	✓	✓	✓	✓	✓	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*
Tubal ligation	✗**	✗**	✗**	✗**	✗	R ✓	R ✓	✓*	✓*	✓*

* considered within typical scope of practice; evidence not assessed.

** considered outside of typical scope of practice; evidence not assessed.



Muchas Gracias

Dr Rodolfo Gomez Ponce de Leon, ObGyn, MSPH , PhD
Asesor Regional de Salud Reproductiva CLAP/SMR
gomezr@paho.org
tel: +5982-4872929 int 41037
cel: +59894998621

