



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PT42:2019

**PROTOCOLO PARA LA ATENCION EN PLANIFICACION
FAMILIAR.**

Noviembre 2019



GOBIERNO DE LA
REPÚBLICA DE HONDURAS



SECRETARÍA DE SALUD

PT42:2019

PROTOCOLO PARA LA ATENCION EN PLANIFICACION FAMILIAR



AUTORIDADES

Lic. Alba Consuelo Flores

Secretaria de Estado en el Despacho de Salud

Dr. Roberto Enrique Cosenza

Sub Secretaria de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dr. Nery Conrado Cerrato

Sub Secretario de Proyectos e Inversiones de Salud

Dra. Elvia María Ardón

Directora General de Normalización

Dr. Roney Alcides Martínez

Director General de Redes Integradas de Servicios de Salud

Dra. Silvia Yolanda Nazar

Directora General de Vigilancia del Marco Normativo

Dra. Mireya Fuentes

Directora General de Desarrollo del Recurso Humano

APROBACIÓN

Elvia María Ardón, Directora General de Normalización, mediante **RESOLUCIÓN No.87 DGN-2019-PT42:2019 DGN**, del 03 de Diciembre del 2019, me permito aprobar el **PT42:2019 “Protocolo para la Atencion en Planificacion Familiar ”**.

Contenido

1.	INTRODUCCION	7
2.	JUSTIFICACIÓN.....	8
3.	OBJETIVO GENERAL.....	8
4.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	8
5.	ALCANCE.....	8
6.	ACRÓNIMOS SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS.....	9
7.	TERMINOS Y DEFINICIONES.....	10
8.	METODOLOGIA.....	12
9.	ASPECTOS GENERALES	13
9.1	MARCO DE REFERENCIA.....	13
9.1.1	Constitución de la Republica de Honduras.....	13
9.1.2	Código de Salud	13
9.1.3	Declaración Universal de los Derechos Humanos	13
9.1.4	Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo	13
9.1.5	Plataforma de acción de Beijing	14
9.1.6	Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer	14
9.2	Aspectos Conceptuales	14
9.2.1	Los enfoques en los que se basa este protocolo son los siguientes:.....	15
9.2.2	Elección de anticonceptivos	20
9.2.3	Efectividad de los métodos	20
9.2.4	Retorno a la fertilidad	20
9.2.5	Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción	20
9.2.6	Usuaris con necesidades especiales	20
	Personas con discapacidades	20
	Mujeres en Menopausia.....	21
9.2.7	Consideraciones especiales para evaluación.....	21
9.2.8	Consejería en planificación familiar.....	21
9.2.9	Clasificación de exámenes y análisis antes de iniciar los métodos anticonceptivos.....	22
9.2.10	Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos	22
10.	CUERPO SUSTANTIVO.....	22
10.1	GENERALIDADES	22
10.1.1	¿Qué es la Planificación Familiar?	22
10.1.2	¿Cómo entender el ciclo menstrual?	23
10.1.3	¿Como se clasifican los métodos de planificación familiar?.....	23
10.1.4	¿Qué es la eficacia Anticonceptiva?	24
10.2	METODOS PERMANENTES	24
10.2.1	ESTERILIZACION QUIRÚRGICA FEMENINA (AQV).....	24
10.2.2	ESTERILIZACIÓN MASCULINA – VASECTOMÍA SIN BISTURÍ (AQV-M)	38
10.3	METODOS TEMPORALES DE LARGO PLAZO	52

10.3.1	DIU CON COBRE (DIU-Cu)	52
10.3.2	DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL (DIU-LNG)	68
10.3.3	IMPLANTES SUBDERMICOS (ISD)	73
10.4	ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES DE CORTO PLAZO	87
10.4.1.	ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)	87
10.4.2	ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTÁGENO SOLO (AOPS)	100
10.4.3	ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES CON PROGESTÁGENO SOLO (AIPS)	113
10.4.4	ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AICS)	128
10.4.5	ANILLO VAGINAL COMBINADO (AVC)	141
10.4.6	CONDON MASCULINO	144
10.4.7	CONDON FEMENINO	151
10.4.8	MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD	158
10.4.9	MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)	165
10.5	ATENCION A ADOLESCENTES	171
10.5.1	Puntos clave	171
10.5.2	Brindar servicios con atención y respeto	171
10.5.3	Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los adolescentes.	172
11	ANEXOS – HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD	174
12	BIBLIOGRAFIA	191

1. INTRODUCCION

Las mujeres y los hombres que desean planificar sus familias pueden hacerlo eficazmente y sin peligro. Existen muchos métodos para prevenir el embarazo. Entre estos figuran métodos temporales y métodos permanentes.

Todos los métodos son eficaces si se usan correcta y sistemáticamente. Es posible determinar quiénes no deben usar ciertos métodos, pero la mayoría de las personas pueden usar esos métodos sin peligro, sin tener que someterse a exámenes médicos o pruebas de laboratorio.

Aunque la mayoría de los métodos tienen efectos secundarios comunes, rara vez ocurren complicaciones graves. Algunos métodos de planificación familiar incluso ofrecen beneficios importantes para la salud, además de prevenir embarazos involuntarios. El condón masculino, cuando se usa correcta y sistemáticamente, constituye el método más eficaz para prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH. Las personas pueden proteger su salud reproductiva de manera óptima si pueden escoger de una amplia variedad de métodos anticonceptivos.

Los proveedores también deben procurar que los usuarios reciban información completa acerca de la eficacia, ventajas y desventajas, efectos secundarios, consecuencias en la salud a largo plazo y uso correcto de los métodos. Al hacer esto aumentan las probabilidades de que él o la usuaria no sólo adopte el uso de un método anticonceptivo, sino que siga usándolo.

El presente documento contiene el Protocolo Oficial de los Servicios de Planificación Familiar, cuya elaboración fue posible gracias a la participación de las instituciones públicas y privadas del ámbito nacional, que se encuentran relacionadas directamente con servicios de salud reproductiva. Figuran en él, las disposiciones generales y especificaciones técnicas para la prestación de los servicios de planificación familiar; se incluye la selección, prescripción y aplicación de métodos anticonceptivos.

Este protocolo es el resultado de un amplio consenso nacional entre expertos de diversas disciplinas y brinda los lineamientos esenciales para el manejo integral hacia las y los usuarios que demanden atención en Planificación Familiar en los diferentes niveles de prestación de los servicios de salud y su cumplimiento y aplicación es de carácter obligatorio en todas las unidades públicas y privadas del sector salud del país.

2. JUSTIFICACIÓN

Este documento es parte del proceso para mejorar la calidad de la atención en la planificación familiar. En términos específicos, se trata de uno de dos pilares basados en la evidencia que forman parte de la iniciativa de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para elaborar e implementar guías de planificación familiar destinadas a programas de alcance nacional.

Sumado a este documento y como respaldo científico contamos con los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos, mismo que ofrece información y orientación exhaustiva sobre la seguridad de diversos métodos anticonceptivos para el uso en el contexto de condiciones médicas y características específicas.

Estos documentos proporcionan orientación sobre cómo usar los métodos anticonceptivos de manera segura y eficaz una vez que se los considera adecuados desde el punto de vista médico.

El presente documento pretende incluir tecnología anticonceptiva actualizada y basada en evidencia incorporando los requerimientos estipulados y solicitados por la DGN de la SESAL.

3. OBJETIVO GENERAL

Proporcionar los lineamientos técnicos basados en evidencia científica actualizada para que las atenciones de Planificación Familiar en los servicios de salud públicos, descentralizados y privados sean brindadas de acuerdo a lo estipulado en el presente documento.

4. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 4.1 Garantizar a toda la población el acceso universal a la información, orientación y servicios de calidad de Planificación Familiar en el contexto amplio de la salud reproductiva con opciones múltiples a métodos anticonceptivos efectivos que permitan el libre ejercicio del derecho a decidir el número y espaciamiento de los hijos mediante una elección informada.
- 4.2 Incrementar el acceso a los Servicios de Planificación Familiar de la población con necesidades insatisfechas expresadas en términos de baja cobertura de uso de métodos anticonceptivos.

5. ALCANCE

Este documento debe ser utilizado por los proveedores de servicios de salud que brindan atención en planificación familiar a mujeres y hombres en edad fértil en establecimientos de salud públicos y no públicos a nivel nacional.

6. ACRÓNIMOS SÍMBOLOS Y TÉRMINOS ABREVIADOS

AIC	Anticonceptivos Inyectables Combinados.
AIPS	Anticonceptivos Inyectables de Progestina Sola.
AMDP	Acetato de Deposito de Medroxiprogesterona.
AOC	Anticonceptivos Orales Combinados.
AOPS	Anticonceptivos Orales de Progestina Sola
AQV – F	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina.
AVC	Anillo Vaginal Combinado
BID	Dos veces al día.
cc	centímetro cubico.
CIS	Centro Integral de Salud
CLIPER	Clínica Periférica
CMI	Clínica materno infantil
DIU Cu	Dispositivo Intrauterino de Cobre.
DIU	Dispositivo Intrauterino.
EN –NET	Enantato de Noretindrona.
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
FSH	Hormona Folículo estimulante.
FUA	Fecha de último aborto.
FUM	Fecha de última menstruación.
FUP	Fecha de último parto.
IM	Intramuscular.
ITS	Infecciones de transmisión sexual
IV	Intravenoso.
LH	Hormona Luteinizante.
LME	Lactancia materna exclusiva
MELA	Método Amenorrea de la Lactancia.
mg/kg	miligramo por Kilogramo.
mg	miligramo.
ml	mililitro.
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PF	Planificación familiar
SESAL	Secretaría de Salud
TID	Tres veces al día.
TVP	Trombosis Venosa Profunda
UAPS	Unidad de Atención Primaria en Salud
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory (estudio por sífilis)
VIH – SIDA	Virus de Inmunodeficiencia Humana – Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
VSB	Vasectomía sin Bisturí.

7. TERMINOS Y DEFINICIONES

Adolescencia: Etapa entre la niñez y la edad adulta que cronológicamente se inicia por cambios puberales, que se caracterizan por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, se ha considerado una población sana e invisibilizada, sin embargo, se reportan problemas y necesidades que es urgente dar una respuesta integral e intersectorial.

Atención en Planificación Familiar: Actividades, procedimientos e intervenciones que se ofrecen en forma oportuna, integral y confidencial a los hombres, mujeres y parejas en edad fértil que incluye de información, educación y opciones anticonceptivas apropiadas para una elección informada del método de planificación que más se ajuste a sus necesidades y preferencias.

Atención de primera vez en el año: Es la atención brindada por cualquier motivo a una persona usuaria que es atendida por primera vez en el año en un establecimiento de la Secretaría de Salud.

Atención subsiguiente: Es la atención brindada a una usuaria (o) que ya ha sido atendida previamente por cualquier razón en un establecimiento de la secretaria de salud.

Anticoncepción: Proceso mediante el cual se utiliza un conjunto de métodos, sustancias o medios para evitar la fecundación o el embarazo no deseado.

Amenorrea: Ausencia de la menstruación por más de 90 días.

Atención Preconcepcional: Es la consulta médica programada entre una mujer y/o pareja con el equipo de salud, previo al embarazo, con el objetivo de identificar, corregir, eliminar o disminuir factores o conductas de riesgo reproductivo y/o tratar enfermedades que puedan alterar la evolución normal de un futuro embarazo. La meta es que la pareja reciba toda la información necesaria para tomar decisiones conscientes sobre su futuro reproductivo.

Ciclo menstrual: Periodo de 28 ± 7 días, comprendido entre dos menstruaciones, durante el cual se lleva a cabo la maduración de folículos ováricos, la ovulación y la formación de un cuerpo lúteo. Se inicia con el primer día de la menstruación y finaliza un día antes de que se inicie la siguiente menstruación.

Consejería Integrada de Planificación Familiar: Es un proceso de análisis y comunicación personal entre el prestador de servicios y el usuario potencial y/o el usuario activo, mediante el cual se proporciona información, orientación y apoyo educativo a individuos y parejas que les permitan tomar decisiones voluntarias conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva. El proceso se debe enfocar a resolver o aclarar las dudas que se pudieran tener acerca de las indicaciones, uso, seguridad y efectividad de los métodos anticonceptivos.

Consentimiento Informado: Es la decisión voluntaria del cliente de que se le realice un procedimiento de esterilización, con pleno conocimiento y comprensión de los datos pertinentes, expresada en un documento debidamente firmado o refrendado con la huella digital de la persona interesada y al menos un testigo que de fe. El consentimiento es voluntario cuando el usuario lo otorga por libre voluntad y no mediante incentivos

especiales, coacción, acciones fraudulentas, engaños, presiones, acciones indirectas u otras formas de coacción o engaño.

Cloasma: Híper-pigmentación cutánea, localizada principalmente sobre la frente, sienes y mejillas.

Criterios Médicos de Elegibilidad: Son recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, basadas en la evidencia científica y el consenso de expertos.

Enfermedad Inflamatoria Pélvica: Condición de infección e Inflamación de la estructura pélvica, útero, ovarios y trompas uterinas.

Edad Fértil: Etapa en la vida de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción. Periodo comprendido entre los 10 años a los 49 años.

Evento Obstétrico: corresponde a un aborto, parto o cesárea.

Embarazo: Estado fisiológico de la mujer producido por la concepción y desarrollo de un nuevo ser.

Efectividad Anticonceptiva: Capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en el periodo definido.

Infecciones de Transmisión Sexual: Infección adquirida mediante el coito, intercambio de fluidos sexuales o contacto de mucosas genitales.

Métodos Anticonceptivos: Son aquellos que se utilizan para limitar la capacidad reproductiva de un individuo o de una pareja, en forma temporal o permanente.

Métodos de Planificación Tradicionales, Naturales o de Abstinencia: Son los métodos por medio de los cuales se evita el embarazo, planeando el acto sexual de acuerdo con la probabilidad de embarazo de acuerdo al día del ciclo menstrual de la mujer.

Planificación Familiar: Derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada, sobre el número y el espaciamiento de sus hijos y a obtener al respecto la información específica y los servicios idóneos. El ejercicio de este derecho es independiente del género, la preferencia sexual, la edad y el estado social o legal de las personas.

Riesgo Reproductivo: Probabilidad que tienen, tanto la mujer en edad fértil como su producto potencial, de experimentar enfermedad, lesión o muerte, en caso de presentarse un embarazo.

Relación Sexual: Para los fines de esta Norma, se considera como tal únicamente el coito vaginal.

Salud Reproductiva: Es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de las enfermedades o dolencias en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos.

Sangrado Profuso: Sangrado con volumen que duplica el sangrado habitual de la mujer.

Sangrado Prolongado: Sangrado vaginal mayor de 8 días

Tutor legal: Padre, madre o persona responsable o encargado legal de un menor de edad.

Usuario(a): Persona que utiliza un método anticonceptivo temporal o que le ha sido practicado alguno de los métodos anticonceptivos permanentes.

8. METODOLOGIA

La Secretaría de Salud (SESAL) a través de la Dirección General de Normalización (DGN) solicitó apoyo técnico al Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) para la elaboración del protocolo para la atención en planificación familiar. Se establecieron los términos de referencia de una consultoría para tal fin. En el proceso de elaboración del protocolo hubo participación técnica de la SESAL; para la elaboración del protocolo se procedió de la siguiente manera:

- Revisión de evidencia científica actualizada disponible sobre el tema.
- Consulta de documentos, tales como protocolos y guías de práctica clínica de otros países de la subregión centroamericana, incluyendo El Salvador, Nicaragua, Panamá y Guatemala.
- Se realizó una revisión de documentos técnico-normativos facilitados por la DGN y se siguieron los lineamientos establecidos en la Guía para Emitir Documentos Normativos G01:2015, para la elaboración de un Protocolo.
- Revisión del primer borrador del protocolo con personal técnico de la DGN y con los representantes de UNFPA en Honduras.
- El documento borrador del Protocolo para la atención en planificación familiar fue validado por personal técnico normativo y asistencial de la SESAL, Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS, ASHONPLAFA, Sociedad Hondureña de Ginecología y Obstetricia y otros colaboradores (expertos) en jornadas de trabajo organizada por el equipo técnico conductor de la DGN con el apoyo del consultor y de la representante del UNFPA.
- Revisión de evidencia científica actualizada.
- Se hicieron los ajustes requeridos para producir la versión final del Protocolo para la atención en planificación familiar.

9. ASPECTOS GENERALES

9.1 MARCO DE REFERENCIA

9.1.1 Constitución de la Republica de Honduras.

ARTICULO 145.- Se reconoce el derecho a la protección de la salud. El deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El Estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

ARTICULO 149.- El Poder Ejecutivo por medio del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados de dicho sector, mediante un plan nacional de salud, en el cual se dará prioridad a los grupos más necesitados. Corresponde al Estado supervisar las actividades privadas de salud conforme a la ley. ⁽¹⁾

9.1.2 Código de Salud

Artículo 1.- La salud considerada como un estado de bienestar integral, biológico, psicológico, social y ecológico es un derecho humano inalienable y corresponde al Estado, así como a todas las personas naturales o jurídicas, el fomento de su protección, recuperación y rehabilitación.

Artículo 3.- Corresponde a la Secretaría de Estado en el Despacho de Salud pública, que para los efectos de la presente Ley se llamará "LA SECRETARIA", la definición de la política nacional de salud, la normalización, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas en el campo de la salud. En los niveles departamental y municipal actuará por medio de las jefaturas regionales y áreas sanitarias, respectivamente, bajo un racional principio de coordinación y descentralización administrativa.

Artículo 6.- El presente Código y las normas de salud en general, se aplicarán en consecuencia con los convenios y tratados internacionales que sobre salud sean suscritos por el Estado de Honduras.

Artículo 10.- Toda persona tiene el derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas contundentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros en su hogar, particularmente sobre higiene, dieta adecuada, orientación psicológica, higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre práctica y uso de elementos técnicos y especiales. ⁽²⁾

9.1.3 Declaración Universal de los Derechos Humanos

Artículo 3.- Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.

9.1.4 Conferencia Internacional Sobre la Población y el Desarrollo

Párrafo 7.3 Los derechos reproductivos incluyen su derecho de todas las parejas e individuos a adoptar decisiones relativas a la reproducción sin sufrir discriminación,

coacciones ni violencia, de conformidad con lo establecido en los documentos de derechos humanos.

Párrafo 7.17 Se insta a los gobiernos, a todos los niveles, a que implanten sistemas de supervisión y evaluación de servicios orientados hacia el usuario, con miras a detectar, prevenir y controlar abusos por parte de los directores y proveedores de los servicios de planificación de la familia. Con este fin, los gobiernos deberían garantizar la conformidad con los derechos humanos y la observancia de las normas éticas y profesionales en la prestación de los servicios de planificación de la familia y otros servicios conexos de salud reproductiva con el fin de asegurar el consentimiento responsable, voluntario e informado y también con respecto a la prestación de los servicios.

9.1.5 Plataforma de acción de Beijing

Párrafo 96 Los derechos humanos de la mujer incluyen su derecho a tener control sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y decidir libremente respecto de esas cuestiones, sin verse sujeta a la coerción, la discriminación y la violencia.

Párrafo 106 (g) Los gobiernos deberían asegurarse de que todos los servicios y trabajadores relacionados con la atención de salud respetan los derechos humanos y siguen normas éticas, profesionales y no sexistas a la hora de prestar servicios a la mujer, para lo cual se debe contar con el consentimiento responsable, voluntario y bien fundado de ésta. Alentar la preparación, aplicación y divulgación de códigos de ética orientados por los códigos internacionales de ética médica al igual que por los principios éticos que rigen a otros profesionales de la salud.

9.1.6 Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer

Artículo 10 (h) Los Estados Parte asegurarán acceso al material informativo específico que contribuya a asegurar la salud y el bienestar de la familia, incluida la información y el asesoramiento sobre planificación de la familia.

Artículo 12.1 Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia.

Artículo 14.2 Los Estados Parte adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en las zonas rurales y en particular le asegurarán el derecho a tener acceso a servicios adecuados de atención médica, inclusive información, asesoramiento y servicios en materia de planificación de la familia. ⁽³⁾

9.2 Aspectos Conceptuales

En la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo, Cairo, Egipto, 1994, se planteó el enfoque de derechos, en el que todos los seres humanos nacen con vida propia, dignidad, libres e iguales con capacidad y libertad para ir construyendo su existencia en un proceso social continuo, con necesidades particulares en cada etapa de su desarrollo.

El enfoque de derechos, aplicado a la planificación familiar, tiene como objetivo principal el mejorar la calidad de vida a nivel individual, de parejas, de las familias y de la población en general a través de la prestación de servicios integrales de calidad.

La aplicación de esta Norma y Protocolo de Planificación Familiar requiere de proveedores que brinden los servicios tomando en cuenta el enfoque de género; el cual plantea un abordaje de la realidad buscando la equidad e igualdad de oportunidades entre los hombres y las mujeres, considerando las condiciones económicas, políticas y sociales en que se desenvuelven.

9.2.1 Los enfoques en los que se basa este protocolo son los siguientes:

A. Enfoque de Derechos Humanos

“Todos los seres humanos nacen libres con igualdad de dignidad y de derechos... Es atributo de cada persona disfrutar de los derechos y las libertades establecidos en esta Declaración, sin distinción de ningún tipo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, propiedad, nacimiento u otras condiciones... Todos tienen derecho a la vida, la libertad y la seguridad de la persona”. –

Declaración Universal de Derechos Humanos.

Actualmente en el mundo persisten limitaciones para asegurar el acceso a la planificación debido a creencias religiosas, culturales, limitaciones económicas y acceso a los métodos anticonceptivos, particularmente, en mujeres indígenas, adolescentes y jóvenes (10), lo que significa que los gobiernos tienen la obligación de respetar y proteger los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas. Igualmente, los ciudadanos y ciudadanas tienen derecho a exigir a sus gobiernos el máximo cumplimiento de sus derechos, independientemente de su ideología política, etnia, religión.

Derechos ciudadanos de las personas que acceden a los servicios de planificación familiar

Privacidad. Toda persona tiene derecho a:

- Que toda consulta o mención de su caso sea realizada discretamente y que no haya personas presentes que no estén directamente involucradas en su atención, sin su consentimiento.
- Que el silencio respecto al motivo de consulta se mantenga en todos los servicios de los establecimientos de salud: desde la admisión, clasificación, farmacia y otros.
- Esperar que toda comunicación y registros pertinentes a su tratamiento, sean tratados confidencialmente.
- Ser examinado (a) en instalaciones que aseguren la privacidad visual y auditiva.
- Solicitar que esté presente una persona de su confianza durante el examen médico, el tratamiento o el procedimiento.

- Permanecer con bata, nunca desnuda/o, por el tiempo que es necesario para llevar a cabo el procedimiento médico para el cual se le pidió colocarse la bata.
- No hablar o ver si no lo desea a personas que no esté oficialmente relacionado/ a con el establecimiento de salud, incluyendo visitantes o personas oficialmente relacionadas con el establecimiento, pero no involucradas directamente en su atención.

Información. Toda persona usuaria tiene derecho a:

- Obtener de la persona responsable de su atención, la información completa y actualizada del diagnóstico, tratamiento o procedimiento a realizar. Dicha información será comunicada a la persona claramente, de preferencia en su idioma, debiendo verificarse que el mensaje ha sido comprendido.
- Recibir información y educación sobre la sexualidad, y función de órganos sexuales y reproductivos.
- Recibir información completa sobre las características, mecanismos de acción, beneficios, efectos, posibles complicaciones, protección frente a las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) VIH-Sida, posibilidades de falla y contraindicaciones de todos los métodos anticonceptivos que se ofrecen para hombres y mujeres.
- Que no se ofrezca información a terceras personas, ni familiares sobre los motivos de atención, diagnósticos ni tratamiento, si no es autorizado por la persona usuaria, excepto en los casos que la ley lo señale.

Identidad de las Personas Proveedoras de Servicios. Toda persona tiene derecho a:

- Conocer la identidad y el cargo de las personas que le estén ofreciendo servicios de planificación familiar.
- Conocer el nombre del/la profesional de salud que está a cargo de su atención.
- Conocer quien/es son las personas responsables de autorizar y llevar a cabo los procedimientos de atención o tratamiento.

Seguridad Personal. Toda persona tiene derecho a:

- Tener seguridad en la atención mediante prácticas adecuadas, el cumplimiento de los estándares sanitarios correspondientes a cada nivel de los establecimientos de salud.
- Que las instalaciones de los establecimientos de salud brinden aislamiento, bioseguridad y protección necesarios para su seguridad personal.

Toma de Decisiones. Toda persona tiene derecho a:

- Tomar decisiones relacionadas con su tratamiento o atención de salud. Este acto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición, los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo el riesgo de muerte, reacciones serias o problemas relacionados con su recuperación.
- No ser sometido /a procedimiento alguno sin su consentimiento informado y voluntario.

- No ser sometido a presión o coerción alguna para elegir un método anticonceptivo, especialmente en situaciones de estrés, tales como las vinculadas al parto o aborto.
- Consultar con otros/as profesionales de salud, antes de dar su consentimiento, sin perder ningún beneficio o derecho de atención en los servicios de salud.

Respeto y Dignidad. Toda persona tiene derecho a:

- Recibir trato respetuoso en todo momento y bajo cualquier circunstancia.
- Que se respeten sus creencias, y valores, conocimientos, actitudes y prácticas de su cultura.

B. Enfoque de Derechos Sexuales y Reproductivos

La planificación familiar como componente de la salud reproductiva implica el logro de una actuación consciente y responsable de la pareja en el derecho de decidir el número de hijos que desea tener, además de propiciar la salud materno infantil y la paternidad responsable.

En el contexto mundial se ha encontrado que la participación de los hombres en los procesos de la salud reproductiva y en la PF es pobre, lo cual se atribuye por una parte a que los servicios de PF durante mucho tiempo fueron considerados como parte de los programas de atención materno infantil centrando su atención en la mujer, y por otro lado a la poca disponibilidad y variedad de métodos anticonceptivos masculinos eficaces, de manera que los hombres han tenido menos oportunidades de recibir orientaciones e información y de modificar su actuación con respecto a la PF.

Entre los nuevos paradigmas de la salud reproductiva está el hecho de incrementar la participación de los hombres en el entorno familiar y en la planificación familiar por los beneficios que ello representa para el funcionamiento de la pareja, la familia y la sociedad.

Así los programas de intervención de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994) y de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer (Beijing, 1994) reconocieron el rol de los hombres en la salud reproductiva y enfatizaron en la necesidad de desarrollar más proyectos de información y servicios destinados a ellos.

Los hombres desempeñan un papel importante en el apoyo y desarrollo de las necesidades de salud de la pareja. Cuando estos participan en la toma de decisiones referentes a la PF, es más probable que estas decisiones se lleven a la práctica, que las tasas de continuación del uso de métodos anticonceptivos sean mayores, y que se seleccionen métodos anticonceptivos masculinos.

Toda persona tiene derecho a:

- Disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y social que le permitan disfrutar de su sexualidad.
- A decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.
- Tener acceso, en condiciones de igualdad, sin discriminación por edad, opción sexual, estado civil entre otros, a los servicios de atención que incluyan la Salud Reproductiva y Planificación Familiar.
- Tener acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos para poder realizar una elección libre y voluntaria.
- Tener acceso a servicios de calidad en salud sexual y reproductiva.
- A que las instituciones de salud, velen porque se cumplan estos principios en todas las fases de la atención.
- A ser atendidos en Salud Reproductiva sin ningún tipo de coacción.

C. Enfoque de Equidad de Género

La consideración del enfoque de género en la oferta de los servicios de planificación familiar, permite comprender como los aspectos socioculturales, institucionales y normativos se traducen en diferencias en la distribución del poder y en la toma de decisiones en asuntos de la sexualidad y la reproducción, generando un trato desigual entre los hombres y mujeres en la oportunidad de los servicios y un trato diferencial dentro y fuera de los establecimientos de salud.

Comprende:

- Promover la equidad del ejercicio de los derechos entre hombres y mujeres considerando el mayor riesgo de enfermar y morir que tienen las mujeres por los factores propios de la reproducción.
- Contribuir a la puesta en práctica del enfoque de género por los servidores de salud para reducir las inequidades que existen en la toma de decisiones, la cual debe ser informada y responsable para el ejercicio de los derechos de las mujeres y los varones en su salud sexual y reproductiva, prevención de prácticas sexuales de riesgo, prevención de la violencia basada en género y abuso sexual.
- Contribuir a disminuir la morbilidad y mortalidad producto de la inequidad existente y a mejorar la calidad de vida y la armonía entre mujeres y varones, dentro de las familias y comunidad.
- Incluir la participación y responsabilidad de los varones en la salud sexual y la salud reproductiva.
- Promover el desarrollo de información y servicios para varones.

D. Enfoque para la Prevención de la Violencia Intrafamiliar

La violencia en la familia es una de las formas más insidiosas de violencia contra la mujer. La violencia contra las mujeres definida como todo acto de violencia basada en el género que tienen como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción, a la privación arbitraria de la libertad, en la vida pública o privada está asociada a riesgos en la Salud Reproductiva porque: Es causa de embarazos no deseados, incrementa el riesgo de aborto provocado, incrementa el riesgo de contraer Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH-SIDA, disminuye el poder de decisión de las mujeres mediante la privación de la libertad de cuando y como utilizar métodos anticonceptivos, aumentando el riesgo de embarazos no deseados.

Comprende:

- Sensibilizar a la población y a los proveedores en el problema de la violencia familiar basada en género.
- Realizar el tamizaje y diagnóstico de violencia familiar a todas las usuarias que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Contribuir al diagnóstico de violencia familiar entre las usuarias de los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la atención integral de las víctimas de violencia tanto en el ámbito institucional como multisectorial. Incluyendo la prescripción de la AOE.

E. Enfoque de Interculturalidad

El reconocimiento y respeto de la existencia de diversidades socio culturales en el país implica el conocimiento, comprensión y acción de los trabajadores de salud conciliando sus conocimientos, actitudes y competencias con las características culturales, étnicas, lingüísticas, educativas, religiosas, socioeconómicas, edad, identidad y orientación sexual y género, introduciendo adaptaciones en la atención.

Sensibilización y capacitación del personal en relación a conocimientos, comprende:

- Conocimientos actitudes y prácticas de los/las usuarios/as.
- Adecuación cultural de los servicios.
- Trabajo con Agentes comunitarios de salud, trabajo de Pares.
- Atención domiciliaria.

F. Enfoque de Integralidad:

La integralidad es un cambio de concepción de como “mirar” a las personas para que los servicios que le sean entregados logren mejor impacto sobre su estado de salud asegurando su oportunidad y continuidad. Esta “mirada” reconoce que la situación de salud de la persona es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial: la persona tiene una carga biológica y psicológica que se desarrolla dentro de un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco-biológicas del entorno familiar y

de la comunidad. A su vez la familia está en constante interacción entre sus miembros y con el medio natural, cultural y social de su entorno comunitario.

Por tanto, una mirada integral implica reconocer las necesidades de salud de las personas y que su resolución requiere que las acciones de salud se amplíen hacia su entorno: familia y comunidad; todo esto transcurre a lo largo de la vida y cada etapa personal y familiar tiene sus propias necesidades y enfoques. ⁽⁴⁾

9.2.2 Elección de anticonceptivos

La toma de decisiones sobre los métodos anticonceptivos requiere un equilibrio entre las ventajas y las desventajas de los diferentes métodos, que varían en función de las percepciones, circunstancias y las interpretaciones individuales. Los factores para tener en cuenta al elegir un método anticonceptivo en particular incluyen las características de la persona usuaria potencial, el riesgo inicial de enfermedad, el perfil de efectos adversos de los distintos productos, el costo, la disponibilidad y las preferencias de las y los pacientes.

9.2.3 Efectividad de los métodos

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones habituales de uso, en un periodo de un año.

La efectividad de los métodos depende del uso correcto y consistente, el cual puede variar enormemente en función de las características de las personas usuarias, como la edad, los ingresos, el deseo de evitar o demorar el embarazo, y la cultura. Los aspectos programáticos, como la disponibilidad y el costo de los servicios, y la calidad del asesoramiento también tienen un efecto significativo en cuán eficazmente

9.2.4 Retorno a la fertilidad

Es la capacidad de cada persona de recuperar su fertilidad o de lograr un embarazo después de usar un determinado método anticonceptivos

9.2.5 Infecciones de transmisión sexual y anticoncepción

Es importante que quienes se dedican a la prestación de servicios de salud ofrezcan información sobre prácticas sexuales seguras a fin de prevenir la transmisión y que recomienden enfáticamente la doble protección a todas las personas en riesgo significativo, ya sea a través del uso simultáneo de preservativos con otros métodos o mediante el uso correcto y consistente de los preservativos solos para evitar el embarazo y prevenir las ITS, incluido el VIH.

9.2.6 Usuarías con necesidades especiales

Personas con discapacidades

De acuerdo con la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, las personas con discapacidades deben tener acceso, en condición de igualdad con los demás, a todas las formas de atención de la salud sexual y reproductiva como parte del derecho general a casarse, formar una familia y conservar su fertilidad. A

menudo, las y los profesionales de la salud no ofrecen servicios de salud sexual y reproductiva a las personas con discapacidades debido al concepto erróneo generalizado de que estas personas no son sexualmente activas.

En todos los casos, las decisiones médicas se deben basar en una elección informada y de acuerdo con la educación adecuada en salud sexual y reproductiva. Cuando la naturaleza de la discapacidad dificulta la posibilidad de determinar la voluntad y las preferencias de la persona. Específicamente, en estos casos es necesario establecer un proceso de toma de decisiones respaldado, en el cual las personas de confianza de la persona con discapacidad (o discapacidades), el mediador personal y otras personas que brindan apoyo participen conjuntamente con la persona discapacitada para tomar una decisión que sea, en la mayor medida posible, coherente con su voluntad y sus preferencias.

Mujeres en Menopausia

La menopausia por definición corresponde a la ausencia de la menstruación (amenorrea) durante 12 meses consecutivos. En promedio las mujeres llegan a la menopausia a los 50 años. A la edad de 55 años el 96% de las mujeres ya llegó a la menopausia.

A fin de prevenir el embarazo hasta que esté claro que la mujer dejó de ser fértil, una mujer puede utilizar cualquier método si no tiene una patología médica que limite su uso. La edad por sí sola no representa una limitación para la mujer para usar cualquiera de los métodos anticonceptivos.

9.2.7 Consideraciones especiales para evaluación

La mujer, hombre o pareja que desee o requiera hacer uso de un método de planificación familiar debe ser abordado por el personal involucrado en la prestación de los servicios: Médico Especialista, Médico General, Enfermera Profesional, Auxiliar de Enfermería, Técnico en Salud Ambiental y el personal voluntario; de acuerdo a su competencia serán encargados de proporcionar los métodos a quien lo solicite o que desee utilizarlos previa evaluación de los Criterios Médicos de Elegibilidad para su uso.

Debe realizarse una evaluación inicial que incluya lo siguiente:

- Historia Clínica completa
- Examen Físico Completo
- Exámenes Complementarios en los casos que sea necesario
- Consejería de PF

9.2.8 Consejería en planificación familiar

La consejería en planificación familiar consiste en brindar información sobre los métodos anticonceptivos para que se puedan tomar decisiones voluntarias, conscientes e informadas acerca de su vida sexual y reproductiva; así como para efectuar la selección del método más adecuado a sus necesidades individuales y asegurar un uso correcto y satisfactorio por el tiempo que se desea la protección anticonceptiva.

La adherencia al método de planificación familiar que las personas deciden utilizar depende de la calidad de consejería que se le brinde.

9.2.9 Clasificación de exámenes y análisis antes de iniciar los métodos anticonceptivos

No es necesario la realización de ningún examen previo al inicio de algún método anticonceptivo, únicamente necesita la certeza razonable que la usuaria no está embarazada utilizando la lista de verificación del embarazo (Ver Anexo #1), en los lugares donde sea factible realizar una prueba de embarazo se debe realizar para asegurar que no existe riesgo del mismo. Las personas con problemas de salud conocidos u otras condiciones especiales es probable que necesiten exámenes o análisis adicionales antes de confirmar que son candidatas adecuadas para un tipo particular de método anticonceptivo.

9.2.10 Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Consiste en la aplicación de diversos criterios definidos por la OPS/OMS para la utilización de los métodos anticonceptivos en diferentes tipos de usuarios y usuarias tomando en consideración características particulares de cada uno.

10. CUERPO SUSTANTIVO

10.1 GENERALIDADES

10.1.1 ¿Qué es la Planificación Familiar?

La planificación familiar es una estrategia que permite a las parejas decidir por sí mismas tener o no, el número de hijo(as) que desean, así como el momento oportuno para tenerlos. Es también un derecho humano, una estrategia de salud pública, una medida de bienestar familiar y una condición que facilita el desarrollo socioeconómico y asegura el desarrollo sostenible.

El cuidado de la salud sexual y reproductiva, incluyendo la información y los servicios de planificación familiar, se reconoce no sólo como una intervención clave para mejorar la salud de las mujeres y las y los niños, sino también como un derecho humano. Todas las personas tienen derecho al acceso, la elección y los beneficios del avance científico en la selección de métodos de planificación familiar.

La salud reproductiva trata de asegurar que el individuo sea capaz de tener una vida sexual responsable, satisfactoria y libre de riesgo. Con la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y con qué frecuencia hacerlo. En esta última condición está implícito el derecho del hombre y la mujer a recibir información y tener acceso efectivo, aceptable a un costo razonable y libre de riesgo a los métodos de la regulación de la fecundidad de su elección, así como el derecho de acceder a los servicios adecuados de salud. Se deben de analizar todos los criterios de elegibilidad y las prácticas recomendadas para ayudarles a elegir y usar un método de planificación familiar. ⁽⁶⁾

10.1.2 ¿Cómo entender el ciclo menstrual?

El ciclo menstrual es la serie de cambios que el cuerpo de la mujer experimenta todos los meses en preparación para la posibilidad de un embarazo. Cada mes, uno de los ovarios libera un óvulo en un proceso llamado ovulación. Al mismo tiempo, se producen cambios hormonales que preparan al útero para el embarazo. Si se produce la ovulación, pero no se fertiliza el óvulo, el tejido que recubre el útero se expulsa a través de la vagina.

10.1.3 ¿Como se clasifican los métodos de planificación familiar?

Los métodos de planificación familiar o anticonceptivos pueden dividirse en tres grandes grupos tomando en cuenta la duración de los mismos, entre estos tenemos los métodos temporales, de largo plazo y los métodos permanentes.

10.1.3.1 METODOS PERMANENTES

- a) Esterilización Femenina o Salpingoplastia
- b) Esterilización Masculina o Vasectomía sin Bisturí

10.1.3.2 METODOS TEMPORALES DE LARGO PLAZO

- a) Dispositivos Intrauterinos
 - DIU liberadores de cobre.
 - DIU de progestágenos
- b) Implantes subdérmicos de progestina.

10.1.3.3 METODOS TEMPORALES DE CORTO PLAZO

a) Métodos hormonales:

- Anticonceptivos orales (combinados y progestina sola).
- Anticonceptivos inyectables (combinados y progestina sola).
- Otros anticonceptivos hormonales: Parches, Anillo vaginal,

b) Métodos de Barrera

- Preservativo o condón masculino
- Condón femenino
- Diafragma.
- Capuchones cervicales.
- Esponjas vaginales.

c) Métodos naturales o planificación familiar natural:

- Método de la amenorrea de la lactancia materna (MELA)
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
- Método de días fijos (collar del ciclo).

10.1.4 ¿Qué es la eficacia Anticonceptiva?

Es la capacidad de un método anticonceptivo para evitar embarazos en las condiciones ideales de uso (eliminando el error humano), en un período de un año. En este protocolo se describe la eficacia anticonceptiva de cada MAC, así como su efectividad la cual va a depender del/la usuaria(o). Ver Anexo # 3: Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar. ⁽⁷⁾

10.2 METODOS PERMANENTES

10.2.1 ESTERILIZACION QUIRÚRGICA FEMENINA (AQV)

10.2.1.1 Puntos clave

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. En general no es reversible.
- **Implica un examen físico y cirugía.** El procedimiento lo realiza un proveedor con capacitación específica.
- **No tiene efectos secundarios a largo plazo.**

¿Qué es la esterilización femenina?

- Anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos.
- Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:
 - La minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para ligarlas y cortarlas.
 - La laparoscopia supone la inserción en el abdomen de un tubo largo y fino con una lente, a través de una pequeña incisión. Este laparoscopio le permite al médico ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.
- También llamada esterilización tubárica, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, minilaparotomía y “la operación.”

¿Cómo actúa?

Funciona porque se cortan o bloquean las trompas. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden moverse por las trompas y, por lo tanto, no entran en contacto con los espermatozoides, los que también tienen el paso obstruido.

¿Qué tan eficaz es?

Es uno de los métodos más eficaces, pero supone un cierto riesgo de falla:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres durante el primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1000). Significa que 995 de cada 1000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se embarazan.
- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta que la mujer alcance la menopausia.
 - Más de 10 años de uso: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres (18 a 19 por 1000 mujeres).

- Su eficacia varía ligeramente dependiendo de la forma de bloquear las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas para todas las técnicas. Una de las técnicas más eficaces es cortar y atar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas posparto).

¿Produce infertilidad?

La fertilidad no se restablece porque en general la esterilización no puede interrumpirse ni revertirse. El procedimiento pretende ser permanente. La cirugía para revertirlo es difícil, costosa y no está disponible en la mayoría de las zonas del país. Cuando se realiza, la cirugía de reversión a menudo no logra que la mujer luego se embarace.

¿Protege contra ITS?

No confiere protección contra Infecciones de Transmisión Sexual.

10.2.1.2 Consejería para la realización de la Esterilización femenina

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Auxíliese del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS para asesorar de manera adecuada a la usuaria.

10.2.1.3 Criterios médicos de elegibilidad para Esterilización femenina

Todas las mujeres pueden someterse a esterilización femenina. No existe ninguna patología médica que le impida a una mujer recurrir a la esterilización femenina. Con la lista de verificación que se presenta adelante se pretende detectar si la usuaria tiene alguna patología médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina. Haga a la usuaria las preguntas de la lista de verificación, si responde “no” a todas las preguntas, se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina (AQV) en condiciones de rutina sin demora. Si responde que “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones que recomiendan cautela, demora o preparativos especiales.

Lista de verificación:

- Cautela significa que el procedimiento puede realizarse en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- Demora significa postergar la esterilización femenina. Estas patologías deben ser tratadas y resueltas antes de poder realizar la esterilización femenina. Proporcione a la usuaria otro método para usar hasta que se pueda someter al procedimiento.
- Especial significa que hay que tomar precauciones o hacer preparativos especiales para realizar el procedimiento con cirujano y personal experimentados, equipo para

realizar anestesia y soporte médico de respaldo. Para estas patologías también es preciso poder determinar cuál es el procedimiento y el régimen de anestesia más apropiado. Debe darle a la usuaria otro método que pueda usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

Preguntas:

- 1. ¿Presenta o ha presentado algún problema o alguna afección propia de la mujer (trastornos o problemas ginecológicos u obstétricos), como infección o cáncer? De ser así, ¿qué problemas?**

☐ NO ☐ SI

Si tiene alguno de los siguientes, **sea cauteloso**:

- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria después del último embarazo
- Cáncer de mama
- Fibromas uterinos
- Antecedentes de cirugía abdominal o pelviana

Si tiene alguno de los siguientes, **demore la AQV**:

- Embarazo en curso
- 7 a 42 días posparto
- Posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia
- Complicaciones posparto o postaborto graves (como infección, hemorragia, o traumatismo) excepto rotura o perforación uterina
- Mucha sangre acumulada en el útero
- Sangrado vaginal inexplicado que sugiera una patología médica subyacente
- Enfermedad pélvica inflamatoria
- Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea
- Cánceres pelvianos (el tratamiento puede causar esterilidad, de cualquier modo)
- Enfermedad trofoblástica maligna

Si presenta alguno de los siguientes, **haga preparativos especiales**:

- SIDA
- Útero fijo a causa de cirugía o infección previas
- Endometriosis
- Hernia (de pared abdominal o umbilical)
- Rotura o perforación uterina posparto o postaborto

- 2. ¿Sufre alguna enfermedad cardiovascular, como trastornos cardíacos, accidente cerebrovascular, hipertensión, o complicaciones de una diabetes? De ser así, ¿cuáles?**

☐ NO ☐ SI

Si presenta alguna de las siguientes patologías, tenga **cautela**:

- Hipertensión controlada
- Hipertensión leve (140/90 a 159/99 mm Hg)
- Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones

Si presenta alguna de las siguientes patologías, **postergue la AQV**:

- Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial

- Coágulos sanguíneos en venas profundas de miembros inferiores o pulmones

Si presenta alguna de las siguientes patologías, **tome precauciones especiales**:

- La conjunción de varias patologías, tales como edad avanzada, tabaquismo, hipertensión o diabetes, aumenta las probabilidades de cardiopatía o accidente cerebrovascular
- Hipertensión arterial moderada o grave (160/100 mm Hg o más)
- Diabetes de más de 20 años de evolución o daño arterial, a la visión, riñones, o del sistema nervioso provocado por la diabetes
- Valvulopatía complicada

2. ¿Sufre de alguna enfermedad prolongada o persistente, o cualquier otra condición? De ser así, ¿de qué enfermedad se trata?

☐ NO ☐ SI

Si presenta alguna de las siguientes patologías o condiciones **sea cauteloso**:

- Epilepsia
- Diabetes sin arteriopatía, daño de la visión, renal o del sistema nervioso
- Hipotiroidismo
- Cirrosis hepática leve, tumores de hígado (¿Tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos?), o esquistosomiasis con fibrosis hepática
- Anemia ferropénica moderada (hemoglobina 7–10 g/dl)
- Enfermedad falciforme
- Anemia hereditaria (talasemia)
- Nefropatía
- Hernia diafragmática
- Desnutrición severa (¿Es demasiado delgada?)
- Obesidad (¿Tiene un sobrepeso extremo?)
- Cirugía abdominal electiva para cuando se desea hacer la esterilización
- Depresión
- Juventud
- Lupus sin complicaciones

Si la usuaria presenta cualquiera de los siguientes, **postergue la AQV**:

- Patología sintomática de vesícula biliar
- Hepatitis viral activa
- Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor a 7 g/dl)
- Patología pulmonar (bronquitis o neumonía)
- Infección sistémica o gastroenteritis importante
- Infección cutánea abdominal
- Cirugía abdominal de emergencia o infección, o cirugía mayor con inmovilización prolongada

Si presenta alguna de las siguientes, **tome precauciones especiales**:

- Cirrosis hepática grave
- Hipertiroidismo
- Trastornos de la coagulación (la sangre no coagula).
- Patología pulmonar crónica (asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar)

- Tuberculosis pelviana
- Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) y trombocitopenia grave, o está recibiendo tratamiento inmunosupresor

10.2.1.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
<p>Ayuda a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de embarazo • Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI) <p>Puede ayudar a proteger contra:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cáncer de ovario 	<p>Poco comunes a extremadamente raros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Complicaciones de cirugía y anestesia (ver debajo)

Complicaciones de la cirugía

Poco comunes a extremadamente raros:

- La esterilización femenina es un método de anticoncepción seguro. Sin embargo, requiere cirugía y anestesia, lo que conlleva algunos riesgos, tales como infección o absceso de la herida. Las complicaciones graves no son comunes. La muerte debida al procedimiento es extremadamente rara.

El riesgo de complicaciones es significativamente más bajo con anestesia local que con anestesia general. Si se usan técnicas adecuadas y el procedimiento se realiza en condiciones apropiadas, las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo.

10.2.1.5 Quién puede someterse a la esterilización femenina

Toda mujer en edad fértil, independientemente de su edad, del número de hijos que tenga y de su estado civil, con una adecuada consejería, solicitud voluntaria y el llenado y firmado del “consentimiento informado” puede realizarse la AQV-femenina que es un procedimiento seguro para todas las mujeres.

El grupo de mujeres menores de 21 años, se incluye considerando lo contemplado en el Artículo 24 de la “Convención de los Derechos del Niño” que es un documento Internacional del cual Honduras es signatario, en su observación General No. 15 (del año 2013 del Comité de los Derechos del Niño), que dice entre otras cosas: “Por tanto, el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud dispone que en virtud de su autonomía progresiva los niños pueden someterse “a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación

en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

Las mujeres con discapacidad mental representan un grupo especial y se les puede realizar la esterilización femenina previa solicitud y autorización debidamente firmada por su padre, madre, tutor legal y/o por la autorización de un fiscal o un diagnóstico médico que confirme su discapacidad mental.

Para someterse a la esterilización femenina NO es necesario:

- Realizarse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina
- Someterse a una prueba de tamizaje para cáncer cervical
- Aun cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente segura que no está embarazada (ver Lista de verificación del embarazo)

10.2.1.6 Acceso a los servicios de esterilización femenina

El Personal Institucional y voluntario ofrecerá la esterilización femenina a toda mujer o pareja que no desee tener más hijos y lo solicite voluntariamente.

10.2.1.7 ¿Cuándo realizar la cirugía?

Si no hay una razón médica para postergarla, la mujer puede someterse al procedimiento de esterilización femenina cuando quiera si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, use la Lista de verificación del embarazo.

Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando realizar la AQV
Tiene ciclos menstruales regulares o cambia de método	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento dentro de los 7 días siguientes al inicio de su menstruación. No precisa usar otro método antes del procedimiento.• Si han pasado más de 7 días del inicio de su menstruación, se puede someter al procedimiento en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.• Si está sustituyendo anticonceptivos orales, puede seguir tomando las pastillas hasta que haya terminado el paquete para mantener su ciclo regular.• Si está sustituyendo un DIU, se puede someter al procedimiento inmediatamente.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.

Después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente o dentro de los 7 días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado. • En cualquier momento en las 6 semanas o más siguientes al parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después de pérdida de embarazo o aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Dentro de las 48 horas de un aborto no complicado si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.

10.2.1.8 Esterilización femenina para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres que viven con VIH, portadoras de SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden someterse sin peligro a la esterilización femenina. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con SIDA es preciso realizar algunos preparativos especiales.
- Recomiende a estas mujeres usar condones además de la esterilización femenina. Usados sistemática y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser sometida a coerción ni presión para realizarse esterilización femenina, incluidas las mujeres viviendo con VIH.

10.2.1.9 Consentimiento informado

El proveedor de salud responsable de brindar la información y consejería para esterilización femenina deberá asegurarse que la usuaria comprenda toda la información y aspectos relacionados con el método para que tome una decisión voluntaria y con pleno conocimiento firme la hoja de consentimiento informado, o en su defecto cualquier otro documento en el que se haga constar que la usuaria se somete voluntariamente a este procedimiento y lleve su firma o huella digital.

- La solicitud expresa que la usuaria acepta que se le realice el procedimiento aclarando que lo hace en forma voluntaria
- Que hay métodos temporales disponibles para ella y su pareja
- Que la han proporcionado la información necesaria para tomar la decisión
- Que el procedimiento es permanente
- Que si el procedimiento tiene éxito no podrá salir embarazada
- Que además de los beneficios, el procedimiento también con lleva algún riesgo
- Puede desistir del procedimiento en cualquier momento antes de su realización

El establecimiento de salud que presta el servicio de esterilización femenina deberá contar con formularios de consentimiento informado que será firmado por la usuaria y el proveedor previo a la cirugía. Los contenidos mínimos del formulario de “Consentimiento Informado” son los siguientes:

- Nombre completo de la persona usuaria
- Numero de Identidad
- Edad de la persona usuaria
- Espacio para la firma y/o huella digital de la usuaria
- Nombre completo de un testigo de fe
- Numero de identidad del testigo de fe
- Espacio para la firma y/o huella digital del testigo de fe
- Nombre completo del padre o madre de la usuaria (si es menor de 21 años)
- Numero de identidad del padre o madre de la usuaria (si es menor de 21 años)
- Espacio para la firma y/o huella digital del padre o madre de la usuaria (si es menor de 21 años)

10.2.1.10 Realización del procedimiento de esterilización

Explicación del procedimiento

Una mujer que ha elegido la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no da instrucciones detalladas. (La siguiente descripción se aplica a procedimientos realizados más de 6 semanas después del parto. El procedimiento usado hasta los 7 días después del parto es levemente diferente.)

Procedimiento de mini laparotomía

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer generalmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea de vello pubiano.
4. El proveedor hace una incisión pequeña vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (Para la mujer que acaba de tener un parto, la incisión se hace horizontalmente en el borde inferior del ombligo.)
5. El proveedor inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, atravesando el cérvix, entrando al útero para elevar las dos trompas de Falopio para que estén más cerca de la incisión. Esto puede provocar molestia.
6. Se hace la ligadura y se corta cada trompa o se cierran con un gancho o una argolla.
7. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
8. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer al irse de la clínica u hospital. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

El procedimiento laparoscópico

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
2. El proveedor realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación liviana (con píldoras o por vía intravenosa) para relajarla. Se mantiene despierta. Se le inyecta un anestésico local bajo el ombligo.
4. El proveedor coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, insufla el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen, y la separa de los órganos pelvianos.
5. El proveedor hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en el área anestesiada e inserta un laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio
6. El proveedor inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para cerrar las trompas de Falopio.
7. Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla, o con una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
8. El proveedor retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
9. La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se va de la clínica u hospital. Usualmente puede irse en unas pocas horas.

10.2.1.11 Ayuda a las usuarias

Manejo de problemas

Problemas comunicados como complicaciones

- Los problemas afectan la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. Hay que prestarles atención. Si la usuaria refiere complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes y si corresponde, trátela.

Infección del sitio de incisión (rubor, calor, dolor, pus)

- Limpie el área infectada con agua y jabón o con un antiséptico
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquele a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

Absceso (acumulación de pus bajo la piel provocada por infección)

- Limpie el área con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.

- Indíquese a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente rubor, calor, dolor o le supura o tiene secreción por la herida.

Sospecha de embarazo

- Descartar embarazo, incluso el embarazo ectópico.

10.2.1.12 Entrega del método

El establecimiento de salud que presta el servicio de esterilización femenina deberá contar con un equipo de trabajo, con entrenamiento específico, responsable de realizar el procedimiento con funciones definidas, realizará la programación diaria del quirófano y organizará los recursos y equipos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico.

El proveedor de servicios de salud dará las instrucciones preoperatorias a la usuaria según el Protocolo de Servicios Clínicos de Planificación Familiar

Definición de funciones del personal que realiza el procedimiento quirúrgico:

El Cirujano:

Es responsable de realizar el procedimiento quirúrgico y del desempeño del equipo quirúrgico. El cirujano debe ser Especialista en Ginecología, Médico Residente o Médico General capacitado en la técnica quirúrgica.

Personal de Enfermería:

Es responsable de asistir e instrumentar al cirujano y realizar cuidados postoperatorios

El Circulante:

Es responsable de preparar los instrumentos, equipo de ropa y los insumos necesarios para la realización del procedimiento, así como también de cubrir otras necesidades que el equipo requiera durante el proceso quirúrgico.

Anestesiólogo o Técnico de Anestesia:

Es responsable de proporcionar los medicamentos y drogas, controlar los signos vitales de la usuaria y verificar el efecto de la anestesia durante y posterior al procedimiento.

El Médico Especialista, Médico Residente o Médico General capacitado que realicen el procedimiento quirúrgico deberá revisar los antecedentes o registros médicos de la usuaria y considerarán las situaciones ocurridas o asociadas al embarazo, parto o aborto que puedan requerir posponer el procedimiento para lo cual el proveedor de salud debe realizar una evaluación completa a la usuaria antes del procedimiento:

Evaluación preoperatoria:

Datos generales

Consignar: nombre, edad, dirección domiciliaria, estado civil, ocupación y teléfono

- Examinar registros médicos anteriores, si se dispone de ello
- Antecedentes patológicos
- Antecedentes ginecológicos u obstétricos (FUM, FUP, FUA, método anticonceptivo previo, descartar embarazo)
- Antecedentes quirúrgicos (cesáreas ó cirugías previas)
- Anamnesis por sistemas (puntos relevantes)
- Antecedentes inmunoalérgicos
- Antecedente o presencia de Infecciones de Transmisión Sexual o de otro tipo
- Descartar la presencia de Criterios Médicos de Elegibilidad categoría 3 o 4.

EXÁMEN FÍSICO DIRIGIDO

- Explicar a la usuaria los procedimientos del examen
- Examinar y anotar los signos vitales (presión arterial y frecuencia cardiaca)
- Examinar pulmones y corazón
- Abdomen (determinar presencia de masas, tumoraciones, sensibilidad anormal, dolor a la palpación en parte baja del abdomen)
- Examen pélvico bimanual para determinar: tamaño, consistencia posición y movilización del útero
- Tamaño, consistencia y sensibilidad de los anexos
- Examen con espéculo: identificación de infecciones vaginales y otras

El proveedor de salud al finalizar el procedimiento quirúrgico deberá garantizar un adecuado proceso de recuperación y dará alta de acuerdo a lo siguiente:

- Trasladar a la usuaria a sala de recuperación acondicionada para el monitoreo y vigilancia.
- Dar alta a la usuaria, en una o dos horas de acuerdo a la evolución (buen estado físico y sin complicaciones)
- Reforzar las recomendaciones para el auto cuidado de la esterilización femenina
- Descansar durante 2 días, evitar el trabajo vigoroso o levantar objetos pesados durante 1 semana
- Mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días
- Evitar rozar la incisión durante 1 semana
- Abstenerse de relaciones sexuales durante por lo menos 1 semana o hasta que ella se sienta cómoda
- Explicar qué hacer con los problemas más comunes posterior a la realización del procedimiento
- Planificar la visita de control.

Manejo del dolor

La unidad de salud que brinde el servicio de esterilización femenina deberá contar con los medicamentos apropiados para el manejo del dolor durante la realización del procedimiento.

La anestesia local se usará con o sin sedación leve y este es el esquema de elección para la esterilización femenina.

- Explicar a la usuaria el tipo de anestesia y medicamentos que se usarán para el realizar el procedimiento.
- Colocar una aguja de 1^{1/2} “. Se recomienda una aguja de calibre 25 o 27
- La dosis individual máxima de lidocaína sin epinefrina no debe exceder a 4.5 mg/Kg. de peso (2mg/lb.)

10.2.1.13 Visita de seguimiento post cirugía

Se atenderá a la usuaria de esterilización femenina en la visita de seguimiento a los 7 - 10 días posteriores a la cirugía, realizando lo siguiente:

- Revisar el sitio de la incisión buscando signos de infección
- Retiro de los puntos de la piel (si es necesario)
- Sugerir analgésicos: eje.: Ibuprofeno (400 mg) via oral 3 TID por 5 días
- Dar tratamiento o seguimiento de signos y síntomas en caso que sea necesario
- Informar y motivar la visita a la unidad de salud por lo menos una vez al año

10.2.1.14 Prevención de infecciones

Se deben realizar prácticas que contribuyan a reducir el riesgo de una infección relacionada con el procedimiento, por lo que el equipo quirúrgico encargado del procedimiento de esterilización femenina tomará medidas que contribuyan a la prevención de infecciones practicando una técnica de asepsia, que incluya:

- Uso de barreras contra la infección (por ejemplo, vestimenta quirúrgica)
- Lavado quirúrgico y uso de guantes quirúrgicos
- Preparación adecuada de la usuaria.
- Mantenimiento del área estéril en la sala quirúrgica
- Uso de una buena técnica quirúrgica

10.2.1.15 Recolección de la información

El establecimiento de salud que brinda el servicio de esterilización femenina deberá realizar la recolección de la información de acuerdo a los Protocolos de Servicios Clínicos de Planificación Familiar y enviarla a los diferentes niveles gerenciales. La recolección de la información deberá realizarse en:

- Libros de egresos de las salas y de quirófanos
- Libros de registros de procedimientos de sala
- Expediente clínico

10.2.1.16 Incapacidad después de la realización del procedimiento

Un vez realizado el procedimiento quirúrgico se otorga incapacidad a la usuaria durante 14 a 21 días de acuerdo a lo sucedido durante la realización del mismo y la evolución de la paciente.

10.2.1.17 Preguntas y respuestas sobre la esterilización femenina

1. ¿La esterilización altera la menstruación o la interrumpe?

No. La mayoría de los estudios de investigación encuentran que no aparecen alteraciones importantes en los patrones de sangrado tras la esterilización femenina. Si una mujer estaba usando un método hormonal o un DIU antes de la esterilización, su patrón de sangrado volverá al mismo patrón que antes de usar esos métodos. Por ejemplo, las mujeres que pasan de los anticonceptivos orales combinados a la esterilización femenina pueden notar un sangrado más profuso cuando su menstruación recupera los patrones habituales. Es de destacar, sin embargo, que la menstruación habitualmente se hace menos regular a medida que se acerca la menopausia.

2. ¿La esterilización hace que la mujer pierda el deseo sexual? ¿La hace engordar?

No. Después de la esterilización la mujer luce y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Puede hallar que disfruta más del sexo porque no tiene que preocuparse de quedar embarazada. No aumentará de peso a causa del procedimiento de esterilización.

3. ¿Hay que ofrecer esterilización sólo a mujeres que hayan tenido una cierta cantidad de hijos, que hayan alcanzado una cierta edad, o que estén casadas?

No. No hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido a su edad, la cantidad de hijos vivos, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas en cuanto a la edad, la cantidad de hijos, edad del último hijo, o estado civil. Debe permitirse a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no la esterilización.

4. ¿No es más fácil para la mujer y el proveedor de atención de salud usar anestesia general? ¿Por qué usar anestesia local?

La anestesia local es más segura. La anestesia general es más riesgosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo de los procedimientos de esterilización femenina— la anestesia general. Asimismo, después de la anestesia general, las mujeres a menudo presentan náuseas. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local. Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación, los proveedores deben tener cuidado de no excederse en la dosis de sedación de la mujer. Deben tratar a la mujer con suavidad y hablarle durante el procedimiento. Esto ayuda a tranquilizarla. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace un buen asesoramiento y el proveedor está bien capacitado. Sin embargo, hay mujeres con ciertas características, por ejemplo sobrepeso, en las que no se puede utilizar la anestesia local.

5. ¿Una mujer que se ha hecho un procedimiento de esterilización alguna vez se tiene que preocupar nuevamente de quedar embarazada?

Generalmente no. La esterilización femenina es muy eficaz en la prevención del embarazo y se supone que sea permanente. Sin embargo, no es el 100% eficaz. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un ligero riesgo de quedar embarazadas: alrededor de 5 de cada 1000 mujeres quedan embarazadas en el transcurso del primer año del procedimiento. El pequeño riesgo de embarazo se mantiene más allá del año y hasta que la mujer alcance la menopausia.

6. El embarazo después de la esterilización femenina es infrecuente, ¿pero hay algún caso?

En general lo que ocurre es que la mujer ya estaba embarazada en el momento de la esterilización. En algunos casos se produce una abertura de la trompa de Falopio. También puede producirse el embarazo si el proveedor hace un corte en el lugar equivocado en vez de las trompas.

7. ¿Puede revertirse la esterilización si la mujer decide que quiere tener otro hijo?

Generalmente no. La esterilización pretende ser permanente. La gente que posiblemente quiera tener más hijos debería optar por otro método de planificación familiar. La cirugía que pretende revertir la esterilización tiene éxito sólo en algunas mujeres— aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso entre estas mujeres, la reversión a menudo no termina en embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar este tipo de cirugía. Cuando se presenta el embarazo después de la reversión, el riesgo que el embarazo sea ectópico es mayor que lo habitual. Por lo tanto, la esterilización debe considerarse irreversible.

8. ¿Es mejor que la mujer se someta a esterilización femenina o que el hombre se haga una vasectomía?

Cada pareja debe decidir por sí misma qué método le resulta mejor. Ambos son métodos permanentes, muy eficaces y seguros para las parejas que saben que no quieren tener más hijos. Idealmente, una pareja debería considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, debería preferirse la vasectomía porque es más sencilla, segura, fácil y más barata que la esterilización femenina.

9. ¿Duele el procedimiento de esterilización femenina?

Sí, un poco. Las mujeres reciben anestesia local para eliminar el dolor y excepto en casos especiales, permanecen despiertas. La mujer puede sentir que el proveedor mueve su útero y las trompas de Falopio. Esto puede resultar incómodo. Si hay un anestesista capacitado y se dispone de un equipo adecuado, puede optarse por la anestesia general para las mujeres que le teman mucho al dolor. La mujer puede sentirse dolorida y débil durante varios días o incluso unas pocas semanas después de la cirugía, pero pronto recuperará su fuerza.

10. ¿Cómo pueden los proveedores ayudar a la mujer a decidir sobre la esterilización femenina?

Proporcionando información clara y balanceada acerca de la esterilización femenina y otros métodos de planificación familiar y ayudando a la mujer a meditar su decisión. Pueden hablar minuciosamente sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a una mujer a pensar cómo se sentiría sobre posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo.

11. ¿La esterilización femenina aumenta el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, la esterilización femenina reduce en gran medida el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes entre las mujeres sometidas a un procedimiento de esterilización. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres después de la esterilización femenina es de 6 por 10.000 mujeres por año. La tasa de embarazos ectópicos entre las mujeres en los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por 10.000 mujeres por año. En raras ocasiones la esterilización fracasa y ocurre embarazo, 33 de cada 100 (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Aun así, el embarazo ectópico puede amenazar la vida, por lo que un proveedor debería ser consciente de que existe la posibilidad de embarazo ectópico si falla la esterilización.

12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?

Si no hay ninguna patología médica preexistente que requiera preparativos especiales:

- La minilaparotomía puede realizarse en las maternidades y en instalaciones de salud básicas donde se puede hacer la cirugía. Eso incluye las unidades permanentes y transitorias que pueden remitir a la mujer a un nivel de atención superior en caso de emergencia.
- La laparoscopia requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y haya anestesiista disponible.

10.2.2 ESTERILIZACIÓN MASCULINA – VASECTOMÍA SIN BISTURÍ (AQV-M)

10.2.2.1 Puntos clave

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. Generalmente es irreversible.
- **Se trata de un procedimiento quirúrgico seguro y sencillo.**
- **Demora 3 meses en actuar.** El hombre o la pareja deben usar condones u otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes a la vasectomía.
- **No afecta el desempeño sexual masculino.**

¿En qué consiste la vasectomía?

- Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos.
- A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).
- También llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.

¿Cómo actúa?

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo el pasaje de los espermatozoides del semen. Se eyacula el semen, pero no puede generar embarazo.

¿Qué tan eficaz es?

Es uno de los métodos más eficaces, pero se acompaña de un pequeño riesgo de fracaso:

- En los casos en los que el hombre no se puede hacer el exámen de semen 3 meses después del procedimiento para ver si todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son alrededor de 2 a 3 por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja. Esto significa que de 97 a 98 de 100 mujeres cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía no van a quedar embarazadas.
- En los casos en los que el hombre se puede hacer el exámen de semen después de la vasectomía, hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja (2 por 1000). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres cuyas parejas se han hecho vasectomías no quedarán embarazadas.
- La vasectomía no es totalmente eficaz hasta 3 meses después del procedimiento.
 - En el correr del primer año ocurren algunos embarazos porque la pareja no usa condones u otro método eficaz sistemática y correctamente en los primeros 3 meses, antes de que la vasectomía sea plenamente eficaz.
- Sigue manteniéndose un riesgo de embarazo más allá del primer año después de la vasectomía y hasta que la pareja del hombre alcance la menopausia.
 - Más de 3 años de uso: Alrededor de 4 embarazos por cada 100 mujeres
- Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque:
 - La pareja no usó siempre otro método durante los primeros 3 meses siguientes al procedimiento
 - El proveedor cometió algún error
 - Los extremos por los que se cortaron los conductos deferentes se volvieron a juntar

¿Produce infertilidad?

La fertilidad no se recupera porque la vasectomía generalmente no puede detenerse o revertirse.

¿Protege contra ITS?

No confieren protección contra Infecciones de Transmisión Sexual.

10.2.2.2 Consejería para realización de la Vasectomía

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Puede valerse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad como apoyo para orientar de manera adecuada al usuario.

10.2.2.3 Criterios Médicos de Elegibilidad para Vasectomía

Todos los hombres se pueden hacer una vasectomía. No hay ninguna patología médica que impida que un hombre se haga una vasectomía. Con la lista de verificación que se presenta adelante se interroga al usuario sobre patologías médicas que puedan limitar el lugar o el modo en que se debe realizar el procedimiento de vasectomía. Hágale al usuario las preguntas incluidas en la lista de verificación. Si responde “no” a todas las preguntas, se puede hacer la vasectomía en condiciones de rutina sin demoras. Si responde “sí” a alguna de las preguntas, siga las instrucciones, que recomiendan cautela, postergar el procedimiento, o tomar precauciones especiales.

Lista de verificación:

- Cautela quiere decir que se puede realizar el procedimiento en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- Postergar significa dejar la vasectomía para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la vasectomía. Dele al usuario otro método para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- Especial significa que hay que hacer preparaciones especiales para realizar el procedimiento en una situación con un cirujano y personal experimentado y el equipamiento como para administrar anestesia general y otro apoyo médico de respaldo. Para estas condiciones, también se necesita la capacidad para decidir cuál es el procedimiento más apropiado y el régimen anestésico. Dele al usuario un método de respaldo para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

1. ¿tiene algún problema con sus genitales, como infecciones, tumefacción, lesiones, o bultos en el pene o el escroto? De ser así, ¿qué problemas?

☐ NO ☐ SI

Si presenta alguno de los siguientes. **Tenga cautela:**

- Lesión escrotal previa
- Escroto inflamado a causa del agrandamiento de venas o de membranas en el cordón espermático o testículos (gran varicocele o hidrocele) yy Testículo no descendido— sólo de un lado. (Se realiza la vasectomía sólo del lado normal. Luego, si hay espermatozoides presentes en una muestra de semen después de 3 meses, hay que hacer también el otro lado.)

Si presenta cualquiera de los siguientes, **postergue** la vasectomía:

- Infección de transmisión sexual activa
- Punta del pene, conductos espermáticos (epidídimo), o testículos tumefactos, dolorosos o inflamados
- Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal

Si presenta cualquiera de los siguientes, **tome precauciones especiales:**

- Hernia inguinal. (De ser capaz de hacerlo, el proveedor puede realizar la vasectomía a la vez que repara la hernia. Si esto no es posible, hay que reparar primero la hernia.)
- Testículos no descendidos— de ambos lados

2. ¿Presenta alguna otra patología, condición o infección? De ser así, ¿cuál?

☐ NO ☐ SI

Si presenta cualquiera de los siguientes, **tenga cautela:**

- Diabetes
- Depresión
- Juventud
- Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) y está recibiendo tratamiento inmunosupresor

Si presenta cualquiera de los siguientes, **postergar** la vasectomía:

- Infección sistémica o gastroenteritis
- Filariasis o elefantiasis

Si presenta cualquiera de los siguientes, **tome precauciones especiales:**

- SIDA
- La sangre no coagula (coagulopatía)
- Lupus y trombocitopenia grave

10.2.2.3.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

10.2.2.5 Complicaciones

Infrecuentes a raras:

- Dolor escrotal o testicular intenso que dure meses o años.

Infrecuentes a muy raras:

- Infección en el sitio de incisión o dentro de la incisión (infrecuente con la técnica de incisión convencional; muy raro con la técnica sin bisturí.

Raras:

- Sangrado bajo la piel que puede provocar hinchazón o equimosis (hematoma).

10.2.2.6 Acceso al servicio de vasectomía sin bisturí

Se deberá promover el método a todo hombre, mujer o pareja que ya no desee más hijos para que el usuario pueda solicitarlo de manera espontánea o cuando sea referido. La información sobre los métodos de Planificación Familiar en general y específicamente de los métodos permanentes como la vasectomía sin bisturí debe de ser brindada por el personal de salud en toda oportunidad de contacto con los usuarios como salas de espera, salas de internamiento o durante cualquier consulta o atención médica.

La unidad de salud que no cuente con el servicio de vasectomía sin bisturí, será responsable de facilitar el acceso del usuario mediante un sistema de referencia eficaz a la unidad que cuente con dicho servicio.

10.2.2.7 ¿Quién se puede hacer una vasectomía?

Todo hombre en edad fértil, independientemente de su edad, del número de hijos que tenga y de su estado civil, con una adecuada consejería, solicitud voluntaria y el llenado y firmado del “consentimiento informado” puede realizarse la VSB que es un procedimiento seguro para todos los hombres.

El grupo de hombres menores de 21 años, se incluye considerando lo contemplado en el Artículo 24 de la “Convención de los Derechos del Niño” que es un documento Internacional del cual Honduras es signatario, en su observación General No. 15 (del año 2013 del Comité de los Derechos del Niño), que dice entre otras cosas: “Por tanto, el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud dispone que en virtud de su autonomía progresiva los niños pueden someterse “a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

Los hombres con discapacidad mental representan un grupo especial y se les puede realizar la VSB previa solicitud y autorización debidamente firmada por su padre, madre, tutor legal y/o por la autorización de un fiscal o un diagnóstico médico que confirme su discapacidad mental.

Los hombres se pueden hacer la vasectomía:

- Sin análisis de sangre ni pruebas de laboratorio de rutina
- Sin control de tensión arterial
- Sin una prueba de hemoglobina
- Sin control del colesterol o de la funcionalidad hepática
- Aun cuando no se pueda examinar el semen mediante microscopio posteriormente para ver si contiene espermatozoides.

10.2.2.8 Realización de la vasectomía

Cuándo realizar el procedimiento

- En cualquier momento que un hombre lo solicite (si no hay una razón médica para postergarlo).

10.2.2.9 Vasectomía para los hombres viviendo con VIH

- Los hombres que viven con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden hacerse la vasectomía con seguridad. En un hombre con SIDA se requieren algunas preparaciones especiales.
- La vasectomía no evita la transmisión del VIH.
- Recomiende a estos hombres que usen condones además de la vasectomía. Usados sistemática y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser coaccionado o presionado para hacerse una vasectomía y eso incluye a los hombres viviendo con VIH.

10.2.2.10 Consentimiento informado

El proveedor de servicios de salud responsable de brindar información y consejería sobre vasectomía sin bisturí deberá asegurarse que el usuario comprenda toda la información y aspectos relacionados con el método para que tome una decisión voluntaria y con pleno conocimiento firme el instrumento de consentimiento informado. Se debe asesorar e informar al usuario sobre el contenido de la hoja de consentimiento informado haciendo énfasis en lo siguiente:

- Que el procedimiento es permanente y no reversible
- Puede disponer de anticonceptivos temporales
- La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico
- Además de los beneficios, el procedimiento también puede conllevar algún riesgo
- Puede desistir del procedimiento en cualquier momento antes de la realización del mismo.
- Sobre la eficacia del método.

El establecimiento de salud que presta el servicio de vasectomía deberá contar con formularios de consentimiento informado que será firmado por el usuario y el proveedor, previo a la cirugía. Los contenidos mínimos del formulario de “Consentimiento Informado” son los siguientes:

- Nombre completo del usuario
- Numero de su tarjeta de Identidad
- Edad del usuario
- Espacio para la firma y/o huella digital del usuario
- Nombre completo de un testigo de fe
- Numero de la tarjeta de identidad del testigo de fe
- Espacio para la firma y/o huella digital del testigo de fe

- Nombre completo del padre o madre del usuario (si es menor de 21 años)
- Número de la tarjeta de identidad del padre o madre del usuario (si es menor de 21 años)
- Espacio para la firma y/o huella digital del padre o madre del usuario (si es menor de 21 años)

Se deberá entregar al usuario por escrito las recomendaciones previas a la realización del procedimiento quirúrgico haciendo énfasis en lo siguiente:

- Explicar con claridad al usuario el día, hora y sitio donde deberá presentarse para el procedimiento
- El día de la operación el usuario debe tomar un baño antes de asistir a la clínica y lavar muy bien los órganos genitales con agua y jabón
- Tomar un desayuno ligero
- Traer un suspensorio elástico o calzoncillo bien ajustado que deberá colocarse después de la operación.

10.2.2.11 Exámenes y análisis antes de practicar una vasectomía

En hombres sanos, solamente un examen genital es esencial y obligatorio antes de practicar la vasectomía. Sin embargo, es aconsejable medir la presión arterial en el caso de procedimientos realizados con anestesia local.

10.2.2.12 Entrega del método

La vasectomía sin bisturí deberá ser realizada por un equipo de trabajo con funciones definidas así:

El Cirujano: Es responsable de realizar la cirugía y del desempeño del equipo quirúrgico. Debe ser un especialista en ginecología, urología, cirujano general o médico general con capacitación en la técnica quirúrgica

Personal de enfermería: Es responsable de asistir e instrumentar al cirujano y realizar cuidados postoperatorios

El circulante: Es responsable de preparar los instrumentos e insumos adecuados y necesarios para la realización del procedimiento y cubrir otras necesidades como el apoyo emocional al usuario durante el proceso quirúrgico

La vasectomía sin bisturí será programada cuando el hombre previa consejería y comprensión acepte en forma voluntaria el procedimiento.

El proveedor de servicios de salud responsable de la realización del procedimiento deberá evaluar las condiciones del usuario con historia clínica y examen físico completo para descartar condiciones que puedan retrasar el procedimiento, realizando lo siguiente:

DATOS GENERALES

- Nombre, edad, dirección domiciliaria y teléfono
- Estado civil
- Escolaridad

- Tipo de trabajo fuera del hogar
- Examinar registros médicos anteriores, si se dispone de ellos

Antecedentes

Antecedentes personales patológicos y quirúrgicos

- Anamnesis por sistemas (solo puntos relevantes)
- Historia de alergias
- Investigación del riesgo individual para ITS
- Hábitos tóxicos
- Descartar la presencia de condiciones de elegibilidad categoría 3 o 4 (Ver Categorías de CME en la sección Anexos).

Examen Físico:

- Explicar los procedimientos del examen
- Tomar signos vitales
- Examinar pulmones y corazón
- Abdomen (para determinar presencia de masas, tumoraciones, sensibilidad anormal, dolor a la palpación en parte baja del abdomen)
- Examen del saco escrotal y de los testículos para descartar patologías y anomalías congénitas

Técnicas de vasectomía

La vasectomía sin bisturí es la técnica recomendada para alcanzar ambos conductos (conductos deferentes) en el escroto que llevan los espermatozoides al pene. Se está convirtiendo en la norma en todo el mundo.

Diferencias con respecto al procedimiento convencional que usa incisiones:

- Usa una pequeña punción en vez de 1 o 2 incisiones en el escroto.
- No se necesitan puntos para cerrar la piel.
- Técnica anestésica especial que necesita sólo una punción de aguja en vez de 2 o más.

Ventajas:

- Menos dolor y equimosis y recuperación más rápida.
- Menos infecciones y menos acumulación de sangre en el tejido (hematoma).
- El tiempo total para la vasectomía ha demostrado ser más breve cuando los proveedores usan el abordaje sin bisturí.

Ambos procedimientos, sin bisturí y con incisión convencional, son rápidos, seguros y eficaces.

Bloqueo de los Conductos deferentes

Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y exéresis. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos remanentes del

conducto. Este procedimiento tiene una tasa baja de fracasos. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos más baja que la ligadura y la exéresis. Las probabilidades de que una vasectomía falle se pueden reducir aún más si se envuelve la punta cortada del conducto, después que se ataron o cauterizaron los extremos, en la fina capa de tejido que rodea el conducto (interposición de fascia). Si se cuenta con la capacitación y los equipos necesarios, se recomienda cauterizar y/o interponer fascia. No se recomienda bloquear el conducto con agrafes, ya que da cifras más altas de embarazos.

Instalaciones y equipo

El procedimiento puede llevarse a cabo en cualquier institución médica que cuente con los siguientes espacios:

- Sala de espera con sanitario (que también puede servir como área de recuperación)
- Sala privada para consejería
- Sala de consulta para la evaluación preoperatoria y el examen de seguimiento
- Sala con paredes lavables para la cirugía (quirófano), equipada con una mesa quirúrgica y fuente de luz

El equipo de salud encargado de realizar vasectomía sin bisturí deberá mantener listo, completo y estéril el equipo, instrumentos e insumos que se utilizaran durante el procedimiento; por lo que debe conocer todos y cada uno de ellos para evitar complicaciones el cual incluye:

Equipo:

- Pinza de anillo
- Pinza de disección especial
- Tijeras rectas
- Pomadera de acero inoxidable

Suministros:

- Tijeras para cortar cualquier vello escrotal que pudiese interferir con el procedimiento.
- Jabón y agentes antisépticos para el lavado quirúrgico
- Guantes estériles
- Solución antiséptica no irritante para la limpieza del área operatoria
- Campos quirúrgicos estériles
- Jeringa de 10cc con una aguja de calibre 25 o 27 de 1½"
- Lidocaína al 1% o 2% sin epinefrina
- Catgut cromado para la ligadura
- Gasa estéril
- Cinta adhesiva.

El establecimiento de salud prestador del servicio de vasectomía sin bisturí realizará la programación diaria del quirófano y organizará los recursos y equipos necesarios para realizar el procedimiento quirúrgico.

10.2.2.13 Realización del procedimiento de vasectomía

Explicación del procedimiento

El hombre que ha elegido la vasectomía tiene que saber qué va a ocurrir durante el procedimiento. La descripción que sigue puede ayudar a explicarlo. El aprendizaje del procedimiento de vasectomía requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no busca dar instrucciones detalladas.

1. El proveedor usa en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones.
2. El hombre recibe una inyección de anestésico local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante el procedimiento.
3. El proveedor palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente — los 2 conductos del escroto que transportan los espermatozoides.
4. El proveedor hace la punción o incisión cutánea:
 - Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con pinzas
 - especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel en la línea media del escroto con un instrumento quirúrgico especial afilado.
 - Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 ó 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí.
5. El proveedor eleva una pequeña asa de cada conducto desde el sitio de punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o los dos cabos con hilo. Algunos obturan los conductos con calor o electricidad. También pueden rodear un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto.
6. Se cubre la punción con un vendaje adhesivo y, si es una incisión, se puede cerrar con puntos.
7. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la clínica o el hospital. Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en el correr de la primera hora.

10.2.2.14 Apoyo al usuario

Explicación del autocuidado para la vasectomía

Antes del procedimiento el hombre debería

- Vestir prendas limpias y flojas al acudir al centro.
-

Después del procedimiento el hombre debería	<ul style="list-style-type: none"> • Descansar durante 2 días, de ser posible. • De ser posible, debe aplicar compresas frías sobre el escroto las primeras 4 horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá molestia, hinchazón y equimosis, que deberían desaparecer en 2 ó 3 días. • Usar calzoncillos o pantalones ajustados durante 2 ó 3 días para ayudar a sostener el escroto. Esto disminuye la hinchazón, el sangrado y el dolor. • Mantener el sitio de punción/incisión limpio y seco durante 2 ó 3 días. Puede utilizar una toalla para limpiar su cuerpo, pero no debe empaparlo con agua. • Abstenerse de tener sexo durante al menos 2 ó 3 días. • Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento.
Qué hacer con los problemas más comunes	<ul style="list-style-type: none"> • La molestia en el escroto habitualmente dura entre 2 y 3 días. Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.
Planificar la visita de control	<ul style="list-style-type: none"> • Dígle que vuelva a los 3 meses, para analizarse el semen, si se cuenta con esa posibilidad. • Sin embargo, no debería negársele la vasectomía a nadie por el hecho de que su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.

10.2.2.15 Manejo de problemas

Problemas comunicados como complicaciones: Existen problemas de la vasectomía que afectan la satisfacción del hombre. Hay que prestarles atención. Si el usuario refiere complicaciones de la vasectomía, escuche sus inquietudes y si corresponde, trátelo.

Sangrado o coágulos después del procedimiento

- Tranquilícelo diciendo que los sangrados leves y los coágulos pequeños no infectados habitualmente desaparecen sin tratamiento en un par de semanas.
- Los coágulos de sangre de gran tamaño pueden requerir drenaje quirúrgico.
- Los coágulos de sangre infectados requieren antibióticos y hospitalización.

Infección del sitio de punción o incisión (rubor, calor, dolor, pus)

- Limpie el área infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.

- Indíquelo al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

Absceso (acumulación de pus bajo la piel provocada por infección)

- Limpie el área con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso. Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente rubor, calor, dolor o supura o tiene secreción por la herida.

Dolor que se prolonga meses

- Sugiera elevar el escroto con ropa interior ajustada, pantalones cómodos o un suspensor.
- Sugiera baños de agua tibia.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Adminístrele antibióticos si se sospecha infección.
- Si el dolor persiste y se hace intolerable, remítalo para otros cuidados.

10.2.1.16 Incapacidad después de la realización del procedimiento

Un vez realizado el procedimiento quirúrgico se otorga incapacidad a la usuaria durante 7 a 14 días de acuerdo a lo sucedido durante la realización del mismo y la evolución del paciente.

10.2.2.17 Recolección de la información

La unidad de salud prestadora del servicio de vasectomía sin bisturí deberá realizar la recolección de la información de acuerdo a los Protocolos de Servicios Clínicos de Planificación Familiar y enviarla a los diferentes niveles gerenciales. La recolección de la información deberá realizarse en:

- Formularios de reporte de procedimientos
- Libros de egresos de las salas y de quirófanos
- Libros de registros de procedimientos de sala
- Expediente clínico

10.2.2.18 Preguntas y respuestas sobre la vasectomía

1. ¿La vasectomía hace que el hombre pierda su capacidad sexual? ¿Lo debilita o lo hace engordar?

No. Después de la vasectomía, el hombre tiene el mismo aspecto y se siente igual que antes. Puede tener sexo igual que antes. Sus erecciones tendrán la misma firmeza y duración que antes y las eyaculaciones de semen serán iguales. Puede trabajar tan duro como antes y no aumentará de peso debido a la vasectomía.

2. ¿Después de la vasectomía duele durante mucho tiempo?

Algunos hombres relatan dolor crónico o molestia en el escroto que puede durar de 1 a 5 años o más después de una vasectomía. En los estudios de mayor tamaño, de varios miles de hombres, menos de 1% relató dolor en el escroto o testículos que requirieron tratamiento quirúrgico. En estudios de menor tamaño, de alrededor de 200 hombres, hasta el 6% relató un dolor intenso en el escroto o testículos más de 3 años después de la vasectomía. En un grupo similar de hombres que no se habían hecho vasectomía, sin embargo, el 2% relató un dolor similar. Unos pocos de los hombres con dolor intenso manifiestan que lamentan haberse hecho la vasectomía. No se conoce la causa del dolor. Puede ser debido a acumulación de esperma que se ha escurrido a través de conductos deferentes mal sellados o ligados, o por lesión nerviosa. El tratamiento incluye la elevación del escroto y administración de analgésicos. Se puede inyectar un anestésico en el cordón espermático para dormir los nervios que inervan los testículos. Algunos proveedores relatan que la cirugía de remoción del sitio doloroso o de reversión de la vasectomía alivia el dolor. Es inhabitual ver un dolor intenso, de larga duración, luego de la vasectomía, pero es preciso comunicarle la posibilidad de este riesgo a todos los hombres que consideren una vasectomía.

3. ¿Después de una vasectomía, el hombre tiene que usar otro método anticonceptivo?

Sí, los primeros 3 meses. Si su pareja ha estado utilizando un método anticonceptivo, puede seguir usándolo durante este tiempo. El no usar otro método en los primeros 3 meses es la principal causa de embarazos entre las parejas que confían en la vasectomía.

4. ¿Se puede verificar que una vasectomía esté funcionando?

Sí. Un proveedor puede examinar una muestra de semen por microscopio para ver si todavía contiene espermatozoides. Si el proveedor no logra ver espermatozoides móviles, la vasectomía está funcionando. Se recomienda hacer un análisis del semen en cualquier momento después de los 3 meses siguientes al procedimiento, pero no es esencial. Si hay menos de un espermatozoide inmóvil cada 10 campos con alto aumento (menos de 100.000 espermatozoides por mililitro) en la muestra fresca, el hombre puede entonces confiar en su vasectomía y dejar de usar un método anticonceptivo de respaldo. Si su semen contiene más espermatozoides móviles, el hombre debe seguir usando un método de respaldo y volver a la clínica mensualmente para un análisis del semen. Si su semen sigue presentando espermatozoides móviles, tal vez tenga que repetirse la vasectomía.

5. ¿Qué pasa si la pareja queda embarazada?

Todo hombre que se hace una vasectomía debe saber que esos procedimientos algunas veces fracasan y que como resultado su pareja podría quedar embarazada. No debería suponer que su pareja le ha sido infiel si queda embarazada. Si la pareja de un hombre queda embarazada en el transcurso de los 3 meses siguientes a su vasectomía, recuérdelo al hombre que era preciso usar otro método anticonceptivo durante los primeros 3 meses. De ser posible, ofrezca hacer un análisis del semen y, si se hallaran espermatozoides, se puede repetir la vasectomía.

6. Después de un tiempo ¿es posible que la vasectomía deje de funcionar?

Generalmente no. La vasectomía pretende ser permanente. Sin embargo, en raros casos, los conductos que transportan los espermatozoides vuelven a comunicarse y es preciso repetir la vasectomía.

7. Si un hombre decide tener otro hijo, ¿puede revertirse la vasectomía?

Generalmente, no. La vasectomía pretende ser permanente. Las personas que puedan cambiar de opinión deberían optar por algún otro método. Es posible operar para revertir la vasectomía sólo en algunos hombres y la reversión a menudo no lleva a embarazo. El procedimiento es difícil y caro y es difícil encontrar proveedores capaces de realizar esa cirugía. Por ende, debería considerarse que la vasectomía es irreversible.

8. ¿Es mejor que el hombre se haga una vasectomía o que la mujer se haga la esterilización femenina?

Cada pareja debe decidir por sí sola cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy eficaces, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán más hijos. Idealmente, la pareja debe considerar ambos métodos. Si ambos son aceptables para la pareja, sería preferible la vasectomía porque es más sencilla, segura, más fácil y más barata que la esterilización femenina.

9. ¿Cómo pueden los proveedores de salud ayudar al hombre a decidirse acerca de la vasectomía?

Pueden proporcionar información clara y equilibrada sobre la vasectomía y otros métodos de planificación familiar y ayudar al hombre a meditar plenamente su decisión. Hable minuciosamente acerca de sus sentimientos con respecto a tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, un proveedor puede ayudar a un hombre a pensar sobre posibles cambios en su vida, como cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revisar la sección: Los 6 puntos del consentimiento informado para asegurarse de que el hombre comprenda el procedimiento de la vasectomía.

10. ¿Debería ofrecerse la vasectomía sólo a los hombres que hayan llegado a determinada edad o que tengan un cierto número de hijos?

No. No existe ninguna justificación para negarle la vasectomía a un hombre simplemente por su edad, la cantidad de hijos vivos que tenga, o su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor, o el estado civil. Se le debe permitir a todo hombre decidir por sí mismo si quiere tener más hijos o no y si se quiere hacer la vasectomía.

11. ¿La vasectomía aumenta el riesgo de cáncer o de cardiopatía más adelante en la vida del hombre?

No. Las evidencias que surgen de estudios de gran tamaño y bien diseñados muestran que la vasectomía no aumenta los riesgos de cáncer de testículo (cáncer testicular), de cáncer de próstata o de cardiopatía.

12. ¿Un hombre con una vasectomía puede transmitir o contagiarse con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido VIH?

Sí. Las vasectomías no protegen contra las ITS, incluido el VIH. Todos los hombres en riesgo de ITS/VIH, se hayan practicado o no una vasectomía, tienen que usar condones para protegerse a sí mismos y a sus parejas de la infección.

13. ¿Dónde se puede realizar la vasectomía?

Si no hay ninguna patología médica previa que requiera alguna preparación especial, se puede realizar la vasectomía en casi cualquier dependencia sanitaria, como centros de salud, clínicas de planificación familiar y consultorios privados. En los lugares en los que no se dispone de otros servicios de vasectomía, los equipos móviles pueden realizar vasectomías y todo tipo de exámenes de seguimiento en instalaciones sanitarias básicas y vehículos especialmente equipados, siempre y cuando se disponga de medicamentos, insumos, instrumentos y equipos. ^(5,8-11,31,32)

10.3 METODOS TEMPORALES DE LARGO PLAZO

10.3.1 DIU CON COBRE (DIU-Cu)

10.3.1.1 Puntos clave

- **Protección contra embarazo a largo plazo.** Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado por un proveedor específicamente capacitado.**
- **Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.**
- **Es frecuente ver cambios del sangrado.** En general se observa un sangrado más profuso y prolongado, más calambres o dolor durante la menstruación, en especial en los primeros 3 a 6 meses.
- **Puede ser utilizado sin ningún problema por mujeres nulíparas.**

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino?

- El dispositivo intrauterino (DIU-Cu) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con capacitación específica lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix.
- Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos atraviesan el cérvix y quedan colgando en la vagina.

¿Cómo actúa?

- Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide y al óvulo antes de su unión.

¿Qué tan eficaz es?

Uno de los métodos más eficaces y perdurables:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU en el correr del primer año (6 a 8 por 1000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y mientras la mujer siga utilizando el DIU.
 - Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres

¿Produce infertilidad?

Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU: Sin Demora

¿Protege contra ITS?

No confiere protección contra infecciones de Transmisión Sexual.

10.3.1.2 Consejería para uso de DIU-Cu

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

10.3.1.3 Criterios médicos de elegibilidad para DIU de cobre

Haga a la usuaria las preguntas formuladas a continuación sobre afecciones conocidas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces puede insertarse el DIU si lo desea. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede utilizar el DIU. Estas preguntas se aplican también al DIU con levonorgestrel.

1. ¿Tuvo el parto hace más de 48 horas y menos de 4 semanas?

☐ NO ☐ SI

Si responde SI: Postergue la inserción del DIU hasta 4 semanas o más después del parto.

2. ¿Tiene una infección luego del parto o aborto?

☐ NO ☐ SI

Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las primeras 6 semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le coloque el DIU. Si aún no recibe atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo. Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

3. ¿Tiene un sangrado vaginal que sea inusual?

☐ NO ☐ SI

Si presenta un sangrado vaginal inexplicado que sugiera embarazo o una patología subyacente, el uso del DIU podría dificultar el diagnóstico o el monitoreo de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada y tratada (pero que no sea un DIU con hormonas, inyectables de progestágeno solo, o

implantes). Luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

4. ¿Tiene algún tipo de patología o problema femenino (patología o problema ginecológico u obstétrico), como cáncer genital o tuberculosis pélvica? Si es así, ¿cuáles son los problemas?

☐ NO ☐ SI

Si actualmente presenta cáncer cervical, endometrial u ovárico, enfermedad trofoblástica gestacional o tuberculosis pélvica: no coloque un DIU. Si no se encuentra todavía bajo atención, remítala para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis pélvica, luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

5. ¿Tiene SIDA?

☐ NO ☐ SI

Si tiene SIDA no le coloque un DIU, a menos que se encuentre bien clínicamente, recibiendo antirretrovirales. Si vive con VIH pero no tiene SIDA, puede utilizar un DIU. Si una mujer que tiene colocado un DIU desarrolla SIDA, puede mantenerlo.

6. Evalúe si está en muy alto riesgo individual de contraer gonorrea o clamidia.

☐ NO ☐ SI

Las mujeres que están muy expuestas a contraer gonorrea o clamidia no deberían colocarse un DIU.

7. Evalúe si la paciente puede estar embarazada.

☐ NO ☐ SI

Realice a la paciente las preguntas de la Lista de verificación de embarazo. Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, puede colocársele un DIU.

Para una clasificación completa, ver Criterios médicos de elegibilidad para uso de anticonceptivos. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la paciente vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

10.3.1.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

- Cambios en los patrones de sangrado (en especial en los primeros 3 a 6 meses), por ejemplo:
 - Menstruación prolongada y abundante
 - Sangrado irregular
 - Más calambres y dolor durante la menstruación

Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
Ayuda a proteger contra: <ul style="list-style-type: none">• Riesgos de embarazo	No comunes: <ul style="list-style-type: none">• Puede aumentar la anemia en la mujer que ya presenta una baja reserva de hierro antes de la inserción y en la que el DIU produce una menstruación más
Puede ayudar a proteger contra: <ul style="list-style-type: none">• Cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)	

profusa

Raro:

- Puede aparecer enfermedad pélvica inflamatoria (EPI) si la mujer tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU
-

10.3.1.5 Complicaciones

- Punción (perforación) de la pared del útero por el DIU o un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento.
- Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección, en el raro caso de que la mujer quede embarazada mientras tiene el DIU colocado.

10.3.1.6 Quién puede y quién no puede utilizar DIU de cobre

Casi todas las mujeres pueden utilizar el DIU de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (si no hay evidencia de infección)
- Estén amamantando
- Realicen trabajo físico intenso
- Hayan tenido un embarazo ectópico
- Hayan tenido enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)
- Tengan antecedentes de infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien.

Las mujeres que no pueden usar un DIU-Cu son:

- Las que padecen de dismenorrea
- Las que cursan con infecciones genitales

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- Sin realizarse exámenes de ITS
- Sin realizarse un examen de VIH
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse una prueba de tamizaje para cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas

10.3.1.7 Acceso al servicio de inserción de DIU-Cu

El proveedor de servicios de salud brindará la información y oferta basándose en el uso correcto de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de DIU.

10.3.1.8 ¿Cuándo iniciar el uso del Dispositivo Intrauterino?

En muchos casos la mujer puede comenzar con el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares o sustituye un método sin hormonas	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si comienza durante los 12 días después de comenzar su menstruación, no necesita método de respaldo. • Si transcurrieron más de 12 días desde el comienzo de la menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo.
Cambiar de método	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita esperar a su próxima menstruación. No necesita un método de respaldo. • Si está cambiando de inyectables, puede colocársele el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección. No necesita un método de respaldo.
Poco después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto, incluso si fue un parto por cesárea. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la inserción posparto.) El menor número de expulsiones ocurre cuando se insertan justo después de la expulsión de la placenta (si es posible). • Si pasaron más de 48 horas del parto, postergue la colocación del DIU no menos de 4 semanas después del parto.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses después del parto. No hay necesidad de método de respaldo. • Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.
Más de 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se ha restablecido su menstruación, puede colocársele

después del parto	<p>el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No hay necesidad de método de respaldo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.
Lactancia parcial o no amamantando	
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si la menstruación no se ha restablecido, puede colocársele el DIU si es posible determinar que no está embarazada. No necesita método de respaldo. • Si la menstruación se ha restablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento si es posible determinar que no está embarazada. No necesita método de respaldo.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si el DIU es colocado en los 12 días posteriores a la pérdida de embarazo y no hay infección presente. No necesita método de respaldo. • Si pasaron más de 12 días de la pérdida de embarazo y no hay infección presente, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No necesita método de respaldo. • Si hay infección presente, trate o remita a la paciente y ayúdela a elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU, se lo puede colocar cuando la infección haya desaparecido completamente. • La colocación del DIU después de un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre requiere capacitación específica. Sin ésta, postergue la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después de la pérdida.

10.3.1.9 Dispositivos intrauterinos para mujeres viviendo con VIH

1. Las mujeres en riesgo de VIH o ya viven con VIH pueden colocarse el DIU con seguridad.
2. Las mujeres con SIDA, en terapia antirretroviral (ARV), que estén clínicamente bien, pueden colocarse el DIU con seguridad.
3. Las mujeres con SIDA pero que no estén en terapia ARV, o que no estén clínicamente bien no deberían colocarse el DIU.
4. Si una mujer desarrolla SIDA mientras tiene un DIU colocado, no necesita quitárselo.
5. Las usuarias de DIU con SIDA deberán ser monitoreadas para detectar enfermedad pélvica inflamatoria.
6. Recomiende a la mujer utilizar condones junto con el DIU. La utilización correcta y sistemática del condón ayuda a prevenir la transmisión de VIH y de otras ITS.

10.3.1.10 Asesoramiento sobre efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU debe brindarse un asesoramiento minucioso sobre las modificaciones del sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir usando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none">• Cambios en su patrón de sangrado:<ul style="list-style-type: none">– Menstruación prolongada y profusa– Sangrado irregular– Más calambres y dolor durante la menstruación
Dé una explicación sobre estos efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.• En general, disminuyen después de los primeros meses de la colocación.• La paciente puede regresar si algo le preocupa.

10.3.1.11 Colocación del DIU-Cu

Hable con la paciente antes del procedimiento

- Explique el procedimiento de colocación.
- Muéstrole el espéculo, el tenáculo, el DIU-Cu y el dispositivo de colocación en su embalaje.
- Dígle que va a sentir alguna molestia o calambres durante el procedimiento y que eso es de esperarse.
- Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia.
- Puede administrar ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325– 1000 mg), u otro analgésico 30 minutos antes de la colocación para ayudar a reducir los calambres y el dolor. No suministre aspirina ya que enlentece la coagulación sanguínea.

Hable con la paciente durante el procedimiento

- Dígle lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Alértela previo a un paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender
- Cada tanto, pregúntele si siente dolor.

Explicación del procedimiento de colocación

Una mujer que ha elegido el DIU tiene que saber qué sucederá en el transcurso de su colocación. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a colocar el DIU-Cu requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción constituye un resumen y no instrucciones detalladas.

1. El proveedor realiza un examen pélvico para evaluar la elegibilidad. El proveedor realiza en primer término el examen bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cérvix.
2. El proveedor limpia el cérvix y la vagina con un antiséptico apropiado.

3. El proveedor introduce lentamente la pinza a través del espéculo y cierra el tenáculo sólo lo suficiente como para mantener fijos el cérvix y el útero.
4. El proveedor pasa lenta y suavemente la sonda uterina a través del cérvix para medir la profundidad y posición del útero.
5. El proveedor carga el DIU-Cu en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.
6. El proveedor introduce lenta y suavemente el DIU-Cu y retira el dispositivo de colocación.
7. El proveedor corta los hilos del DIU-Cu, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cérvix.
8. Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exámenes hasta que se sienta lista para vestirse.

10.3.1.12 Apoyo a la usuaria

Instrucciones específicas

Prevea calambres y dolor

- La paciente puede esperar algún calambre y dolor por unos días luego de la inserción.
- Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico, según se requiera.
- Puede esperarse, también, algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la colocación. Esto puede continuar durante 3 a 6 meses.

La mujer puede revisar los hilos

- Si quiere, cada tanto, la mujer puede revisar los hilos del DIU, en especial en los primeros meses y después de una menstruación, para confirmar que el DIU está en su lugar.

Duración de la protección contra embarazo

- Analice cómo recordar la fecha de regreso.
- Si es posible, informe a cada mujer acerca de cómo realizar una tarjeta recordatoria como la que se muestra debajo y explique:
 - El tipo de DIU que tiene
 - Fecha de colocación del DIU
 - Mes y año en que corresponde retirar o sustituir el DIU
 - Dónde acudir si tiene preguntas o problemas con el DIU

Consulta de control

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la colocación del DIU. Sin embargo no debe negarse el DIU a ninguna mujer porque le sea difícil o imposible concurrir a una consulta de control.

10.3.1.13 Consulta de seguimiento post colocación (3 a 6 semanas)

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o alguna observación.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Sumínístrele cualquier información o ayuda que necesite.
3. Pregúntele si tiene:
 - Dolor intenso o en aumento en el abdomen inferior, dolor durante el sexo o al orinar
 - Flujo vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Signos o síntomas de embarazo
 - No logra palpar los hilos (si los ha controlado)
 - Siente que el plástico duro del DIU está parcialmente salido
4. En la consulta de control no se requiere examen pélvico de rutina. Sin embargo, podría corresponder en algunas circunstancias o para algunas usuarias. Realice un examen pélvico en particular si las respuestas de la paciente le hacen sospechar:
 - Una infección de transmisión sexual o una enfermedad pélvica inflamatoria
 - El DIU se ha salido parcial o totalmente

10.3.1.14 Extracción del DIU-Cu

IMPORTANTE: Si la mujer lo solicita, cualesquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la extracción del DIU. Todo el equipo debe comprender y aceptar que la usuaria no debe ser presionada a seguir utilizando el DIU.

Si la mujer encuentra algunos efectos secundarios difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene. Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere que le extraigan el DIU de inmediato.

En general es sencillo extraer el DIU. Puede hacerse en cualquier momento del mes. La extracción puede ser más sencilla durante la menstruación, cuando el cuello uterino está distendido naturalmente. En casos de perforación uterina, o si la extracción no resulta sencilla, remita a la paciente a un médico con experiencia capaz de utilizar una técnica de extracción apropiada.

Explicación del procedimiento de extracción

Antes de retirar el DIU, explique lo que sucederá durante la extracción:

1. El proveedor introduce el espéculo para ver el cérvix y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cérvix y la vagina con una solución aséptica, como yodo.
2. El proveedor solicita a la paciente que respire lenta y profundamente y que se relaje. Le solicita a la mujer que avise si siente dolor en algún momento del procedimiento.
3. El proveedor tira lenta y suavemente de los hilos del DIU con una pinza angosta hasta que éste salga completamente del cérvix.

10.3.1.15 Cambiar del DIU a otro método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la paciente frente al embarazo cuando cambia de un DIU de cobre o un DIU con hormonas a otro método. Ver, también, cuándo comenzar con cada método.

Cambio a	Cuándo comenzar
Anticonceptivos orales combinados (AOC), Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), inyectables de progestágeno solo, inyectables mensuales, o implantes	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación (primeros 5 días para AOC y AOP), empiece ahora y retire el DIU. No necesita método de respaldo.• Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los 5 primeros días para AOC y AOP) y ha tenido sexo después de su última menstruación, empiece con el método hormonal. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta su próxima menstruación.• Si comienza después de los primeros 7 días de la menstruación (después de los primeros 5 días para AOC y AOP) y no ha tenido sexo después de su última menstruación, puede mantenerse el DIU colocado y extraerse durante su próxima menstruación, o puede extraerse el DIU y la paciente utilizar un método de respaldo* durante los próximos 7 días.
Condomes masculinos o femeninos,	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente, la próxima vez que tenga sexo después de extraerse el DIU.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente después extraerse el DIU.
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los primeros 7 días de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento AQV F. No hay necesidad de método de respaldo.• Si comienza después de los primeros 7 días del periodo realice la AQV - F. El DIU puede mantenerse colocado hasta su consulta de control o su próxima menstruación. Si no es posible una consulta de control, retire el DIU al momento de la esterilización. No necesita método de respaldo.
Vasectomía	<ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento• La mujer puede conservar el DIU durante 3 meses después de la vasectomía de su pareja, para seguir evitando el embarazo hasta que ésta sea completamente eficaz.

10.3.1.16 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas provocados por los efectos secundarios y las complicaciones afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los DIU. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o más adelante si no logra superar los problemas.

Sangrado prolongado o profuso (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No hace daño y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Se puede lograr un alivio modesto y breve con (uno a la vez):
 - Ácido tranexámico (1500 mg) 3 veces al día durante 3 días, luego 1000 mg una vez al día durante 2 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
 - Antiinflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Otros AINE—excepto aspirina—también pueden brindar algún alivio al sangrado profuso o prolongado.
- Si es posible, suminístrele comprimidos de hierro y recalque la importancia de ingerir alimentos con hierro.
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada al uso del método.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Aclárele que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Se puede alcanzar un alivio modesto y breve con AINEs tales como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empiece el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular continúa o aparece después de varios meses de sangrado normal, o mucho tiempo después de colocado el DIU, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna otra razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método.

Calambres y dolor

- Pueden esperarse ciertos calambres y dolor durante 1 ó 2 días después de la colocación del DIU.

- Explique que los calambres también son comunes en los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU, en particular durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y generalmente disminuye con el tiempo.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. Si la paciente presenta también sangrado profuso o prolongado debe evitar el uso de aspirina, ya que puede aumentar el sangrado.
- Si los calambres continúan y ocurren fuera de la menstruación:
- Evalúe buscando patologías subyacentes y trate o remita a la usuaria.
- Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son intensos, considere la posibilidad de retirar el DIU.
- Si al retirar el DIU observa que se ha alterado su aspecto, o si es difícil extraerlo, lo que sugiere que no estaba en la posición correcta, explique a la paciente que puede colocarse un nuevo DIU y que posiblemente no le va a provocar esos calambres.

Posible anemia

- Si una mujer tiene ya un bajo nivel de hierro en la sangre antes de colocarse un DIU, el DIU de cobre puede aumentar la anemia al provocar menstruaciones más profusas.
- Preste especial atención a usuarias con los siguientes signos o síntomas: Palidez del interior de los párpados o del lecho ungueal, fatiga o debilidad, mareos, irritabilidad, cefaleas, zumbidos en los oídos, ardor de lengua y uñas quebradizas.
- Si puede hacer un análisis de sangre, compruebe si la hemoglobina es menor de 9 g/dl o hematocrito menor de 30.
- Si es posible, adminístrele suplementos de hierro.
- Díglele que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes y aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

La pareja percibe los hilos del DIU durante el sexo

- Explique que esto sucede a veces cuando se han cortado los hilos demasiado cortos.
- Si la pareja encuentra que le molestan los hilos, describa las opciones posibles:
 - Se pueden cortar los hilos aún más, de modo que no se asomen por el canal cervical. La pareja no sentirá más los hilos, pero la mujer no podrá revisar en adelante los hilos del DIU.
 - Si la mujer desea tener la posibilidad de revisar los hilos, puede retirarse el DIU y colocarse uno nuevo. (Para evitar molestias, los hilos deberían cortarse de modo que unos centímetros sobresalgan del cérvix.)

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de enfermedad pélvica inflamatoria)

- Algunos signos y síntomas comunes de EPI pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. Si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EPI.
- Si es posible, realice exámenes abdominales y pélvicos (para signos del examen pélvico que puedan indicar EPI).

- Si no es posible realizar un examen pélvico y la paciente presenta una combinación de los siguientes signos y síntomas además de dolor en el abdomen inferior, sospeche una EPI:
 - Secreción vaginal inusual
 - Fiebre o escalofríos
 - Dolor durante el sexo o al orinar
 - Sangrado después del sexo o entre menstruaciones
 - Náuseas y vómitos
 - Tumoración pélvica dolorosa
 - Sensibilidad a la palpación del abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)
- Trate la EPI, o remita a la paciente inmediatamente para tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EPI, los proveedores de atención a la salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas descritos anteriormente. Debe iniciarse el tratamiento lo antes posible. La prevención de complicaciones a largo plazo será más eficaz si se administran los antibióticos adecuados de manera inmediata.
 - Trate la gonorrea, clamidia y las infecciones bacterianas anaeróbicas. Asesore a la paciente sobre el uso del condón y si es posible, suminístreselos.
 - No hay necesidad de extraerse el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo extraigan, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos.

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico)

- Existen muchas patologías que pueden causar dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que, si bien es raro y no es causado por el DIU, puede presentar riesgo de muerte.
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero pueden volverse graves con el tiempo. Una combinación de estos signos o síntomas debería hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado
 - Mareos
 - Desvanecimiento
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, remítala para su diagnóstico y atención inmediatos.
- Si la paciente no presenta estos signos o síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad pélvica inflamatoria.

Sospecha de perforación uterina

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la colocación o de la utilización de la sonda en el útero, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo colocó). Observe a la paciente minuciosamente en la clínica:
 - Mantenga a la paciente en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (tensión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si después de una hora la mujer se mantiene estable, examínela si es posible, en búsqueda de sangrado intraabdominal, por ejemplo, niveles bajos de hematocrito o hemoglobina, además de sus signos vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero la paciente deberá abstenerse de sexo por 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.
 - Si la paciente presenta aceleración del pulso y disminución de la tensión arterial, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, remítala a un nivel de atención superior.
 - Si durante las 6 semanas después de la colocación existe sospecha de perforación uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, remita a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos.

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extraígallo. Analice con la paciente si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada. Si la paciente no desea continuar utilizando un DIU, ayúdela a elegir otro método.

El DIU se sale por completo (expulsión completa)

- Si la paciente relata que el DIU se ha salido por completo, analice si ella quiere otro DIU o un método diferente. Si quiere otro DIU, puede colocárselo en cualquier momento en que exista razonable certeza de que no está embarazada.
- Si se sospecha de una expulsión completa pero la paciente no sabe si se le ha salido por completo, envíela a radiología o ecografía para examinar si el DIU pudiera haberse movido a la cavidad abdominal. Déle un método de respaldo* para que utilice mientras tanto.

No están los hilos (sugiriendo un posible embarazo, perforación uterina, o expulsión)

- Pregúntele a la paciente:
 - Si vio salirse el DIU y cuándo
 - Cuándo notó los hilos por última vez
 - Cuándo tuvo su última menstruación
 - Si tiene síntomas de embarazo

- Si ha utilizado un método de respaldo desde que percibió que le faltaban los hilos
- Sea suave, comience siempre con procedimientos menores y seguros. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del canal cervical. Cerca de la mitad de los hilos que faltan pueden encontrarse en el canal cervical.
- Si no se puede ubicar los hilos en el canal cervical, es que han subido al útero o que el DIU ha sido expulsado en forma inadvertida. Descarte el embarazo antes de intentar procedimientos más invasivos. Remita a la paciente para su evaluación. Dele un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU se ha salido.

10.3.1.17 Preguntas y respuestas sobre el DIU

1. ¿El DIU provoca enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)?

Por sí mismo, el DIU no causa EPI. La gonorrea y la clamidia son las causas primarias directas de EPI. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidia puede conducir a EPI. Esto no sucede a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los primeros 20 días de la inserción.

2. ¿Pueden utilizar el DIU las mujeres jóvenes y de edad muy avanzada?

Sí. No existe un límite máximo ni mínimo en la edad. El DIU debe extraerse una vez alcanzada la menopausia.

3. Si una usuaria actual presenta una ITS o ha quedado en muy alto riesgo de infectarse con una ITS, ¿se le debe retirar el DIU?

No. Si una mujer presenta una nueva ITS después de colocarse un DIU, no está especialmente en riesgo de desarrollar una EPI por causa del DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras se la trata por la ITS. El extraer el DIU no representa ningún beneficio y puede dejarla en riesgo de un embarazo no deseado. Asesórela en el uso del condón y en otras estrategias destinadas a evitar las ITS en el futuro.

4. ¿Los DIU hacen infértil a la mujer?

No. Una vez retirado el DIU, la mujer puede quedar embarazada tan pronto como otra que nunca haya utilizado un DIU, sin perjuicio de que la fertilidad decrece con los años de edad. Sin embargo, tenga o no la mujer un DIU, si desarrolla una EPI y ésta no es tratada, existe cierta probabilidad de que se vuelva infértil.

5. ¿Puede utilizar el DIU una mujer que no ha tenido hijos?

Sí. En general, una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU (Categoría 2 de los CME), pero deberá comprender que será más propensa a que el DIU se le salga, debido a que su útero probablemente sea más pequeño que el de una mujer que sí ha tenido hijos.

6. ¿Es posible que el DIU se desplace del útero de la mujer a otras partes del cuerpo, como el corazón y el cerebro?

El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Rara vez, el DIU puede atravesar la pared del útero hacia la cavidad abdominal. Esto, en general, se debe a error en la colocación. Si se descubre eso dentro de aproximadamente 6 semanas de la colocación, o si en cualquier momento causa síntomas, el DIU debe ser retirado mediante cirugía laparoscópica o por laparotomía. Sin embargo, por lo general, el DIU fuera de sitio no causa problemas y debe dejarse donde está. La mujer deberá usar otro método anticonceptivo.

7. ¿La mujer debe tomarse un “período de descanso” después de utilizar su DIU durante varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de extracción de su DIU?

No. Esto no es necesario y podría ser perjudicial. Extraer el DIU viejo y colocar el nuevo de inmediato presenta menos riesgo de infección que dos procedimientos separados. Además, la mujer podría quedar embarazada durante el “período de descanso” antes de colocarse el nuevo DIU.

8. ¿Hay que administrar antibióticos de rutina antes de la colocación del DIU?

No, en general no. La mayor parte de las investigaciones realizadas donde las ITS no son comunes sugieren que el riesgo de EPI es bajo con o sin antibióticos. Cuando se utilizan las preguntas adecuadas de pesquisa para ITS y la colocación del DIU es realizada con procedimientos apropiados de prevención de infecciones (como la técnica de colocación sin contacto), existe bajo riesgo de infección. Sin embargo, los antibióticos deben ser una opción en áreas en que las ITS sean comunes y el tamizaje de ITS es limitado. En mujeres con antecedentes de endocarditis o con prótesis valvular del corazón, requieren profilaxis antibiótica intravenosa para protegerlas de endocarditis.

9. ¿Debe colocarse el DIU únicamente durante la menstruación?

No. Para la mujer que está presentando sus ciclos menstruales, se puede colocar el DIU en cualquier momento del ciclo si se tiene una certeza razonable de que no está embarazada. La menstruación puede ser un buen momento para la colocación del DIU porque da la certeza de que no está embarazada y la inserción resulta más fácil. Sin embargo, durante la menstruación no es tan fácil percibir signos de infección.

10. ¿Debe negarse el DIU a una mujer porque no desea controlar los hilos de su DIU?

No. No debe negársele el DIU a una mujer porque no quiera controlar los hilos de su DIU. Se ha exagerado la importancia de revisar los hilos del DIU. No es común que el DIU se salga y es raro que se salga sin que la mujer lo advierta. Si no quiere controlar sus hilos, puede fijarse cuidadosamente si se le ha salido el DIU más o menos en el primer mes y en el curso de la menstruación.

11. ¿El DIU aumenta el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es raro entre usuarias de DIU. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres con DIU es de 12 por 10,000 mujeres por año, mientras que entre mujeres que no utilizan MAC es de 65 por 10,000 mujeres por año. En las raras ocasiones en que el DIU

falla y ocurre el embarazo, 6 a 8 % de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos. ^(5,8-12,14-16,21,22,24,25)

10.3.2 DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL (DIU-LNG)

10.3.2.1 Puntos clave

- **Protección del embarazo por un período prolongado.** Muy eficaz durante 5 años, inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado en el útero por un proveedor con capacitación específica.**
- **Una vez colocado, el DIU-LNG requiere poco de la usuaria.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes, pero no perjudiciales.** Por lo general, sangrado más leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular.

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino de levonorgestrel?

- El dispositivo intrauterino de levonorgestrel (DIU-LNG) es un dispositivo plástico en forma de T que libera constantemente pequeñas cantidades de levonorgestrel cada día. (Levonorgestrel es un progestágeno ampliamente utilizado en implantes y anticonceptivos orales.)
- Un proveedor de atención de salud específicamente capacitado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino.
- También se le conoce como el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, SIU-LNG, o DIU hormonal.

¿Cómo actúa?

Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio).

¿Qué tan eficaz es?

Uno de los métodos de mayor eficacia y larga duración:

- Menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el correr del primer año (2 por 1000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y el riesgo continúa mientras que la mujer utilice el DIU-LNG.
 - Más de 5 años de uso del DIU-LNG: Menos de 1 embarazo por 100 mujeres (5 a 8 por 1000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado durante más de 5 años.

¿Produce infertilidad?

Retorno de la fertilidad tras la extracción del DIU-LNG: Sin demora

¿Protege contra ITS?

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

¿Quién puede colocarlo?

Para la inserción se requiere de conocimientos previos, puede ser insertado por el Médico Especialista, Médico Residente en Ginecología y Médico General capacitado en la técnica

10.3.2.2 Consejería para uso de DIU-LNG

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- El proveedor de salud brindará la información y oferta basándose en el uso correcto de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de DIU-LNG.

10.3.2.3 Criterios Médicos de Elegibilidad para DIU con Levonorgestrel

Realice a la paciente las preguntas de Criterios médicos de elegibilidad para DIU de Cobre. Incluya además las preguntas de más abajo sobre afecciones conocidas. Si la mujer responde “no” a todas las preguntas de aquí y del DIU de cobre, entonces puede colocársele el DIU-LNG si lo desea. Si la respuesta a una pregunta es “sí”, siga las instrucciones. En algunos casos, aun así, podrá colocarse el DIU-LNG.

1. ¿Tiene en la actualidad un coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones?

☐ NO ☐ SI

Si la mujer refiere que tiene un coágulo sanguíneo (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas

2. ¿Tiene cirrosis hepática grave, infección hepática, o tumor hepático? (¿tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia])

☐ NO ☐ SI

Si la mujer refiere que tiene enfermedad hepática grave en curso (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático), no suministre el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

Si responde SI: No coloque el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Para clasificaciones completas, ver “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar.

10.3.2.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado irregular
 - Ausencia de menstruación
 - Sangrado prolongado
- Acné
- Cefaleas
- Dolor o sensibilidad en los senos
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios de humor

Otros posibles cambios físicos:

- Quistes ováricos

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Anemia por deficiencia de hierro

Puede ayudar a proteger contra:

Enfermedad Pélvica Inflamatoria

Reduce:

- Calambres menstruales
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Riesgos conocidos para la salud

- Ninguno

Complicaciones

Raras:

- Perforación de la pared del útero por el DIU-LNG o un instrumento utilizado para su colocación. Generalmente cicatriza sin tratamiento.

Muy raras:

- Pérdida de embarazo, parto prematuro o infección para la muy rara circunstancia en que la mujer quede embarazada utilizando el DIU-LNG colocado en su lugar.

10.3.2.5 Quién puede y quién no puede utilizar DIU-LNG

Casi todas las mujeres pueden utilizar DIU-LNG de manera segura y eficaz, incluyendo mujeres nuparas.

10.3.2.6 ¿Cuándo iniciar el uso del DIU-LNG?

En muchos casos la mujer puede comenzar con el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo. Tenga en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares o sustituye un método sin hormonas	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none">• Si se aplica durante los 7 días después de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo.• Si han pasado 7 días desde el comienzo de su menstruación, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo los primeros 7 días después de colocado el DIU-LNG.
Cambiar de método hormonal	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o, de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.• Si está dejando los inyectables, puede colocarse el DIU-LNG cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la colocación.
Poco después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Si no está amamantando, en cualquier momento en el plazo de las 48 horas posteriores al parto. (Se requiere un proveedor con capacitación específica en la colocación del DIU posparto.) Después de 48 horas, esperar por lo menos 4 semanas.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento entre el parto y los 6 meses. No hay necesidad de método de respaldo.• Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo para los primeros 7

	<p>días posteriores a la colocación.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Lactancia parcial o no amamantando	<ul style="list-style-type: none"> • Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días posteriores a la colocación. • Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG según lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • En cualquier momento si puede determinarse que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días posteriores a la colocación.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si se coloca el DIU-LNG durante los primeros 7 días posteriores a la pérdida de embarazo o aborto del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No se necesita método de respaldo. • Si han pasado más de 7 días desde la pérdida de embarazo o aborto del primer o segundo trimestre y no hay infección presente, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días posteriores a la colocación. • Si hay infección presente, trátela o remítala y ayúdela elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU-LNG, puede colocárselo una vez que la infección se haya resuelto por completo. • La colocación del DIU-LNG después de pérdida de embarazo o aborto del segundo trimestre requiere capacitación. Si no tiene capacitación específica, postergue la colocación hasta por lo menos 4 semanas después de la pérdida de embarazo o aborto.

10.3.2.7 Asesoramiento sobre efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU-LNG debe brindarse un asesoramiento minucioso sobre las modificaciones del sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir usando el método.

Describe los efectos secundarios más comunes	<p>Cambios en los patrones de sangrado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de menstruación, sangrado más leve, menos días de sangrado, sangrado infrecuente o irregular. • Acné, cefaleas, sensibilidad y dolor en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.
Dé una explicación sobre estos efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • En general, los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad. • Por lo general, tienden a disminuir después de los primeros meses de la colocación. • La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos secundarios. ^(5,8-12,14-16,21,22,24,25)

10.3.3 IMPLANTES SUBDERMICOS (ISD)

10.3.3.1 Puntos clave

- **Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas flexibles** que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.
- **Brindan protección contra embarazo a largo plazo.** Muy eficaz durante 3 a 5 años, dependiendo del tipo de implante, inmediatamente reversible.
- **Requieren un proveedor específicamente capacitado para insertarlos y quitarlos.**
- **La mujer puede dejar los implantes cuando ella lo decida con ayuda del proveedor de salud.**
- **Se precisa poco de la usuaria una vez que se han colocado los implantes.**
- **Las alteraciones del sangrado son comunes, pero no perjudiciales.** Generalmente hay sangrado irregular prolongado durante el primer año y luego el sangrado se hace más regular o infrecuente.

¿En qué consisten los implantes?

- Son pequeños cilindros o cápsulas de plástico, cada uno del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.
- Un proveedor específicamente capacitado realiza un procedimiento de cirugía mínima para colocar los implantes bajo la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una mujer.
- No contiene estrógeno, por lo que se puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógeno.
- Hay varios tipos de implantes de acuerdo al tipo de progestágeno que lo constituye, como los siguientes:
 - Levonorgestrel (LNG) con duración de 3 años. (3 barritas)
 - Etonogestrel (ETG) con duración de 5 años. (1 barrita)

¿Cómo actúan?

- Actúa principalmente por:
 - Impide la liberación del ovulo (ovulación)
 - Espesamiento del moco cervical (esto bloquea los espermatozoides y no les permite llegar al óvulo)

¿Cuál es su eficacia?

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración:

- Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres). Esto significa que 9995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no van a quedar embarazadas.
- En los 3 años de uso del Implante de ETG ocurre menos de 1 embarazo por cada 1000 mujeres (1 en 1000 mujeres)
- Existe un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras la mujer está utilizando implantes.

¿Producen infertilidad?

La fertilidad se recupera sin demora al dejar de utilizar el implante subdérmico.

¿Protegen contra ITS?

No confieren protección contra infecciones de Transmisión Sexual.

10.3.3.2 Consejería para uso de Implantes

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Para apoyarse en la realización adecuada de la Consejería puede auxiliarse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS

10.3.3.3 Criterios Médicos de elegibilidad para Implantes

Haga a la usuaria las preguntas a continuación sobre las afecciones médicas conocidas. No es necesario hacer exámenes y análisis. Si la respuesta es NO a todas las preguntas, entonces puede insertarse los implantes si lo desea. Si la respuesta es “Sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos puede aun así comenzar a usar implantes.

1. ¿Tiene usted cirrosis de hígado grave, o infección de hígado o tumor de hígado? (¿tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia])

☐ NO ☐ SI

Si la usuaria refiere hepatopatía activa grave (ictericia, cirrosis grave, tumor de hígado), no le indique implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

2. ¿Tiene usted un problema actual grave con coágulos sanguíneos en piernas o pulmones?

☐ NO ☐ SI

Si refiere un coágulo de sangre actual (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Presenta usted un sangrado vaginal que no le resulta habitual?

☐ NO ☐ SI

Si tiene un sangrado vaginal inexplicable, que sugiera embarazo o una afección médica subyacente, los implantes podrían dificultar más el diagnóstico y monitoreo de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para utilizar mientras que se hace la evaluación y tratamiento (no? inyectables de progestágeno solo, o un DIU de cobre u hormonal). Después del tratamiento, reevaluar para el uso de implantes.

4. ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

Si responde SI: No indique implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria quiera utilizar. Además, señale cualquier afección que pudiera contraindicar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

10.3.3.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

- Alteraciones de los patrones de sangrado, por ejemplo:

Los primeros meses:

- Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente
- No hay menstruación

Después de alrededor de 1 año:

- Sangrado más liviano y menos días de sangrado
- Sangrado irregular
- Sangrado infrecuente

Las usuarias de Implante de ETG tienen más probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular.

- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Cambios de peso

- Sensibilidad en los senos
- Mareos
- Cambios de humor
- Náuseas
- Otro cambio físico posible: Aumento del tamaño de los folículos ováricos

Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
Ayuda a proteger contra:	
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos de embarazo • Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática 	Ninguno
Puede ayudar a proteger contra:	
<ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropénica 	

Complicaciones

Infrecuente:

- La infección en el sitio de inserción (la mayoría de las infecciones se presentan en los primeros 2 meses después de la inserción)
- Extracción difícil (Es raro si se insertó correctamente y el proveedor tiene práctica para extraerlo)

Raro:

- Expulsión del implante (Las expulsiones en general ocurren en los primeros 4 meses después de la inserción)

10.3.3.5 ¿Quién puede y quién no puede usar implantes?

Casi todas las mujeres pueden utilizar implantes de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Haya o no hayan tenido hijos
- No estén casadas
- De cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres mayores de 40 años de edad
- Post Evento Obstetrico (pérdida de embarazo post parto, emabarzo ectopico,post cesárea)
- Fuman cigarrillos, independientemente de la edad de la mujer o del número de cigarrillos que fume
- Estén amamantando
- Tengan venas varicosas
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral

10.3.3.6 Las mujeres pueden comenzar a utilizar implantes:

- Sin examen pélvico
- Sin análisis de sangre u otros análisis de laboratorio de rutina
- Sin pesquisa de cáncer cervical
- Sin un examen de mama

- Incluso cuando una mujer no esté teniendo menstruación en el momento, si está razonablemente segura de no estar embarazada (ver Lista de verificación de embarazo)

10.3.3.7 Acceso al servicio de inserción de implante subdérmico

Sustituir el método Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si ha estado usando el método hormonal sistemática y correctamente o si está de otro modo razonablemente segura de no estar embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo. • Si está sustituyendo inyectables, puede insertarse implantes cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si tuvo el parto recientemente puede usar implante sin problemas • Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses. No necesita un método de respaldo. • Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se aconseja para las mujeres que tienen ciclos menstruales.
Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente segura que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción. • Si ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales.
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si tuvo el parto recientemente puede usar implante sin problemas
Más de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción. • Si ha vuelto la menstruación, puede hacerse colocar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales.
No amamantando	

Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Puede insertarse los implantes en cualquier momento. No necesita método de respaldo
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción. • Si ha vuelto la menstruación, se pueden insertar los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Se pueden insertar los implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente. Si se insertan implantes en los 7 días después del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre no necesita un método de respaldo. • Si hace más de 7 días del aborto o de la pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, se pueden insertar implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la colocación.

- El proveedor de salud brindará la información y oferta basándose en el uso correcto para el uso del implante subdérmico.
- La inserción del implante estará a cargo del Médico Especialista, Médico Residente en Ginecología, Médico General, Médico en Servicio Social capacitado y Enfermera Profesional capacitada.

10.3.3.8 ¿Cuándo iniciar el uso del Implante subdérmico?

Toda mujer puede utilizar el implante subdérmico en cualquier momento que lo desee si tiene certeza razonable que no está embarazada. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares o sustituye un método sin hormonas (Preservativo o DIU con Cobre)	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está comenzando dentro de los 5 días después de iniciada su menstruación, no necesita método de respaldo. • Si hace más de 5 días del inicio de su menstruación,

puede insertarse implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inserción.

- Si está sustituyendo un DIU puede insertarse un implante inmediatamente.
-

10.3.3.9 Implantes para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres que viven con VIH, que tienen SIDA o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los implantes de manera segura.
- Recomiende a estas mujeres utilizar condones además de los implantes para evitar la transmisión de VIH y otras ITS.

10.3.3.10 Asesoramiento sobre efectos secundarios

IMPORTANTE: Debe hacerse un asesoramiento minucioso sobre las alteraciones en el sangrado y otros efectos secundarios antes de colocarse implantes. El asesoramiento sobre cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método.

Describe los efectos secundarios más comunes

- Alteraciones del patrón de sangrado:
 - Sangrado irregular que dura más de 8 días alguna vez en el primer año.
 - Sangrado regular, infrecuente o falta de sangrado más adelante.
- Cefaleas, dolor abdominal, sensibilidad en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.

Dé una explicación sobre estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signo de enfermedad.
 - La mayoría de los efectos secundarios generalmente disminuyen o desaparecen durante el primer año.
 - Son comunes, pero hay mujeres que tal vez no los presenten.
 - La usuaria puede volver a consultar si los efectos secundarios le molestan.
-

10.3.3.11 ¿Qué exámenes y análisis debe de realizarse antes de iniciar el uso de ISD?

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso del implante subdérmico. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso del implante subdérmico. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso del implante subdérmico a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

10.3.3.12 Inserción de los implantes

La mujer que haya elegido implantes debe saber qué sucederá durante la inserción. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento.

Para aprender a insertar y extraer los implantes se necesita capacitación y práctica bajo supervisión directa.

La inserción de los implantes generalmente lleva unos pocos minutos, pero algunas veces puede llevar más, dependiendo de la habilidad del proveedor. Las complicaciones son raras y también dependen de la destreza del proveedor. El implante de ETG se inserta con un aplicador hecho especialmente para tales efectos, similar a una jeringa.

- El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infección.
- La mujer recibe una inyección de anestésico local bajo la piel de su brazo para evitar el dolor mientras que se insertan los implantes. Esta inyección puede producir sensación de pinchazo. Permanece totalmente despierta durante todo el procedimiento.
- El proveedor inserta los implantes justo debajo de la piel. La mujer puede sentir sensación de presión o tironeamiento.
- Después de insertar todos los implantes, el proveedor cierra la incisión con una curación adhesiva. No se necesitan puntos. Se cubre la incisión con un paño seco y se envuelve el brazo con una gasa.

10.3.3.13 Extracción de los implantes

IMPORTANTE: Los proveedores no deben rechazar o demorarse cuando una mujer solicite que se le extraigan los implantes, por la razón que sea, ya sea personal o médica. Todo el personal debe comprender y concordar con que no se debe presionar o forzar a la mujer a seguir usando los implantes.

Explicación del procedimiento de extracción

La mujer tiene que saber qué sucederá durante la extracción. La siguiente descripción puede ayudar a explicar el procedimiento. Se utiliza el mismo procedimiento de extracción para todos los tipos de implantes.

1. El proveedor usa procedimientos apropiados de prevención de infecciones.
2. La mujer recibe una inyección de anestésico local bajo la piel del brazo para evitar el dolor durante la extracción del implante. Esta inyección puede producir sensación de pinchazo. La mujer permanece totalmente despierta durante todo el procedimiento.
3. El proveedor de salud hace una pequeña incisión en la piel del interior de la parte superior del brazo, cerca del sitio de inserción.
4. El proveedor usa un instrumento para tirar del implante hacia afuera. La mujer puede sentir tironeamiento, dolor leve, o ardor durante el procedimiento y durante unos pocos días.

5. El proveedor cierra la incisión con un vendaje adhesivo. No se necesitan puntos. Se puede colocar un vendaje elástico por encima del vendaje adhesivo, aplicando una presión suave durante 2 ó 3 días para disminuir la hinchazón.

Si una mujer quiere implantes nuevos se los coloca por encima o por debajo del sitio de los implantes anteriores o en el otro brazo.

10.3.3.14 Apoyo a la usuaria

Dar instrucciones específicas

Mantenga el brazo seco	<ul style="list-style-type: none"> • Debe mantener el área de inserción seca durante 4 días. Puede quitarse la venda elástica o la gasa después de 2 días y el vendaje adhesivo después de 5 días.
Sepa que puede presentar ardor, equimosis	<ul style="list-style-type: none"> • Después que haya pasado el efecto anestésico, le dolerá el brazo unos pocos días. Puede también tener hinchazón y equimosis en el sitio de inserción. Esto es común y desaparece sin tratamiento.
Duración de la protección de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Hable con la usuaria sobre qué sistema usar para recordar la fecha en que tiene que regresar. • Proporcione a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta de recordatorio de ser posible y explique: <ul style="list-style-type: none"> - El tipo de implante que tiene y la fecha de inserción - El mes y el año en que hay que extraer o sustituir los implantes - Dónde debe acudir si tiene problemas o preguntas con sus implantes
<ul style="list-style-type: none"> • Hágase retirar los Implantes antes que comiencen a perder eficacia 	<ul style="list-style-type: none"> • Dígle que vuelva a la consulta o que vea a otro proveedor antes de que los implantes comiencen a perder eficacia.

10.3.3.16 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso pueden, o no, deberse al método.

Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de implantes. Hay que prestarles atención. Si la usuaria reporta efectos secundarios o complicaciones, escuche sus inquietudes, brinde asesoramiento y si corresponde, trátela.

Ofrézcale ayuda para elegir otro método —ahora si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

Sangrado irregular (sangrados inesperados que molestan a la usuaria)

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrado irregular. No hacen mal y habitualmente disminuyen o se interrumpen después del primer año.
- Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular.
- Si este medicamento no le ayuda, puede probar uno de los siguientes, comenzando cuando empiece el sangrado irregular:
 - Anticonceptivos orales combinados con progestágeno levonorgestrel. Indíquele que tome un comprimido por día durante 21 días.
 - 50 µg etinil estradiol diariamente durante 21 días.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

No menstrúa

Tranquilícela diciendo que hay algunas mujeres que utilizan implantes que dejan de tener menstruación y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se alegran de no presentar menstruación).

Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)

Tranquilícela diciendo que muchas mujeres que usan implantes presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.

Para un alivio modesto y a corto plazo, puede probar cualquiera de los tratamientos mencionados anteriormente para el sangrado irregular, comenzando cuando empiece el sangrado profuso. Los anticonceptivos orales combinados (AOC) con 50 µg de etinil estradiol pueden dar mejores resultados que los comprimidos de bajas dosis.

Para ayudar a evitar la anemia, sugiera comprimidos de hierro y díglele que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).

Si continúa el sangrado profuso o prolongado o éste comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Toda cefalea que empeore o aparezca con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.

Dolor abdominal leve

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Acné

- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido a acné, puede considerar cambiar a AOC. El acné de muchas mujeres mejora con el uso de AOC.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de peso

- Revise la dieta y asesore según corresponda.

Sensibilidad en los senos

- Recomiende el uso de un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y el sueño).
- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de humor o cambios del impulso sexual

- Pregunte sobre cambios en su vida que puedan afectar su estado de ánimo o el impulso sexual, como cambios en su relación de pareja. Déle apoyo según corresponda.
- Las usuarias que tienen variaciones graves del humor como depresión mayor deben ser remitidas para su atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Náuseas o mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolor después de la inserción o extracción

- Para el dolor después de la inserción, asegúrese de que el vendaje o la gasa en el brazo no estén demasiado ajustados.
- Coloque un nuevo vendaje en el brazo y aconséjele que evite apretar el sitio durante unos días.

- Dele aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico

Infección en el sitio de inserción (rubor, calor, dolor, pus)

- No retire los implantes.
- Limpie el área infectada con agua y jabón o antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Pida a la usuaria que regrese después de terminar los antibióticos si la infección no ha desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, extraiga los implantes o remita a la paciente para su extracción.
- A menudo la expulsión total o parcial sigue a la infección. Solicite a la usuaria que vuelva si nota que se está saliendo el implante.

Abscesos (bolsas de pus bajo la piel debido a infección)

- Limpie el área con antiséptico.
- Abra (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Solicite a la usuaria que vuelva después de completar los antibióticos si presenta calor, rubor, dolor, o drenaje de la herida. Si hay infección cuando regrese, extraiga los implantes o remita a la usuaria para su extracción.

Expulsión (cuando uno o más implantes comienzan a salirse del brazo)

- Raro. Generalmente ocurre dentro de los primeros meses después de la inserción o con infección.
- Si no hay infección, cambie el cilindro o cápsula expulsados a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o cápsulas o remita a la usuaria para cambiarlo.

Dolor intenso en el abdomen inferior (sospecha de embarazo)

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La mujer puede continuar usando los implantes durante su evaluación.
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se tuerzan o estallen. Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que, si bien es raro y no es causado por los implantes, puede poner en peligro la vida de la mujer. En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves. La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales

- Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
- Debilidad o sensación de mareo
- Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, remita a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento.

10.3.3.17 Preguntas y respuestas sobre los implantes

1. ¿Las usuarias de implantes requieren consultas de control?

No. Las usuarias de implantes no precisan controles periódicos de rutina. Las consultas anuales pueden ser útiles para otros cuidados preventivos, pero no son necesarias a causa del implante. Por supuesto, la mujer es bienvenida en todo momento si desea regresar con preguntas.

2. ¿Se pueden dejar los implantes en el brazo de la mujer de manera permanente?

En general no es recomendable dejar los implantes colocados más allá de su vida útil si la mujer mantiene el riesgo de embarazo. Los implantes en sí no resultan peligrosos, pero al disminuir sus niveles de hormonas, se vuelven cada vez menos eficaces.

3. ¿Los implantes causan cáncer?

No. Los estudios no han mostrado un incremento en el riesgo de ningún cáncer por el uso de implantes.

4. ¿Cuánto demora la mujer en quedar embarazada después de la extracción de los implantes?

Las mujeres que dejan de utilizar implantes pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los implantes no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de su extracción. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar implantes en general se recupera una vez que estos se extraen. Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para recuperar su patrón de sangrado.

5. ¿Los implantes causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer accidentalmente queda embarazada mientras utiliza implantes?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los implantes no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza implantes o accidentalmente se inserta implantes estando ya embarazada.

6. ¿Es posible que los implantes se desplacen en el cuerpo de la mujer o que se salgan de su brazo?

Los implantes no se mueven dentro del cuerpo de la mujer. Los implantes permanecen en el lugar donde se insertan hasta que se extraen. Alguna rara vez, puede comenzar a salirse un cilindro, en general dentro de los primeros 4 meses después de la inserción. Esto sucede porque no fueron correctamente insertados o porque existe infección en el sitio de la inserción. En estos casos, la mujer verá que el implante se está saliendo. Algunas

mujeres presentarán un cambio súbito en sus patrones de sangrado. Si una mujer nota un cilindro asomando, debe comenzar a utilizar un método de respaldo y regresar a la clínica inmediatamente.

7. ¿Aumentan el riesgo de embarazo ectópico?

No. Por el contrario, los implantes reducen mucho el riesgo de embarazo ectópico. Entre usuarias de implantes, los embarazos ectópicos son extremadamente infrecuentes. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres con implantes es de 6 por 100.000 mujeres al año. La tasa de embarazo ectópico entre mujeres que no utilizan método anticonceptivo en los Estados Unidos es de 650 por cada 100.000 mujeres al año. En las raras ocasiones en que los implantes fallan y se produce el embarazo, 10 a 17 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Así, la gran mayoría de los embarazos que ocurren luego de fallar los implantes no son ectópicos. Aún así, los embarazos ectópicos pueden poner en riesgo la vida, de modo que el proveedor debe estar advertido de la posibilidad de embarazo ectópico si falla el implante.

8. ¿Las mujeres de peso excesivo deben evitar los implantes?

Estudios sobre Implantes de ETG no encontraron que el peso reduzca la eficacia dentro del período de vida útil aprobado para este tipo de implante.

9. ¿Qué debería hacerse si una usuaria de implante presenta un quiste ovárico?

La mayor parte de los quistes no son quistes verdaderos sino estructuras llenas de líquido en el ovario (folículos), el cual sigue creciendo más del tamaño normal en un ciclo menstrual. Pueden producir algún leve dolor abdominal, pero requieren tratamiento solo si crecen a un tamaño anormalmente grande, si presentan torsión o estallido. En general estos folículos desaparecen sin tratamiento.

10. ¿Después de insertarse los implantes la mujer puede comenzar a trabajar de inmediato?

Sí, puede comenzar a hacer su trabajo habitual apenas egrese de la clínica, mientras no se golpee el sitio de inserción ni se lo moje.

11. ¿Hay que realizar un examen pélvico antes de colocarse implantes?

No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas correctas (ver Lista de verificación del embarazo). No hay ninguna patología que contraindique el uso de implantes que se pueda detectar en un examen pélvico. ^(8-12,14-16,21-23)

10.4 ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES DE CORTO PLAZO

10.4.1. ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (AOC)

10.4.1.1 Puntos clave

- **Tome una píldora todos los días.** Para una eficacia óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente, de preferencia a la misma hora y comenzar las cajas de píldoras en su debido tiempo.
- **Los cambios en el sangrado son comunes, pero no perjudiciales.** Lo habitual es que haya sangrados irregulares unos pocos meses y que después se hagan más leves y regulares.
- **Si olvida una píldora, tómela lo antes posible.** La omisión de píldoras conlleva riesgo de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios.
- **Pueden suministrarse a la mujer en cualquier momento, para comenzar más adelante.** Si no se puede descartar el embarazo, el proveedor puede suministrar a la mujer sus píldoras para que las tome después, cuando comience su menstruación.

¿Qué son los anticonceptivos orales combinados?

- Píldoras que contienen dosis bajas de 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno—iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer.
- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) son también conocidos como “la píldora”, píldoras combinadas de baja dosis, PAO y AO.

¿Cómo actúan?

Impiden la liberación del óvulo (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

Cuando se utilizan de manera correcta y sistemática se producen menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

¿Producen infertilidad?

Las mujeres que emplean AOC pueden retornar rápidamente a su fertilidad, tan pronto como las que emplean métodos no hormonales.

¿Protegen contra ITS?

No protegen contra Infecciones de Transmisión Sexual.

10.4.1.2 Consejería para uso de métodos AOC

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.

- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Para realizar de manera adecuada la consejería puede auxiliarse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS
-

10.4.1.3 Criterios médicos de elegibilidad para AOC

Realice a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si ella responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con AOC si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con AOC.

1. ¿Está amamantando un bebé de menos de 6 meses?

☐ NO ☐ SI

- Si la lactancia es exclusiva o casi exclusiva: recomiéndele que comience a tomar los AOC a los 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé—lo que ocurra primero.
- Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los AOC ya a las 6 semanas después del parto.

2. ¿Ha tenido usted un bebé en las últimas 3 semanas y no está lactando?

☐ NO ☐ SI

Sumínístrele los AOC ahora y dígame que empiece a tomarlos 3 semanas después del parto. (Si hay riesgo adicional de que la mujer desarrolle un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda, o TVP), no debe iniciar el uso de AOC a las 3 semanas después del parto, sino a las 6 semanas. Entre los factores de riesgo adicional se encuentran: antecedentes de TVP, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad ($>30 \text{ kg/m}^2$), tabaquismo y estar postrada en cama durante un plazo prolongado.)

3. ¿Fuma cigarrillos?

☐ NO ☐ SI

Si ella fuma y tiene 35 años o más, no le suministre AOC. Úrjala a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método.

4. ¿Tiene cirrosis hepática, infección hepática, o tumor hepático? (¿tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia]) ¿Alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC?

☐ NO ☐ SI

Si ella presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático) o alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC, no le (Puede utilizar inyectables mensuales si ha tenido ictericia sólo con el uso de AOC en el pasado.)

5. ¿Tiene hipertensión arterial?

☐ NO ☐ SI

Si no le puede controlar la tensión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, o si está siendo tratada por hipertensión, no le dé AOC. Si es posible, remítala para un

chequeo de la tensión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos. Si es posible, controle la tensión arterial:

- Si la tensión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, suministre AOC.
- Si su tensión arterial sistólica es de 140 mm Hg o más, o si la tensión arterial diastólica es de 90 o más, no suministre AOC. Si la tensión arterial sistólica es de 160 o más o la tensión diastólica es de 100 o más, ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean los inyectables de progestágeno solo. (Una lectura de la tensión arterial entre 140–159/ 90–99 mm Hg no alcanza para diagnosticar hipertensión. Indíquele que use un método de respaldo* hasta que vuelva a otro control de la tensión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su tensión arterial está por debajo de 140/90, puede utilizar AOC.)

6. ¿Ha tenido diabetes por más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso?

☐ NO ☐ SI

No le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno, pero no los inyectables de progestágeno solo.

7. ¿Tiene ahora patología de vesícula biliar, o toma medicamentos para la vesícula?

☐ NO ☐ SI

No le dé AOC. Ayúdela a elegir otro método que no sea el parche combinado o el anillo vaginal combinado.

8. ¿Ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave?

☐ NO ☐ SI

Si refiere infarto cardíaco, cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial, o accidente CV, no le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos que no sean inyectables de progestágeno solo. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

9. ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

No le dé AOC. Ayúdela a elegir otro método sin hormonas.

10. ¿Ve a veces en el ojo un área brillante de pérdida de visión previo a una fuerte cefalea (aura migrañosa)? ¿tiene un dolor de cabeza intenso pulsátil, a menudo de un solo lado, que puede durar desde unas pocas horas hasta varios días, provocando náuseas o vómitos (cefaleas migrañosa o jaquecas)? ¿Esas jaquecas empeoran con la luz, los ruidos o el movimiento?

☐ NO ☐ SI

Si a cualquier edad, presenta aura migrañosa, no le dé AOC. Si presenta migraña sin aura y tiene 35 años o más, no le dé AOC. Ayude a estas mujeres a elegir un método sin estrógenos. Si es menor de 35 años y tiene migraña sin aura, puede utilizar AOC.

11. ¿Está tomando medicamentos anticonvulsivantes? ¿Está tomando rifampicina o rifabutina para tuberculosis u otra enfermedad?

☐ NO ☐ SI

Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, fenitoína,

primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina o ritonavir, no le dé AOC. Estos medicamentos pueden reducir la eficacia de los AOC. Ayúdela a elegir otro método, pero no píldoras de progestágeno solo. Si está tomando lamotrigina, ayúdela a elegir un método sin estrógeno.

12. ¿Tiene programada una cirugía mayor que vaya a impedirle caminar durante una semana o más?

☐ NO ☐ SI

Si es así, puede empezar a tomar AOC 2 semanas después de la cirugía. La mujer debería usar un método de respaldo hasta que pueda empezar a tomar AOC.

13. ¿Presenta alguna afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, como edad más avanzada, tabaquismo, hipertensión, o diabetes?

☐ NO ☐ SI

No le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno que no sea inyectables de progestágeno solo. Además, las mujeres no deben usar AOC si informan tener mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos). Para ver las clasificaciones completas, consultar “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”

10.4.1.4 ¿Cuándo iniciar el uso de los anticonceptivos orales combinados?

Toda mujer elegible para el uso de AOC puede iniciarlos en cualquier momento que lo desee si tiene certeza razonable que no está embarazada. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Mujeres con ciclos menstruales regulares	<ul style="list-style-type: none"> En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional (Condón) durante los siguientes siete días.
Mujeres con amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> Puede iniciarse el uso de AOCs, en cualquier momento si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días.
Puerperio (con lactancia materna)	<ul style="list-style-type: none"> Menos de seis semanas de puerperio y principalmente amamantando: la mujer no debe usar AOCs, (CME, categoría 4). De seis semanas a seis meses de puerperio y principalmente

	<p>amamantando: el uso de AOCs, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Más de seis meses de puerperio y con amenorrea: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea. • Más de seis meses de puerperio y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
Puerperio (sin lactancia materna)	<ul style="list-style-type: none"> • Menos de 21 días de puerperio: el uso de AOCs, generalmente, no se recomienda a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no resulten aceptables (CME, categoría 3). Es muy poco probable que una mujer ovule y esté en riesgo de embarazo durante los primeros 21 días del puerperio. No obstante, por razones programáticas (es decir, según los protocolos de los programas nacionales, regionales o locales), algunos métodos anticonceptivos pueden proporcionarse durante este período. • 21 días o más de puerperio: en el caso de mujeres que no presenten otros factores de riesgo de tromboembolia venosa, por lo general, puede iniciarse el uso de AOCs (CME, categoría 2). • Mujeres que reúnen los requisitos médicos y sin retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional (Condón) durante los siguientes siete días. • Mujeres que reúnen los requisitos médicos y con retorno de los ciclos menstruales: puede iniciarse el uso de AOCs, tal como se recomienda para otras mujeres que tienen ciclos menstruales.
Posaborto	<ul style="list-style-type: none"> • Puede iniciarse el uso de AOCs, de inmediato después del aborto. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
Cambio de método cuando el anterior era hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Si la mujer ha utilizado su método hormonal de manera correcta y consistente, o si se tiene la certeza razonable de que no está embarazada, puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC de inmediato. No es necesario esperar la siguiente menstruación. • Si el método anterior de la mujer era un anticonceptivo inyectable, debe iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC en el momento en que debería repetirse la inyección. No es

	necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.
Cambio de método cuando la anterior era un método no hormonal (método natural, barrera ni el DIU)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante los primeros 5 días de su sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, del parche y del AVC. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs, de inmediato si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional (Condón) durante los siguientes siete días.
Cambio de método cuando el anterior era un DIU (incluido el DIU liberador de Etonogestrel)	<ul style="list-style-type: none"> • Durante los primeros 5 días de su sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOCs. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AOC, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. - Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. - Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días. Si tal protección adicional deberá proporcionarse mediante el DIU que está usando la mujer, se recomienda que este DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. • Si la mujer tiene amenorrea o presenta sangrado irregular, puede iniciarse el uso de AOCs, tal como se recomienda para otras mujeres que tienen amenorrea.

10.4.1.5 Anticonceptivos orales combinados para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres pueden utilizar AOC con seguridad, aunque estén viviendo con VIH, tengan SIDA o estén recibiendo terapia antirretroviral (ARV) a menos que en la terapia se administre Ritonavir ya que este medicamento podría reducir la eficacia de los AOC.
- Motive a estas mujeres a utilizar condones junto con los AOC. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera consistente y correcta. Los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV.

10.4.1.6 Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Una parte importante del proceso de suministrar el método es asesorar minuciosamente sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none">• En los primeros meses: sangrado en momentos inesperados (sangrado irregular). Luego, menstruaciones más leves, más breve y más regulares.• Cefaleas, sensibilidad en los senos, cambios de peso y posiblemente otros efectos secundarios.
Dé una explicación sobre estos efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.• La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOC.• Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.
Explique qué hacer en caso de efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Siga tomando los AOC. Si se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y puede empeorar algunos efectos secundarios.• La ingesta de la píldora todos los días a la misma hora ayuda a reducir el sangrado irregular y a no olvidarla.• Tome la píldora con las comidas o al acostarse para reducir o evitar las náuseas.• La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos secundarios.

10.4.1.7 ¿Qué exámenes y análisis debe de realizarse antes de iniciar el uso de AOCs?

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AOCs. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AOCs. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AOCs, a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

10.4.1.8 Explique cómo utilizarlas

Suministre las píldoras	<ul style="list-style-type: none">• Se debe proporcionar un suministro de píldoras suficiente para un año como máximo, según la preferencia y el uso previsto de la mujer.
Explique cómo es la caja de	<ul style="list-style-type: none">• Muestre el tipo de blíster de 21 ó 28 píldoras. Con los

las píldoras	<p>paquetes de 28 píldoras, señale que las últimas 7 píldoras son de distinto color y no contienen hormonas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestre cómo sacar la primera píldora de su envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blíster para tomar las píldoras restantes.
Dé la información clave	<ul style="list-style-type: none"> • tome una píldora cada día hasta terminar el paquete. • Sugiera cómo conviene tomar la píldora a diario. El asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria — como lavarse los dientes — puede ayudar a recordar. • Tomar la píldora todos los días a la misma hora ayuda a recordar. También puede ayudar a reducir algunos efectos colaterales.
Explique cómo comenzar un paquete nuevo	<ul style="list-style-type: none"> • Paquete de 28 píldoras: Al terminar un paquete deberá tomar la primera pastilla del siguiente paquete al día siguiente. • Paquete de 21 píldoras: Después de tomar la última píldora del paquete, deberá esperar 7 días -no más- para tomar la primera píldora del nuevo paquete. • Es muy importante empezar el nuevo paquete en el momento correcto. La demora en empezar lo conlleva riesgo de embarazo.
Suministre un método de respaldo y explique su uso	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces la mujer podrá necesitar usar un método de respaldo, por ejemplo, si olvida tomar sus píldoras. • Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino. Si es posible, suminístrele condones.

10.4.1.9 Apoyo a la usuaria

Manejo de omisión de píldoras

Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOC deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. Si una mujer omite tomar una o más píldoras deberá seguir las instrucciones siguientes: Use la herramienta ubicada en el Anexo # 11 Manejo de la Píldora Olvidada para dar las instrucciones a la usuaria

Compensación de píldoras omitidas con 30–35 µg de estrógeno

Mensaje clave

- Tome la píldora hormonal omitida lo antes posible.
- Siga tomando las píldoras como siempre, una cada día. (Puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día.)

¿Omitió 1 o 2 píldoras? ¿Empezó un paquete nuevo 1 ó 2 días tarde?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible, luego tome la píldora que corresponde a ese día. • Riesgo de embarazo es ninguno o bajo.
¿Omitió píldoras 3 o más días consecutivos durante la primera o segunda semana?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible y continúe de manera habitual el uso de su blíster. • Use un método de respaldo los próximos 7 días.
¿Omitió 3 o más píldoras en la tercera semana?	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora hormonal lo antes posible • Termine todas las píldoras hormonales del paquete. Descarte las 7 píldoras no hormonales del paquete de 28 píldoras. • Comience un nuevo paquete al día siguiente. • Use un método de respaldo los próximos 7 días.
¿Omitió alguna píldora no hormonal? (últimas 7 del paquete de 28 píldoras)	<ul style="list-style-type: none"> • Descarte la(s) píldora(s) no hormonal(es) omitida(s). • Siga tomando AOC, una por día. Comience el nuevo paquete como siempre.
Vómitos severos o diarrea	<ul style="list-style-type: none"> • Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre. • Si tiene vómitos o diarrea durante más de 2 días, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 3 o más píldoras.

‡ Para píldoras con 20 µg o menos estrógeno, las mujeres que omitan una píldora deberán seguir las mismas instrucciones para quienes omitieron una o dos píldoras de 30–35 µg. Las mujeres que omitan 2 o más píldoras deberán seguir las mismas instrucciones que quienes omitieron 3 o más píldoras de 30–35 µg.

10.4.1.10 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

- Se debe evaluar individualmente cada caso ya que los efectos secundarios pueden o no deberse al método.
- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOC. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día, aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos secundarios remiten después de unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, de ser posible, pruebe con otra formulación de AOC por un mínimo de 3 meses.

- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molesta a la usuaria)

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan AOC presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso.
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluyen:
 - Omisión de píldoras
 - Ingesta de las píldoras siempre a distinta hora
 - Vómitos y diarrea
 - Ingesta de anticonvulsivantes
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Aconséjele tomar la píldora todos los días y a la misma hora.
 - Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, también después de vomitar si tiene diarrea.
 - Se puede lograr un alivio modesto y breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Los AINEs alivian un poco los sangrados irregulares en los implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU y pueden además servir con los AOC.
 - Si ha estado tomando la píldora por más de unos pocos meses y no mejora con los AINEs, indique otra formulación de AOC que se encuentre disponible. Solicítele probar la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método.

No hay menstruación

- Pregúntele si está teniendo algún sangrado. (Puede presentar simplemente una pequeña mancha en su prenda interior y no reconocerla como menstruación.) Si es así, tranquilícela.
- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOC dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. Ella no es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no menstruar.)
- Pregúntele si ha estado tomando una píldora cada día. Si es así, tranquilícela de que es improbable que esté embarazada. Puede continuar tomando su AOC como antes.
- ¿Se ha saltado el descanso de 7 días entre las cajas (envases de 21 días) o las 7 píldoras no hormonales (envases de 28 días)? Si es así, manifiéstele que no está embarazada. Puede seguir utilizando AOC.

- Si ha omitido las píldoras hormonales o ha empezado tarde un nuevo paquete:
 - Puede seguir utilizando AOC.
 - Díglele a una mujer que ha omitido 3 o más píldoras o que ha comenzado un nuevo paquete 3 o más días tarde que vuelva si presenta signos y síntomas de inicio de embarazo.

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Pruebe lo siguiente (de a uno por vez):
 - Sugiera algún analgésico como ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro que este disponible y que esté indicado en el caso individual de la usuaria.
 - Algunas mujeres tienen cefaleas durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado.
- Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de AOC debe ser evaluada con atención.

Náuseas o mareos

- Para las náuseas, sugiera tomar los AOC al acostarse o con las comidas.

Si los síntomas continúan:

- Considere remedios disponibles localmente.
- Considere el uso prolongado si las náuseas aparecen después de empezar un nuevo paquete de píldoras.

Sensibilidad en los senos

- Recomiéndele el uso de un corpiño firme (incluso para actividades intensas o para dormir).
- Pruebe compresas frías o calientes.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Cambios de peso

- Revise la dieta y aconseje según sus necesidades.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Algunas mujeres presentan cambios de humor durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días en que no toman píldoras hormonales).
- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.

- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para recibir atención correspondiente.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Acné

- En general, el acné mejora con el uso de los AOC, pero puede empeorar en unas pocas mujeres.
- Si ha estado tomando píldoras durante más de unos pocos meses y el acné persiste, suminístrele, si hay, otra formulación de AOC. Indíquele que pruebe la nueva píldora un mínimo de 3 meses.
- Considere remedios disponibles localmente.

10.4.1.11 Preguntas y respuestas sobre los anticonceptivos orales combinados

1. ¿Debe la mujer tomar un “descanso” de los AOC antes de tomarlos durante determinado plazo?

No. No existe evidencia de que sirva “descansar”. De hecho, tomar un “descanso” de AOC puede conducir a un embarazo no deseado. Los AOC se pueden usar de manera segura durante muchos años sin tener que dejar de tomarlos periódicamente.

2. Si una mujer ha estado tomando AOC durante un tiempo prolongado, ¿seguirá protegida de un embarazo si deja de tomarlos?

No. La mujer está protegida sólo mientras se encuentra tomando sus píldoras regularmente.

3. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de tomar AOC?

Las mujeres que dejan de tomar AOC pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los AOC no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de que deja de tomarlos. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a tomar AOC en general se recupera al dejar de tomarlos.

Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para recuperar su patrón de sangrado.

4. ¿Los AOC causan abortos?

No. La investigación sobre los AOC ha hallado que no interrumpen un embarazo en curso. No deben ser utilizados para intentar provocar un aborto. No lo harán.

5. ¿Los AOC causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer toma AOC por accidente estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los AOC no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada tomando AOC o comienza a tomar AOC accidentalmente cuando ya está embarazada.

6. ¿Los AOC hacen que la mujer gane o pierda mucho peso?

No. La mayoría de las mujeres no ganan ni pierden peso debido a los AOC. El peso cambia naturalmente al tiempo que cambian las circunstancias de la vida y la edad de la gente. Al ser estos cambios de peso tan comunes, muchas mujeres creen que los AOC causan esos aumentos o pérdidas de peso. Sin embargo, los estudios encuentran que, en promedio, los AOC no afectan el peso. Unas pocas mujeres experimentan cambios súbitos de peso al usar AOC. Estos cambios se revierten al dejar de tomar AOC. No se sabe por qué estas mujeres responden a los AOC de esta manera.

7. ¿Los AOC modifican el humor o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOC plantean estas quejas. Sin embargo, la mayoría de las usuarias de AOC no refieren tales cambios y algunas manifiestan que tanto el humor como el deseo sexual mejoran. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los AOC o alguna otra razón. El proveedor puede ayudar a las usuarias con estos problemas. No existe evidencia de que los AOC afecten el deseo sexual de la mujer.

8. ¿Qué puede decirle un proveedor a una usuaria que pregunta sobre los AOC y el cáncer de mama?

El proveedor puede señalar que tanto las usuarias de AOC como las mujeres que no usan AOC pueden tener cáncer de mama. En estudios científicos, el cáncer de mama fue ligeramente más común en mujeres que usan o utilizaron AOC en los 10 años anteriores que entre otras mujeres. Los científicos no saben si los AOC realmente son la causa de ese ligero aumento del cáncer de mama. Es posible que los cánceres estuvieran allí antes del uso de AOC, pero que se los detectara más rápidamente en usuarias de AOC.

9. ¿Se puede utilizar los AOC como pruebas de embarazo?

No. La mujer puede presentar algún sangrado vaginal (un “sangrado por supresión”) al recibir ciertos AOC o un ciclo entero de AOC, pero los estudios sugieren que esta práctica no identifica con precisión quién está embarazada y quién no. Por tanto, para decir si una mujer está embarazada no se recomienda darle AOC para ver si sangra. No se debe dar AOC a una mujer a modo de prueba de embarazo porque los resultados no son exactos.

10. ¿Hay que hacerse un examen de pelvis antes de empezar a tomar AOC o en las consultas de seguimiento?

No. Lo que sí generalmente ayuda a alcanzar una certeza razonable de que la mujer no está embarazada es hacer las preguntas correctas. No hay ninguna patología que se pueda detectar en un examen pélvico que contraindique el uso de AOC.

11. ¿Puede una mujer con venas varicosas usar AOC?

Sí. Los AOC son seguros para mujeres con várices. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la piel de la superficie. No son peligrosas. No son coágulos sanguíneos, ni son esas las venas profundas de la pierna donde los coágulos sanguíneos pueden ser peligrosos (trombosis venosa profunda). Una mujer que tenga o haya tenido una trombosis de vena profunda no debe usar AOC.

12. ¿Puede una mujer tomar AOC de manera segura toda la vida?

Sí. No existe una edad mínima ni máxima para el uso de AOC. Los AOC pueden ser un método apropiado para la mayoría de las mujeres desde la primera menstruación (menarca) a la menopausia.

13. ¿Pueden las fumadoras utilizar AOC con seguridad?

Las mujeres de menos de 35 años que fuman pueden utilizar AOC de baja dosis. Las mujeres de 35 años y más que fuman deberían elegir un método sin estrógeno o, si fuman menos de 15 cigarrillos diarios, inyectables mensuales. Las mujeres mayores que fuman, si prefieren las píldoras, pueden tomar píldoras de progestágeno solo. Debe urgirse a todas las mujeres fumadoras a dejar de fumar.

14. ¿Qué hacer si una usuaria quiere usar AOC, pero la lista de verificación de embarazo no da una certeza razonable de que no esté embarazada?

Si no se dispone de pruebas de embarazo se le puede suministrar AOC para que se los lleve a casa con instrucciones de empezar a usarlos dentro de los 5 días del inicio de su menstruación. Hasta entonces deberá usar un método de respaldo.

15. ¿Cuáles son las diferencias entre las píldoras monofásicas, bifásicas y trifásicas?

Las píldoras monofásicas proveen la misma cantidad de estrógeno y progestágeno en cada píldora hormonal. Las píldoras bifásicas y trifásicas cambian la cantidad de estrógeno y progestágeno en distintos puntos del ciclo de la píldora. En las píldoras bifásicas, las 10 primeras píldoras tienen una dosificación, y luego las 11 píldoras siguientes tienen otro nivel de estrógeno y progestágeno. En las píldoras trifásicas, las primeras 7 píldoras más o menos tienen una dosificación, las 7 píldoras siguientes tienen otra dosificación, y las últimas 7 píldoras hormonales tienen aún otra. Todas evitan el embarazo de igual modo. Las diferencias en cuanto a sus efectos secundarios, eficacia y continuación parecen ser ligeras.

16. ¿Es importante tomar sus AOC todos los días a la misma hora?

Sí, por 2 razones. Algunos efectos secundarios pueden verse reducidos tomando la píldora todos los días a la misma hora. Además, tomar la píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a la mujer a acordarse de tomarlas de manera más sistemática. Asociar el tomar la píldora con una actividad diaria ayuda a la mujer a acordarse de tomar su píldora. ^(5,7-13,16-19)

10.4.2 ANTICONCEPTIVOS ORALES CON PROGESTÁGENO SOLO (AOPS)

10.4.2.1 Puntos clave

- **Tome una píldora de AOPS todos los días.** No hay descansos entre los paquetes.
- **Es seguro para las mujeres que amamantan y para sus bebés.** Las píldoras de progestágeno solo no afectan la producción de leche.
- **Se suma al efecto anticonceptivo de la lactancia.** Juntos proveen una protección

eficaz en la prevención del embarazo.

- **Los cambios en el sangrado son frecuentes, pero no son perjudiciales.** En general, la píldora prolonga la duración de la falta de menstruación de la mujer que amamanta. Para mujeres que menstrúan, es común ver sangrado frecuente o irregular.
- **Se las puede suministrar a la mujer en cualquier momento para que empiece a tomarlas más tarde.** Si no se puede descartar el embarazo, el proveedor puede suministrar las píldoras para que la mujer las tome luego, cuando comience su menstruación.

¿En qué consisten los Anticonceptivos Orales de progestágeno solo (AOPS)?

- Son píldoras que contienen dosis muy bajas de un progestágeno igual que la progesterona natural presente en la mujer.
- No contienen estrógeno y, por tanto, se pueden utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.
- Los anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOPS) que son píldoras que sólo contienen progestágeno también se conocen como “minipíldoras”.

¿Cómo actúan?

- En principio funciona haciendo lo siguiente:
 - Engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo)
 - Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia de los AOPS es alta. En las mujeres que amamantan ocurren 3 embarazos por cada mil mujeres y en las que no amamantan ocurren 9 por cada mil mujeres. La eficacia depende de la usuaria; para la mujer que menstrúa aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa u omite por completo la ingesta de la píldora. Los AOPS sin la protección propia de la lactancia no son tan eficaces como la mayoría de los otros métodos hormonales.

¿Producen infertilidad?

La fertilidad se recupera sin demora después de la suspensión de los AOPS

¿Protegen contra ITS?

No protegen contra Infecciones de Transmisión Sexual.

10.4.2.2 Consejería para uso de métodos AOPS

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.

- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Para apoyarse en la realización adecuada de la Consejería puede auxiliarse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS
- Para tener éxito en la consejería sobre AOPS se debe seguir las siguientes recomendaciones:
 - Ser respetuoso con la usuaria.
 - Ayudar a la usuaria a sentirse cómoda.
 - Alentar a la usuaria a explicar sus necesidades, expresar sus preocupaciones y realizar preguntas.
 - Dejar que los deseos y necesidades de la usuaria orienten la conversación.
 - Estar alerta a las necesidades relatadas, tales como protección de Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH/SIDA y apoyo para el uso del condón.

10.4.2.3 Criterios médicos de elegibilidad para AOPS

Realice a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con AOPS si lo desea. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, igual puede comenzar con AOPS.

1. ¿Tiene cirrosis grave, infección hepática, o tumor hepático? (¿tiene los ojos o la piel amarillos? [signos de ictericia])

☐ NO ☐ SI

Si presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, cirrosis severa, tumor hepático), no le indique AOPS. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

2. ¿Tiene en la actualidad algún problema grave con un coágulo sanguíneo en piernas o pulmones?

☐ NO ☐ SI

Si informa tener un coágulo sanguíneo actual (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, no le suministre AOPS. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Está tomando medicamentos anticonvulsivantes? ¿Está tomando rifampicina o rifabutina para tuberculosis u otra enfermedad?

☐ NO ☐ SI

Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina, rifabutina o ritonavir, no le suministre AOPS. Estos medicamentos pueden reducir la eficacia de los AOP. Ayúdela a elegir otro método que no sea anticonceptivos orales combinados.

4. ¿Tiene, o ha tenido alguna vez, cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

Si responde que SI: no le dé AOPS. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. Asegúrese

de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Además, señale cualquier condición por la cual no se deba aconsejar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

10.4.2.4 Acceso a los AOPS

Se debe brindar información completa y actualizada sobre:

- Uso correcto de los AOP
- Eficacia
- Efectos adversos
- Riesgos y beneficios
- Signos y síntomas que requieran visita a una unidad de salud más compleja
- Retorno de la fertilidad después de la interrupción del método
- Información sobre protección contra Infecciones de Transmisión Sexual

10.4.2.5 ¿Cuándo iniciar el uso de los AOPS?

Toda mujer elegible para el uso de AOPS puede iniciarlos en cualquier momento que lo desee si tiene certeza razonable que no está embarazada. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Puerperio (con lactancia materna)	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si el parto fue hace menos de 6 semanas, suminístrele AOPS y díglele que empiece a tomarlos sin problemas. • Si su menstruación no ha vuelto, puede comenzar con AOPS en cualquier momento entre el parto y los 6 meses. No necesita un método de respaldo. • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPS del modo señalado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si su menstruación no ha vuelto, puede comenzar con AOPS en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. La mujer requerirá un método* de respaldo para los primeros 2 días en que tome la píldora. (Si usted no está razonablemente seguro, suminístrele ahora los AOPS y díglele que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPS del modo señalado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Suminístrele AOPS y díglele que empiece a tomarlas

después del parto	<p>6 semanas después de haber tenido el parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sumínistrole además un método de respaldo para que use hasta las 6 semanas después del parto si su menstruación vuelve antes de ese momento.
Más de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOPS en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada†. La mujer requerirá un método de respaldo para los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOPS y díglele que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si su menstruación se ha restablecido, puede comenzar con AOPS del modo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Puerperio (sin lactancia materna)	
Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Puede comenzar con AOPS en cualquier momento. No necesita un método de respaldo.
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOPS en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada†. La mujer necesitará un método de respaldo para los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOPS y díglele que empiece a tomarlos durante su próximo sangrado.) • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOPS del modo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Cambio de método cuando el anterior era hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o si, de no ser así, existe certeza razonable de que no está embarazada. No hay necesidad de esperar su próxima menstruación. No necesita método de respaldo. • Si está dejando los inyectables, puede empezar a tomar AOPS cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No necesita método de respaldo.
Está teniendo sus ciclos menstruales regulares o	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si comienza dentro de los 5 días de empezar la

sustituye un método no hormonal	<p>menstruación, no necesita un método de respaldo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si han pasado 5 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar AOPS en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. La mujer requerirá un método de respaldo los primeros 2 días de estar tomando píldoras. (Si Ud. no puede estar razonablemente seguro, suminístrele AOPS ahora y díglele que comience a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si está sustituyendo un DIU, puede comenzar con AOPS inmediatamente.
Mujeres con amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Puede comenzar en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 2 días de tomar la píldora.
Después de un aborto, o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente. Si está comenzando dentro de los 7 días después de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita método de respaldo. • Si han pasado más de 7 días del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, podrá comenzar AOPS en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. La mujer requerirá un método de respaldo los primeros 2 días que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOPS y díglele que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)

10.4.2.6 Píldoras de progestágeno solo para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres pueden usar AOPS con seguridad, aunque estén viviendo con VIH, tengan SIDA, o estén recibiendo terapia antirretroviral (ARV), a menos que su terapia incluya Ritonavir ya que este podría reducir la eficacia de los AOP.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen condones junto con los AOP. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera sistemática y correcta. Además, los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV.

10.4.2.7 Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Una parte importante del proceso de suministro del método es asesorar minuciosamente sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos

secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none"> • Normalmente, las mujeres que están amamantando no tienen su menstruación durante varios meses después del parto. Los AOP prolongan este período de tiempo. • Las mujeres que no están amamantando pueden tener sangrados frecuentes o irregulares los primeros meses, seguidos de sangrado regular o sangrado irregular continuo. • Cefaleas, mareos, sensibilidad en los senos y tal vez otros efectos secundarios.
Dé una explicación sobre estos efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos secundarios no son signos de enfermedad. • La mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOPs. • Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.
Explique qué hacer en caso de efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Siga tomando los AOP. Si se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y pueden empeorar algunos efectos secundarios. • Tome la píldora con las comidas o al acostarse para ayudar a evitar las náuseas. • La usuaria puede volver a consultar si le molestan los efectos secundarios.

10.4.2.8 ¿Qué exámenes y análisis debe de realizarse antes de iniciar el uso de AOPS?

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AOPS. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AOPS. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AOPS a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

10.4.2.9 Explique cómo utilizarlas

Suministre las píldoras	<ul style="list-style-type: none"> • Suministre tantas cajas como sea posible — incluso como para un año (11 o 13 cajas).
Explique cómo es la caja de las píldoras	<ul style="list-style-type: none"> • Muestre el tipo de blíster —28 o 35 píldoras. • Explique que todas las píldoras de la caja de AOPS son del mismo color y que son todas píldoras activas,

	<p>que contienen una hormona que evita el embarazo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Muestre cómo sacar la primera píldora del envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blíster para tomar las píldoras restantes.
Dé la información clave	<ul style="list-style-type: none"> • Tome una píldora todos los días—hasta terminar el paquete. • Sugiera cómo conviene tomar la píldora a diario. Asociar la ingesta de la píldora con una actividad diaria — como lavarse los dientes — puede ayudar a recordarlo. • También sirve acostumbrarse a tomar la píldora todos los días a la misma hora.
Explique cómo comenzar un paquete nuevo	<ul style="list-style-type: none"> • Al terminar un paquete, deberá tomar la primera pastilla del próximo paquete al día siguiente. • Es muy importante empezar el nuevo paquete en el momento correcto. La demora en empezar lo conlleva riesgo de embarazo.
Suministre un método de respaldo y explique su uso	<ul style="list-style-type: none"> • Algunas veces, la mujer posiblemente necesite usar un método de respaldo, por ejemplo, si olvida tomar sus píldoras. • Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino. Si es posible, suminístrele condones..
Explique que su eficacia disminuye al dejar de amamantar	<ul style="list-style-type: none"> • Sin la protección propia de la lactancia, los AOPS no son tan eficaces como la mayoría de los otros métodos hormonales. • Al suspender la lactancia, la mujer podrá seguir tomando AOPS si está satisfecha, o será bienvenida si vuelve a consultar por otro método.
Explique que su eficacia disminuye al dejar de amamantar	<ul style="list-style-type: none"> • Sin la protección propia de la lactancia, los AOPS no son tan eficaces como la mayoría de los otros métodos hormonales. • Al suspender la lactancia, la mujer podrá seguir tomando AOPS si está satisfecha, o será bienvenida si vuelve a consultar por otro método.

10.4.2.10 Apoyo a la usuaria

Manejo de omisión de píldoras

Es fácil olvidar una píldora o tomarla tarde. Las usuarias de AOP deberán saber qué hacer si olvidan tomar la píldora. Si una mujer toma una píldora con un retraso de 3 o más horas (retraso de 12 o más horas tomando AOP que contiene desogestrel 75 mg) o si la omite por completo, deberá seguir las instrucciones que se presentan a continuación. Para las

mujeres que están amamantando, el riesgo de embarazo al omitir una píldora depende de si su menstruación se ha restablecido o no.

Compensación de píldoras de progestágeno solo omitidas

Mensaje clave	<ul style="list-style-type: none">• Tome la píldora omitida lo antes posible.• Siga tomando las píldoras como siempre, una cada día. (Puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día.)
¿Tiene su menstruación en forma regular?	<ul style="list-style-type: none">• Si es así, la mujer deberá utilizar un método de respaldo los 2 días siguientes.
Vómitos o diarrea severos	<ul style="list-style-type: none">• Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del paquete lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre.• Si sus vómitos o diarrea continúan, siga las instrucciones de más arriba para compensar las píldoras omitidas.

10.4.2.11 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

- Pueden deberse al método o no.
- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOP. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela, y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día, aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos secundarios disminuyen después de unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, de ser posible, pruebe con otra formulación de AOPS durante un mínimo de 3 meses.
- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Sin menstruación

- Mujeres que están amamantando:
 - Manifiéstele que esto es normal durante el embarazo. No es malo.
- Mujeres que no están amamantando:
 - Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOPs dejan de tener menstruación y que esto no es malo. No es necesario perder sangre todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no es

infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de liberarse de su menstruación.)

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que preocupan a la usuaria)

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan AOPs presentan sangrado irregular —estén amamantando o no. (La lactancia de por sí puede causar sangrado irregular.) No es perjudicial y en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses de uso. Sin embargo, algunas mujeres tienen sangrado irregular durante todo el tiempo en que toman AOPs.
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluso:
 - Vómitos o diarrea
 - Ingesta de anticonvulsivantes
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, incluso después de vomitar o de una diarrea (ver Manejo de omisión de píldoras).
 - Se puede lograr un alivio modesto y breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, u otro antiinflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Los AINE alivian un poco los sangrados irregulares en los implantes, inyectables de progestágeno solo, DIU y pueden además servir asociadas a los AOP.
 - Si ha estado tomando la píldora por más de unos pocos meses, y no mejora con los AINE, indique otra formulación de AOP que se encuentre disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método.

Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo usual o de más de 8 días de duración)

- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan AOPs experimentan sangrado abundante o prolongado. Comúnmente no es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece después de unos pocos meses.
- Se puede lograr un alivio modesto y breve con AINEs, empezando cuando comience el sangrado abundante. Pruebe con los mismos tratamientos que usa para sangrados irregulares (ver página anterior).
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar suplementos de hierro y trásmítale la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si el sangrado abundante o prolongado continúa o se presenta después de varios meses de sangrado normal o sin menstruación, o si usted sospecha que

algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no conexas con el uso del método.

Omisión de píldoras

- Ver Manejo de omisión de píldoras

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
- Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de AOPs debe ser evaluada.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, tales como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Algunas mujeres experimentan depresión en el año después del parto. Esto no guarda relación con los AOP. Las usuarias que presentan cambios de humor graves, tales como depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban atención correspondiente.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Sensibilidad en los senos

- Mujeres que no están amamantando:
 - Recomiéndele el uso de un corpiño firme (incluso para actividades intensas o para dormir).
 - Pruebe compresas frías o calientes.
 - Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
 - Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolor intenso en el abdomen inferior

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La mujer puede continuar utilizando los AOP durante su evaluación y tratamiento.
 - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos agrandados a menos que aumenten de tamaño de manera anormal, se tuerzan o estallen. Asegúrele a la usuaria que normalmente desaparecen por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente alerta a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, ya que, si bien es raro y no es causado por los AOP, puede presentar riesgo de muerte.

- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero a la larga pueden volverse graves. La combinación de estos signos o síntomas debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
 - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si se trata de un cambio en su patrón de sangrado
 - Debilidad o sensación de mareo
 - Desmayos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, remita a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento.

Náuseas o mareos

- Para las náuseas, sugiera tomar los AOPS al acostarse o con las comidas.
- Si los síntomas continúan: considere medicamentos disponibles localmente.

10.4.2.12 Preguntas y respuestas sobre los AOPS

1. ¿Puede una mujer que está amamantando usar AOPS con seguridad?

Sí. Ésta es una buena elección para la mujer que esté amamantando y quiera usar píldoras. Los AOPS son seguros tanto para la madre como para el bebé, comenzando tan pronto como a las 6 semanas después del parto. No afectan la producción de leche.

2. ¿Qué debe hacer una mujer cuando deja de amamantar a su bebé? ¿Puede seguir tomando AOPS?

Si la mujer está satisfecha con el uso de AOPS, puede seguir tomándolos al suspender la lactancia. Sin embargo, estará menos protegida frente al embarazo que cuando estaba amamantando. Si lo desea, puede cambiar de método.

3. ¿Los AOPS causan defectos de nacimiento? ¿Le hace mal al feto si una mujer accidentalmente toma AOPS estando embarazada?

No. Existe buena evidencia que muestre que los AOPS no causan defectos de nacimiento y no perjudican de ninguna manera al feto si la mujer queda embarazada durante su uso de AOPS o si accidentalmente toma AOPS estando embarazada.

4. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de tomar AOPS?

Las mujeres que dejan de tomar AOPS pueden quedar embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los AOPS no retrasan el retorno de la fertilidad de la mujer después de que deja de tomarlos. En general, el patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a tomar AOPS regresa luego de que deja de tomarlos. Algunas mujeres deberán esperar algunos pocos meses para que su patrón de sangrado regrese.

5. ¿Si una mujer que está tomando AOPS no tiene la menstruación, significa que está embarazada?

Probablemente no, en especial si está amamantando. Si ha estado tomando sus píldoras diariamente, probablemente no esté embarazada y puede seguir tomándolas. Si después de manifestarle esto, sigue preocupada, puede ofrecérsele, si hay disponible, una prueba de embarazo, o puede remitirse para que la haga. Si le preocupa no tener la menstruación, puede servirle cambiar de método, pasando a uno que no sean los inyectables de progestágeno solo.

6. ¿Hay que tomar los AOPS todos los días?

Sí. Todas las píldoras del paquete de AOPS contienen la hormona que evita el embarazo. Si la mujer no toma una píldora todos los días— especialmente si no está amamantando— puede quedar embarazada.

7. ¿Es importante que la mujer tome sus AOPS a la misma hora todos los días?

Sí, por 2 razones. Los AOPS contienen hormona en muy pequeña cantidad y tomar la píldora más de 3 horas tarde cuando se usan AOPS con ¿??? Que hormona?? o más de 12 horas tarde con AOPS que contienen desogestrel 75 mg, podría disminuir su eficacia para aquellas mujeres que no están amamantando. (Las mujeres que están amamantando tienen la protección adicional frente al embarazo que les suministra el estar amamantando, por lo que tomar las píldoras con retraso no resulta tan riesgoso.) Además, tomar la píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a la mujer a acordarse de tomarlas de manera más sistemática. Para ayudar a recordar, también sirve asociar la toma de la píldora con una actividad diaria.

8. ¿Los AOPS provocan cáncer?

No. Hay pocos estudios de gran tamaño sobre AOPS y cáncer, pero los estudios de menor tamaño sobre AOPS son tranquilizadores. Sin embargo, los estudios de mayor tamaño sobre los implantes subdérmicos, que contienen hormonas similares a las usadas en los AOPS y que durante los primeros años de uso tienen casi el doble de dosificación, no han demostrado ningún aumento del riesgo de cáncer.

9. ¿Los AOPS modifican el humor o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOPS manifiestan estas quejas. Sin embargo, la mayoría de las usuarias de AOPS no refieren esos cambios, y algunas manifiestan que de hecho mejoran tanto el humor como el deseo sexual. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los AOPS o alguna otra razón. El proveedor puede ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (ver Cambios de humor o del deseo sexual). No existe evidencia de que los AOPS afecten el comportamiento sexual de la mujer.

10. ¿Qué hay que hacer si una usuaria de AOPS tiene un quiste de ovario?

La mayoría de los quistes no son realmente quistes sino estructuras del ovario llenas de líquido (folículos) que siguen creciendo más allá del tamaño normal en el ciclo menstrual. Pueden producir algún leve dolor abdominal, pero únicamente requieren tratamiento cuando se vuelven demasiado grandes, o presentan torsión o estallido. En general, estos folículos desaparecen sin tratamiento (Ver Dolor intenso en el abdomen inferior).

11. ¿Los AOPS aumentan el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, los AOPS reducen el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo es inusual entre las usuarias de AOPS. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que utilizan AOPS es de 48 por 10,000 mujeres por año. En los EE.UU., la tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que utilizan métodos anticonceptivos es de 65 por 10,000 mujeres por año. En las raras ocasiones en que los AOPS fallan y se produce el embarazo, 5 a 10 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos luego de fallar los AOPS no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede significar riesgo de vida, por lo que el proveedor deberá estar advertido de que el embarazo ectópico es posible en caso de fallar los AOPS. ^(5,8-12,14-16,18)

10.4.3 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES CON PROGESTÁGENO SOLO (AIPS)

10.4.3.1 Puntos clave

- **Los cambios en el sangrado son comunes, pero no hacen daño.** Lo habitual es que haya sangrados irregulares los primeros meses y luego no hay sangrado menstrual.
- **Volver por las inyecciones con regularidad.** Para una óptima eficacia, es importante volver cada 3 meses (13 semanas) en el caso de las AMPD o cada 2 meses para las NET-EN.
- **La inyección puede administrarse hasta con 4 semanas de retraso en el caso del AMPD, o con 2 semanas de retraso en el caso de NET-EN.** La usuaria debe regresar, aunque sea más tarde.
- **El aumento gradual de peso es común.**
- **Con frecuencia hay una demora en el restablecimiento de la fertilidad.** En promedio, la mujer demora unos meses más en quedar embarazada luego de interrumpir los inyectables de progestágeno solo, comparado con otros métodos.

¿Qué son los anticonceptivos inyectables de progestágeno solo?

- Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y Enantato de noretisterona (NET-EN) contiene un progestágeno igual a la hormona natural Progesterona producida en el cuerpo de la mujer.
- No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.
- AMPD, el inyectable de progestágeno solo de mayor uso es conocido también como la inyección, Depo o Depo-Provera.
- Una nueva formulación de Medroxiprogesterona Acetato suspensión inyectable está disponible como sistema de inyección prellenado de 104 mg/ 0,65 mL para aplicación subcutánea, conocida como Sayana Press (Disponible para autoaplicación).

- La primera se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular) y la segunda por vía subcutánea. La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo.

¿Cómo actúan?

- Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de que las inyecciones se reciban con regularidad: El riesgo mayor de embarazo se da cuando la mujer omite una inyección.

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen aproximadamente 3 embarazos en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año.
- Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo durante el primer año (3 por cada 1000 mujeres).

¿Producen infertilidad?

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, luego de recibir AMPD y NET-EN, la mujer demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos.

¿Protegen contra ITS?

No confieren protección contra infecciones de Transmisión Sexual.

10.4.3.2 Consejería para uso de métodos AIPS

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Para apoyarse en la realización adecuada de la Consejería puede auxiliarse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS

10.4.3.3 Criterios médicos de elegibilidad para AIPS

Realice a la mujer las preguntas a continuación sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si la mujer responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con inyectables de progestágeno solo si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con inyectables de

progestágeno solo.

1. ¿Está amamantando a un bebé de menos de 6 semanas?

☐ NO ☐ SI

La mujer puede comenzar los inyectables de progestágeno solo en cualquier momento después del parto.

2. ¿Tiene cirrosis hepática severa, infección hepática, o tumor hepático? (¿tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia])

☐ NO ☐ SI

Si la mujer presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, cirrosis grave, tumor hepático), no le indique inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Tiene hipertensión arterial?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si:

- Controle la tensión arterial y dele inyectables con progestágeno solo.
- Si está siendo actualmente tratada por hipertensión y se controla adecuadamente, o si su tensión arterial está por debajo de 160/100 mm Hg, dele inyectables de progestágeno solo.
- Si la tensión arterial sistólica es de 160 mm Hg o más alta, o la tensión arterial diastólica es de 100 o más alta, no suministre inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

4. ¿Ha tenido diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No suministre inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

5. ¿Ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco, u otro problema cardíaco grave?

☐ NO ☐ SI

Si refiere infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV, no le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno. Si informa tener un coágulo sanguíneo (no coágulos superficiales) y no está recibiendo terapia anticoagulante, ayúdela a elegir un método sin hormonas.

6. ¿Presenta sangrado vaginal que no sea habitual en usted?

☐ NO ☐ SI

Si la mujer presenta un sangrado vaginal inexplicado que pueda sugerir embarazo o alguna patología subyacente, los inyectables de progestágeno solo podrían dificultar el diagnóstico y monitoreo del tratamiento. Ayúdela a elegir un método a utilizar mientras se la evalúa y trata (pero que no sean ni implantes ni un DIU de hormonas o de cobre). Después del tratamiento, evalúe nuevamente el uso de inyectables de progestágeno solo.

7. ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método

sin hormonas.

8. ¿Presenta alguna afección que pueda aumentar la posibilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente CV, tales como hipertensión o diabetes?

☐ NO ☐ SI

Si responde que sí: No le dé inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método sin estrógeno.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección por la cual no se deba recomendar el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

10.4.3.4 Acceso a los AIPS

El personal encargado de brindar atenciones en Planificación Familiar deberá conocer y aplicar correctamente los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de AIPS.

10.4.3.5 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluso con AMPD:

Tres primeros meses:

- Sangrado irregular
- Sangrado prolongado

Al año:

- Ausencia de menstruación
- Sangrado infrecuente
- Sangrado irregular

- El NET-EN afecta los patrones de sangrado en menor medida que los AMPD. Las usuarias de NET-EN tienen menor cantidad de días de sangrado en los primeros 6 meses y son menos proclives a no presentar menstruación después de un año que las usuarias de AMPD.
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Distensión y molestia abdominal
- Cambios de humor
- Disminución del impulso sexual
- Otros posibles cambios físicos: Pérdida de densidad ósea

Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
AMPD	
Ayuda a proteger contra:	Ninguno
<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de embarazo • Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial) • Fibromas uterinos 	
Puede ayudar a proteger contra:	
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática • Anemia por deficiencia de hierro 	
Reduce:	
<ul style="list-style-type: none"> • Crisis de anemia falciforme en las mujeres con anemia falciforme 	
Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)	

10.4.3.6 Quién puede y quién no puede utilizar AIPS

Casi todas las mujeres pueden utilizar AIPS solo de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- De cualquier edad, incluso adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen
- Estén amamantando
- Vivan con VIH, estando o no en terapia antirretroviral
- En el caso de Sayana puede ser usada en adolescentes, sólo cuando previamente se hayan valorado otros métodos anticonceptivos con la usuaria.

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables de progestágeno solo:

- Sin realizarse un examen pélvico
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse una prueba de tamizaje para cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas
- Incluso sin que la mujer esté teniendo al momento su menstruación, si existe razonable certeza de que no está embarazada (ver Lista de verificación del embarazo)

10.4.3.7 ¿Cuándo iniciar el uso de los AIPS?

Una mujer puede empezar a utilizar inyectables de progestágeno solo en cualquier momento que lo desee si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de verificación de embarazo. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares o sustituye un método sin hormonas	<ul style="list-style-type: none">• Tanto la presentación de aplicación intramuscular como la de uso subcutáneo, en un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual pueden iniciarse con seguridad. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.• Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AIPS, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional (Condón) durante los siguientes siete días.
Sustituir el método Hormonal	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o de no ser así, si existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de método de respaldo.• Si está sustituyendo otro inyectable, puede comenzar con el nuevo inyectable cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
Puerperio, Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento entre el parto y los 6 meses. No precisa método de respaldo.• Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.• Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que

	están teniendo su ciclo menstrual.
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Se puede aplicar el AIPS en cualquier momento después del parto.
Más de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección. Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
No amamantando	
Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con inyectables en cualquier momento. No precisa método de respaldo.
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada †. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección. Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con inyectables de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisaré un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Inmediatamente. Si comienza dentro de los 7 días después de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no precisa método de respaldo. Si han pasado más de 7 días de un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, ella podrá comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección.

10.4.3.8 Inyectables de progestágeno solo para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres que viven con VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar inyectables de progestágeno solo con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres utilizar condones junto con los inyectables de progestágeno solo. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS si se utilizan de manera sistemática y correcta.

10.4.3.9 ¿Qué exámenes y análisis debe de realizarse antes de iniciar el uso de AIPS?

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AIPS.

10.4.3.10 Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de administrar la inyección debe brindarse un minucioso asesoramiento sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que una mujer necesite para seguir utilizando el método.

Describa los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none">• En los primeros meses: sangrado irregular, sangrado prolongado, sangrado frecuente. Luego, ausencia de menstruación.• Aumento de peso (aproximadamente 1 ó 2 kg por año), cefaleas, mareos y posiblemente otros efectos secundarios.
Dé una explicación sobre estos efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.• Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan.• La usuaria puede retornar por ayuda si le preocupa algún efecto secundario.

10.4.3.11 Administración de la inyección

A - AMPD 150 mg

Obtenga una dosis de inyectable, aguja y jeringa	<ul style="list-style-type: none">• AMPD: 150 mg para inyecciones en el músculo (inyección intramuscular).• Si es posible, utilice viales de dosis única. Verifique la fecha de caducidad. En caso de usar un vial de múltiples dosis, verifique que el vial no tenga pérdidas.• AMPD: Una jeringa de 2 ml y una aguja intramuscular calibre 21–23.• Utilice, para cada inyección, una jeringa descartable que se inutilice al usar, y aguja de un envase nuevo, sellado (con fecha de caducidad vigente y sin daños).
Lave	<ul style="list-style-type: none">• Si es posible, lávese las manos con agua y jabón.• Si el sitio de inyección está sucio, lávelo con agua y jabón.• No hay necesidad de limpiar con antiséptico.
Prepare el vial	<ul style="list-style-type: none">• AMPD: Agite suavemente el vial.• No es necesario limpiar el extremo superior del vial

	<p>con antiséptico.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si el vial está frío, entíbielo a la temperatura cutánea antes de suministrar la inyección.
Llene la jeringa	<ul style="list-style-type: none"> • Perfore el extremo superior del vial con la aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada.
Inyecte la fórmula	<ul style="list-style-type: none"> • Inserte profundamente la aguja estéril en la cadera (músculo glúteo), parte superior del brazo (músculo deltoides), o la nalga (músculo glúteo, parte superior externa), según prefiera la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa. • No masajee el sitio de inyección.
Elimine de manera segura las jeringas y agujas descartables	<ul style="list-style-type: none"> • No reduzca, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas. • Colóquelos en un recipiente para eliminación de elementos punzo-cortantes • No reutilice jeringas ni agujas. Están diseñadas para ser destruidas después de un uso único. Debido a su forma, son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, la reutilización puede transmitir enfermedades tales como el VIH y la hepatitis. • Si se utilizan jeringas y agujas reutilizables, éstas deberán esterilizarse antes de cada uso.

B- ADMINISTRACION SUBCUTÁNEA DE SAYANA PRESS

Sayana Press es un inyector desechable que contiene una dosis única del medicamento sellado en un envase. Estas instrucciones muestran paso a paso cómo preparar y aplicar la inyección.

Paso 1: Preparación .

Necesitará lo siguiente:

- Un inyector Sayana Press (en la bolsa de aluminio sellada).
 - Un envase adecuado para el inyector utilizado.
 - Una almohadilla de algodón limpia o un pañuelo descartable limpio.
- Lávese y séquese bien las manos antes de comenzar.
 - Compruebe que la bolsa no parezca estar dañada, verifique que no haya pasado la fecha de vencimiento y asegúrese de que la bolsa esté a temperatura ambiente.

Paso 2: Selección del área de inyección

- Elija un área adecuada para la inyección, ya sea el abdomen o la parte delantera superior del muslo. Evite las áreas con hueso y el ombligo.
- El área de piel no debe presentar cicatrices ni enfermedades de la piel, como eccema o psoriasis.
- Cambie de lugar con cada inyección.
- Limpie el área de piel como se lo indicó su proveedor de atención médica.

Paso 3: Preparación del inyector

- Abra con cuidado la bolsa de aluminio desde la muesca.
- Retire el inyector. Aún no quite el capuchón de la aguja del inyector.
- Verifique el inyector. Debe haber un espacio entre el capuchón de la aguja y el puerto.
- Deseche el inyector y use uno nuevo en los siguientes casos:
 - No hay un espacio entre el capuchón y el puerto.
 - El inyector está dañado.
 - Se salió o falta el capuchón de la aguja.

Paso 4: Mezcla del medicamento

- Sujete el inyector con firmeza desde el puerto.
- Agite el inyector enérgicamente durante al menos 30 segundos para mezclar el medicamento.

10.4.3.12 Apoyo a la usuaria**Uso de la autoinyección (Sayana : MPA inyección SC 104 mg/0.65 mL)**

Este sistema de inyección prellenado en envase de dosis única puede ser administrada por el profesional de la salud , o cuando se considere apropiado, puede ser auto inyectada por la paciente.

La administración de MPA inyección SC 104 mg/0.65 mL debe ser administrada inicialmente bajo la supervisión de un profesional de la salud. Después de que se ha entrenado en la técnica de inyección y esquema de administración apropiados, las usuarias podrían auto inyectarse si su proveedor de atención médica determina que es conveniente, y siempre que se realice el seguimiento necesario.

Dé instrucciones específicas

- Dígle que no masajee el sitio de inyección
- Dígle a la usuaria el nombre de la inyección y concerté una fecha para su próxima inyección.

Programación de la próxima inyección

1. Convenga una fecha para su próxima inyección en 3 meses (13 semanas) para AMPD y Sayana Press. Analice formas de recordar la fecha, tal vez, asociándola con un día feriado o con otro evento.
2. Pídale que intente regresar a tiempo. En el caso del AMPD, ella puede regresar hasta 4 semanas tarde y aún recibir la inyección. En cualquiera caso puede regresar hasta 2 semanas antes de la fecha programada.
3. No importa lo tarde que regrese, ella debe regresar para recibir su próxima inyección. Si regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, debe abstenerse de tener sexo, o utilizar condones, espermicidas o coito interrumpido (retiro) hasta que reciba su inyección.

Manejo de inyecciones de aplicación tardía

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para la inyección de repetición del AMPD, puede recibir su próxima inyección. No hay necesidad de pruebas, evaluación, o método de respaldo.
- La usuaria que regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, puede recibir su próxima inyección si
 - No ha tenido sexo desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
 - Ha utilizado un método de respaldo después de cualquier sexo sin protección desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
 - Está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y tuvo el parto hace menos de 6 meses.
- Indique un método de respaldo los 7 primeros días después de la inyección.
- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD, y no cumple con estos criterios, se pueden tomar pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada. Estos pasos son útiles, ya que muchas mujeres que han estado utilizando inyectables de progestágeno solo no tendrán su menstruación por un mínimo de algunos meses, incluso después de haberlos dejado. Por lo tanto, pedirle que regrese durante su próxima menstruación significa que su próxima inyección podría postergarse innecesariamente. Ella podría quedarse sin protección anticonceptiva.
- Comente las razones por las que la usuaria se retrasó y analice soluciones. Recuérdele que debe continuar intentando regresar cada 3 meses para el AMPD. Si venir en fecha resulta un problema frecuente, considere el uso de un método de respaldo cuando exista atraso en su inyección, o la elección de otro método

10.4.3.13 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

Pueden o no deberse al método.

- Los problemas por efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrezcáse a ayudar a la usuaria a elegir otro método ahora — si ella lo desea — o si no logra superar los problemas.

No tiene la menstruación

- Manifiéstele que la mayoría de las mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo con el tiempo dejan de tener su menstruación y que eso no es malo. No es necesario sangrar todos los meses. Es como no menstruar durante el embarazo. La mujer no pierde su fertilidad. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no menstruar.)
- Si le incomoda no tener la menstruación, puede cambiar a inyectables mensuales, si están disponibles.

Sangrado irregular (sangrados en momentos inesperados que preocupan a la usuaria)

- Tranquilícela manifestando que muchas mujeres que usan inyectables de progestágeno solo presentan sangrado irregular. Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- Se puede obtener un alivio modesto y de corto plazo con 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día, después de las comidas, durante 5 días, o 40 mg de valdecoxib a diario durante 5 días, comenzando cuando empieza el sangrado irregular.
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método.

Aumento de peso

- Revise la dieta y aconseje según las necesidades.

Distensión y molestia abdominal

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo usual o más de 8 días de duración)

- Manifiéstele que algunas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo experimentan sangrado profuso o prolongado. Eso no es malo, y en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso.
- Se puede obtener un alivio modesto y de corto plazo probando los siguientes medicamentos (uno a la vez), comenzando cuando empieza el sangrado profuso:
 - 500 mg de Ácido Mefenámico dos veces al día, después de las comidas, durante 5 días.

- 40 mg de Valdecóxib a diario, durante 5 días.
- 50 µg de etinil Estradiol a diario, durante 21 días.
- Si el sangrado pone en peligro la salud de la mujer, o si ella lo desea, ayúdela a elegir otro método. Mientras tanto, puede usar uno de los tratamientos descritos anteriormente para facilitar la disminución del sangrado.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar suplementos de hierro y díglele de la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si después de varios meses sigue habiendo sangrado profuso o prolongado, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, o si usted sospecha que algo anda mal por alguna razón, piense en alguna patología subyacentes no vinculada al uso del método.

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Sugiera Ibuprofeno (200–400 mg), Paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.

Cambios de humor o del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su impulso sexual, como cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser remitidas para una correcta atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

10.4.3.14 Preguntas y respuestas sobre los inyectables de progestágeno solo

1. ¿Puede una mujer expuesta a infecciones de transmisión sexual, utilizar AIPS?

Sí. Las mujeres con riesgo de ITS pueden utilizar inyectables de progestágeno solo. Los escasos estudios disponibles han hallado que las mujeres que utilizaban AIPS eran más proclives a adquirir clamidia que las mujeres que no utilizaban anticoncepción hormonal. No se conoce la razón de esta diferencia. Como sucede con toda persona con riesgo de ITS, hay que hacer ver a las usuarias de inyectables de progestágeno solo que puedan estar en riesgo de ITS que deberían utilizar condones de manera correcta cada vez que tengan sexo. El uso correcto y sistemático de condones reducirá su riesgo de infectarse si se exponen a una ITS.

2. Si una mujer no tiene su menstruación utilizando AIPS, ¿significa que está embarazada?

Probablemente no, en especial si está amamantando. Eventualmente muchas mujeres que utilizan inyectables de progestágeno solo no tendrán su menstruación. Si ha estado

recibiendo sus inyecciones a tiempo, probablemente no esté embarazada y pueda seguir utilizando inyectables. Si después de informada sigue preocupada, puede ofrecérsele una prueba de embarazo, si hay disponible, o se puede remitir para que se la realice. Si le preocupa no tener su menstruación, puede servirle cambiar de método.

3. ¿Son seguros los AIPS para la mujer que está amamantando?

Sí. Esta es una buena elección para una madre que está amamantando y que quiere un método hormonal. Los inyectables de progestágeno solo son seguros tanto para la madre como para el bebé, comenzando en cualquier momento después del parto. No afectan la producción de leche.

4. ¿Qué aumento de peso experimenta una mujer que utiliza AIPS?

Las mujeres que utilizan AIPS aumentan un promedio de 1 ó 2 kg al año. Parte del incremento de peso puede ser el aumento que se ve habitualmente en las personas al aumentar la edad. Algunas mujeres, en particular las adolescentes con sobrepeso, aumentan mucho más de 1 ó 2 kg al año. Paralelamente, algunas usuarias de inyectables de progestágeno solo pierden peso o no experimentan ningún cambio significativo de peso. En particular, las mujeres asiáticas no tienen tendencia a aumentar de peso con el uso de AIPS.

5. ¿AIPS causan abortos?

No. La investigación sobre inyectables de progestágeno solo concluye que no interrumpen un embarazo en curso. No deberían ser utilizados para causar un aborto pues no lo harán.

6. ¿Los AIPS producen infertilidad en la mujer?

No. Puede haber una demora en recuperar la fertilidad después de interrumpir el uso de inyectables de progestágeno solo, pero con el tiempo la mujer podrá quedar embarazada igual que antes, aunque, la fertilidad de las mujeres disminuye con la edad. Los patrones de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar inyectables de progestágeno solo, en general se restablecen algunos meses después de la última inyección, incluso si la mujer no tuvo menstruaciones durante el uso de los inyectables. Algunas mujeres deberán esperar varios meses antes de que se restablezcan sus patrones de sangrado.

7. ¿Cuánto se demora en quedar embarazada después de dejar de utilizar AIPS?

Las mujeres que dejan de utilizar AIPS tipo AMPD esperan en promedio, aproximadamente 4 meses más para quedar embarazadas que las mujeres que utilizaron otros métodos, esto significa que quedan embarazadas en promedio, 10 meses después de su última inyección. Las mujeres que dejan de utilizar AIPS tipo NET-EN esperan en promedio, un mes más para quedar embarazadas que las mujeres que usaron otros métodos, o 6 meses después de su última inyección. Estos son promedios. La mujer no debería preocuparse si no ha quedado embarazada incluso 12 meses después de dejar de usarlos. La cantidad de tiempo que la mujer haya utilizado inyectables no incide en el tiempo que demora en quedar embarazada una vez que deja de usarlos. Después de dejar los inyectables de progestágeno solo, la mujer puede ovular antes de que se restablezca

su menstruación—y por tanto, puede quedar embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, deberá comenzar otro método antes de que se restablezca su menstruación.

8. ¿Los AIPS provocan cáncer?

Varios estudios muestran que los AIPS no causan cáncer. El uso de AIPS tipo AMPD ayuda a la protección contra el cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial).

9. ¿Puede cambiar una mujer de un AIPS a otro?

El cambio de inyectable es seguro y no reduce la eficacia. Si es necesario cambiar por escasez de suministro, la primera inyección del nuevo inyectable deberá darse en la fecha en que hubiera correspondido la inyección de la formulación anterior. Hay que comunicarle a la usuaria el cambio, el nombre del nuevo inyectable y el régimen de inyecciones.

10. ¿Cómo afectan los AIPS la densidad ósea?

El uso de AIPS reduce la densidad ósea. Sin embargo, la investigación no ha encontrado que las usuarias de AIPS de ninguna edad sean más proclives a tener más fracturas óseas. Para las mujeres en edad reproductiva, la densidad ósea vuelve a aumentar cuando dejan de usar AIPS. Entre mujeres adultas que dejaron de usar AIPS, después de 2 ó 3 años, la densidad ósea parece ser similar a la de las mujeres que nunca utilizaron AIPS. Entre las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea.

11. ¿Los AIPS causan defectos de nacimiento? ¿Si una mujer utiliza AIPS estando embarazada, le hace daño al feto?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los inyectables de progestágeno solo no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza inyectables de progestágeno solo o comienza accidentalmente a utilizar inyectables de progestágeno solo estando ya embarazada.

12. ¿Los AIPS modifican el humor o el impulso sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres se quejan de ello mientras que están utilizando inyectables. Sin embargo, la mayor parte de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio. Resulta difícil determinar si estos cambios se deben a los inyectables de progestágeno solo o a otras razones. El proveedor puede ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (ver Cambios del humor o del deseo sexual). No hay pruebas de que los inyectables de progestágeno solo afecten el comportamiento sexual de la mujer.

13. ¿Qué se debe hacer si la mujer regresa tarde para su próxima inyección?

En el año 2008, la OMS revisó sus guías basándose en nuevos hallazgos de investigación. Las nuevas guías recomiendan aplicar a la mujer su siguiente inyección de AIPS tipo AMPD o Sayana Press si regresa hasta 4 semanas tarde, sin necesidad de más evidencia de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres regresan aun más tarde para recibir la

repetición de su inyección. En esos casos, el proveedor puede utilizar Otras opciones para evaluar el embarazo. Independientemente de que la mujer regrese o no tarde para su re-inyección, su próxima inyección de AIPS debe programarse para 3 meses después como de costumbre. ^(5,8-12,14-16,19,20)

10.4.4 ANTICONCEPTIVOS INYECTABLES COMBINADOS (AICS)

10.4.4.1 Puntos clave

- **Los cambios en el sangrado son comunes, pero no perjudiciales.** Lo habitual es que la menstruación sea más leve, de menor cantidad de días, o que el sangrado sea irregular o infrecuente.
- **Regrese en fecha.** Para una eficacia óptima es importante regresar cada 4 semanas.
- **La inyección puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días.** La usuaria debe volver, incluso si es más tarde.

¿Qué son los anticonceptivos inyectables combinados?

- Los AICs contienen 2 hormonas—un progestágeno y un estrógeno— iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno que produce el cuerpo de la mujer. (Los anticonceptivos orales combinados también tienen estos 2 tipos de hormonas.)
- También reciben el nombre de anticonceptivos **inyectables mensuales**, AICs, o “la inyección”.
- La información de este capítulo se aplica al acetato de medroxiprogesterona (AMP)/cipionato de estradiol y al enantato de noretisterona (NET-EN)/valerato de estradiol. La información puede también aplicarse a formulaciones anteriores, sobre las que se sabe menos.

¿Cómo actúan?

Funcionan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la puntualidad: El mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables mensuales no quedarán embarazadas.
- Cuando la mujer recibe las inyecciones en fecha, se produce menos de 1 embarazo en cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales durante el primer año (5 por 10.000 mujeres).

¿Producen infertilidad?

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, aproximadamente 1 mes más que con la mayoría de los otros métodos.

¿Protegen contra ITS?

No confieren protección contra infecciones de Transmisión Sexual.

10.4.4.2 Consejería para uso de métodos AICs

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
- Para apoyarse en la realización adecuada de la Consejería puede auxiliarse del Disco de Criterios Médicos de Elegibilidad de OPS/OMS

10.4.4.3 Criterios médicos de elegibilidad para AICs

Realice a la usuaria las siguientes preguntas sobre afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni pruebas. Si ella responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar con inyectables mensuales si lo desea. Si responde “sí” a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con inyectables mensuales.

1. ¿Está amamantando a un bebé de menos de 6 meses?

☐ NO ☐ SI

- Si está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva: Puede comenzar 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé—lo que ocurra primero.
- Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los inyectables mensuales ya a las 6 semanas después del parto.

2. ¿tuvo usted un bebé en las últimas 3 semanas y no lo está amamantando?

☐ NO ☐ SI

Si responde que sí: Puede iniciar el uso de inyectables mensuales tan pronto como a las 3 semanas posteriores al parto. (Si hay riesgo adicional de que pueda desarrollar un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda, o TVP), no debe iniciar el uso de inyectables mensuales a las 3 semanas posteriores al parto, pero sí puede iniciarlo a las 6 semanas.

Entre los factores de riesgo adicional se encuentran: antecedentes de TVP, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad ($>30 \text{ kg/m}^2$), tabaquismo y estar postrada en cama durante un plazo prolongado.)

3. ¿Fuma 15 cigarrillos o más por día?

☐ NO ☐ SI

Si tiene 35 años de edad o más y fuma más de 15 cigarrillos diarios, no le dé inyectables mensuales. Aliéntela a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método.

4. ¿Tiene cirrosis hepática grave, infección hepática o tumor hepático? (¿tiene los ojos o la piel inusualmente amarillos? [signos de ictericia])

☐ NO ☐ SI

Si la mujer presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis grave, tumor hepático) no le suministre inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. (Si tiene cirrosis leve o patología de vesícula biliar, puede utilizar inyectables mensuales).

5. ¿tiene hipertensión arterial?

☐ NO ☐ SI

Si no le puede controlar la tensión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, o si está siendo tratada por hipertensión, no le dé inyectables mensuales. Si es posible, remítala a un control de tensión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Si es posible, controle la tensión arterial:

- Si la tensión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, suministre inyectables mensuales.
- Si su tensión arterial sistólica es de 140 mm Hg o más, o si la tensión arterial diastólica es de 90 o más, no suministre inyectables mensuales. Si la tensión arterial sistólica es de 160 o más o la tensión diastólica es de 100 o más, ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean los inyectables de progestágeno sólo.

(Una lectura de la tensión arterial entre 140–159/ 90–99 mm Hg no alcanza para diagnosticar hipertensión. Indíquele que use un método de respaldo* hasta que vuelva a otro control de la tensión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su tensión arterial está por debajo de 140/90, puede utilizar inyectables mensuales.)

6. ¿Ha tenido diabetes durante más de 20 años, o lesión provocada por diabetes en arterias, visión, riñones, o sistema nervioso?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No le dé inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean inyectables de progestágeno solo.

7. ¿Ha tenido alguna vez un accidente cerebro vascular (CV), coágulo sanguíneo en piernas o pulmones, infarto cardíaco u otro problema cardíaco grave?

☐ NO ☐ SI

Si refiere infarto cardíaco, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV, no le dé inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos que no sean inyectables de progestágeno solo. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

8. ¿Tiene o ha tenido alguna vez cáncer de mama?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

9. ¿Alguna vez tiene áreas brillantes de pérdida de visión en el ojo antes de un dolor de cabeza muy intenso (aura migrañosa)? ¿tiene dolor de cabeza severo, pulsátil, a menudo de un lado de la cabeza, que puede durar desde horas a varios días y que puede producir náuseas o vómitos (migrañas, jaquecas)? Esos dolores de cabeza a menudo empeoran con la luz, el ruido, o al moverse.

☐ NO ☐ SI

Si la mujer tiene aura migrañosa a cualquier edad, no dar inyectables mensuales. Si tiene migrañas (jaquecas) sin aura y tiene 35 años o más, no dar inyectables mensuales. Ayude a estas mujeres a elegir un método sin estrógenos. Si tiene menos de 35 años y tiene jaquecas sin aura, puede utilizar inyectables mensuales.

10. ¿Va a hacerse cirugía mayor que le impida caminar durante una semana o más?

☐ NO ☐ SI

Si es así, puede comenzar con inyectables mensuales 2 semanas después de la cirugía. Hasta que pueda comenzar con inyectables mensuales debería utilizar un método de respaldo.

11. ¿Tiene varias condiciones que puedan aumentar su probabilidad de cardiopatía (coronariopatía) o accidente cerebrovascular, como mayor edad, tabaquismo, hipertensión o diabetes?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos, pero no inyectables de progestágeno solo.

12. ¿Está tomando lamotrigina o Ritonavir?

☐ NO ☐ SI

Si responde que si: No le suministre inyectables mensuales. Los inyectables mensuales pueden disminuir la eficacia de la lamotrigina. Ritonavir puede disminuir la eficacia de los inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno. Además, las mujeres no deben usar inyectables mensuales si informan tener mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos). Para ver las clasificaciones completas, remitirse a Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.

10.4.4.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, por ejemplo:
 - Sangrado más leve y de menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado prolongado
 - Sin menstruación

- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Sensibilidad en los senos

Beneficios y riesgos conocidos para la salud

Son limitados los estudios a largo plazo sobre los inyectables mensuales, pero los investigadores prevén que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los anticonceptivos orales combinados (ver Anticonceptivos orales combinados, beneficios y riesgos para la salud).

10.4.4.5 Quién puede y quién no puede utilizar AICs

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables mensuales (AICs) de manera segura y eficaz, incluidas las mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluso las adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, sin importar la cantidad diaria, y sean menores de 35 años de edad
- Fumen menos de 15 cigarrillos diarios y tengan más de 35 años de edad
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan várices
- Estén infectadas con VIH, estén o no en terapia antirretroviral, a menos que esa terapia incluya ritonavir (ver Inyectables mensuales para mujeres con VIH, a continuación)

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables mensuales:

- Sin realizarse un examen pélvico
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse un despistaje de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas
- Incluso sin que la mujer esté teniendo al momento su menstruación, si existe razonable certeza de que no está embarazada (ver Lista de verificación del embarazo)

10.4.4.6 ¿Cuándo iniciar el uso de los AICs?

La mujer puede comenzar con inyectables cuando quiera si está razonablemente segura de no estar embarazada. Para estar razonablemente segura de no estar embarazada, utilizar la Lista de verificaciones del embarazo. Tome en cuenta las consideraciones siguientes:

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares o sustituye un método sin hormonas	<p>Cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si está comenzando dentro de los 7 días después de iniciada su menstruación, no necesita método de respaldo. • Si han pasado más de 7 días desde el inicio de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Necesitará un método de respaldo* los primeros 7 días después de la inyección. • Si está cambiando de un DIU, puede comenzar con los inyectables inmediatamente.
Sustituir el método Hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta o si es de otra manera razonablemente seguro que no está embarazada. No necesita esperar a la próxima menstruación. No necesita un método de respaldo. • Si está cambiando de inyectable, puede recibir el nuevo inyectable cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Retrase la primera inyección hasta 6 meses después del parto o cuando la lactancia ya no sea el principal alimento del bebé, lo que ocurra primero.
Más de 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha regresado la menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección. • No ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables igual que se recomienda a las mujeres que tienen ciclos menstruales.
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Retrase la primera inyección hasta por lo menos 6 semanas después del parto.
Más de 6 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> • Si no ha regresado la menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección. • Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables tal como se aconseja a las mujeres que presentan ciclos menstruales.

No amamanta	
Menos de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con inyectables en cualquier momento en los días 21–28 después del parto. No necesita un método de respaldo. (Si corre riesgo adicional de TVP, espere hasta las 6 semanas.
Más de 4 semanas después del parto	<ul style="list-style-type: none"> Si no ha vuelto la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección. Si ha vuelto la menstruación, puede comenzar con inyectables tal como se aconseja a las mujeres que presentan ciclos menstruales.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si hay una seguridad razonable que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Inmediatamente. Si comienza en los 7 días siguientes a un aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre, no necesita un método de respaldo. Si hace más de 7 días del aborto o la pérdida del embarazo en el primer o segundo trimestre, puede comenzar con inyectables en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

10.4.4.7 Inyectables mensuales para mujeres viviendo con VIH

- Las mujeres que viven con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antirretroviral (ARV) que incluya ritonavir, pueden usar inyectables mensuales con seguridad. Ritonavir puede disminuir la eficacia de los inyectables mensuales.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen condones junto con inyectables mensuales. Utilizados de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS. Los condones también ofrecen extra protección anticonceptiva para las mujeres que están recibiendo terapia ARV.

10.4.4.8. Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de administrar la inyección hay que dar un asesoramiento minucioso sobre los cambios en el sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método.

Describe los efectos secundarios más comunes	<ul style="list-style-type: none"> Sangrado más escaso y de menor duración, sangrado irregular y sangrado infrecuente.
---	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de peso, cefaleas, mareos, sensibilidad en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.
Explique los efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none"> • Los efectos secundarios no son signos de enfermedad. • Habitualmente disminuyen o cesan en los primeros meses después del inicio de las inyecciones. • Son comunes, pero algunas mujeres no los presentan. • La usuaria puede volver por ayuda si los efectos secundarios le molestan.

10.4.4.9 ¿Qué exámenes y análisis debe de realizarse antes de iniciar el uso de AICs?

En el caso de mujeres sanas, no hay exámenes ni análisis esenciales ni obligatorios antes de iniciar el uso de AICs. Sin embargo, la medición de la presión arterial merece una consideración especial. Es aconsejable medir la presión arterial antes de iniciar el uso de AICs. Es importante tener en cuenta que, en situaciones en que no es posible medir la presión arterial, no se debe negar el uso de AICs a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

10.4.4.10 Administración de la inyección

Obtenga una dosis de inyectable, aguja y jeringa	<ul style="list-style-type: none"> • 25 mg AMP/ cipionato de estradiol o 50 mg NET-EN/valerato de estradiol, aguja de inyección intramuscular y jeringa de 2 ml o 5 ml. • (NET-EN/valerato de estradiol algunas veces viene en jeringas prellenadas.) • Para cada inyección usar una jeringa y aguja descartables de un paquete nuevo sellado (dentro de la fecha de caducidad y no dañado), si se encuentra disponible.
Lave	<ul style="list-style-type: none"> • Si es posible, lávese las manos con agua y jabón. • Si el sitio de inyección está sucio, lávelo con agua y jabón. • No hay necesidad de limpiar con antiséptico.
Prepare el vial	<ul style="list-style-type: none"> • AMP/cipionato de estradiol: Agite suavemente el vial. • NET-EN/valerato de estradiol: No es necesario agitar el vial. • No necesita limpiar la parte superior del vial con antiséptico. • Si el vial está frío, caliéntelo a temperatura cutánea antes de administrar la inyección.
Llene la jeringa	<ul style="list-style-type: none"> • Perfore la parte superior del vial con una aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada. (Omita este paso si la jeringa viene ya cargada con la formulación de inyectable.)
Inyecte la fórmula	<ul style="list-style-type: none"> • Inserte profundamente la aguja estéril en la cadera (músculo glúteo), parte superior del brazo (músculo

	<p>deltoides), o la nalga (músculo glúteo, parte superior externa), según prefiera la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa.</p> <ul style="list-style-type: none"> • No masajee el sitio de inyección.
Elimine de manera segura las jeringas y agujas descartables	<ul style="list-style-type: none"> • No reduzca, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas. • Colóquelos en un recipiente para eliminación de elementos punzo-cortantes • No reutilice jeringas ni agujas. Están diseñadas para ser destruidas después de un uso único. Debido a su forma, son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, la reutilización puede transmitir enfermedades tales como el VIH y la hepatitis. • Si se utilizan jeringas y agujas reutilizables, éstas deberán esterilizarse antes de cada uso.

10.4.4.11 Apoyo a la usuaria

Dé instrucciones específicas

- Dígle que no masajee el sitio de inyección
- Dígle a la usuaria el nombre de la inyección y programe la fecha de su próxima inyección para dentro de unas 4 semanas

Planificación de la próxima inyección

- Acuerde una fecha para su próxima inyección en 4 semanas.
- Pídale que trate de venir en fecha. Puede venir hasta 7 días antes o 7 días después y aun así recibir la inyección.
- Debe volver aun cuando sea muy tarde para su próxima inyección. Si tiene un atraso mayor de 7 días, debe abstenerse de sexo o utilizar condones, hasta que pueda recibir la inyección.

Manejo de las inyecciones atrasadas

- Si la usuaria tiene un atraso menor de 7 días para repetir la inyección, puede recibir la próxima. No necesita exámenes, evaluación, o método de respaldo.
- Una usuaria que tiene más de 7 días puede recibir su próxima inyección si:
 - No ha tenido sexo desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido su última inyección, o
 - Ha utilizado un método de respaldo después de tener sexo no protegido desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido la última inyección.

Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.

- Si la usuaria tiene más de 7 días de atraso y no cumple con estos criterios, deben emprenderse pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada.
- Analice con la usuaria por qué vino tarde y las posibles soluciones. Si con frecuencia le resulta difícil acudir en fecha, hable con ella sobre el uso de un método de respaldo cuando se retrase para su próxima inyección o elegir otro método.

10.4.4.12 Manejo de efectos secundarios

Problemas informados como efectos secundarios o problemas del uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan la satisfacción de la mujer y el uso de inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios, escuche sus inquietudes, brinde consejos y si corresponde, trátela.
- Ofrezcale ayuda para elegir otro método —ahora si quiere, o si no se pueden solucionar los problemas.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados que molestan a la usuaria)

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los inyectables mensuales presentan sangrado irregular. No hace mal y habitualmente disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses de uso.
- Para un alivio modesto a corto plazo, puede probar con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE), comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular. Los AINE brindan cierto alivio al sangrado irregular para implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU y también pueden ayudar para los inyectables mensuales.
- Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días)

- Tranquilícela diciendo que muchas mujeres que usan inyectables mensuales presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general, no es dañino y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Puede probar con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otros AINE, comenzando cuando empieza el sangrado profuso para un alivio modesto a corto plazo. Los AINE alivian algo el sangrado profuso de los implantes, inyectables de progestágeno solo, DIU y también pueden ayudar con inyectables mensuales.

- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera la ingesta de suplementos de hierro y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, (tales como carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, verduras de hojas verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si el sangrado profuso o prolongado continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha que algo pueda andar mal por alguna otra razón, considere condiciones subyacentes no vinculadas con el uso del método.

No menstrúa

- Tranquilícela diciendo que hay algunas mujeres que utilizan inyectables mensuales que dejan de tener menstruación, y que esto no es nocivo. No es preciso perder sangre todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La mujer no es infértil. La sangre no se acumula en su organismo. (Algunas mujeres se sienten contentas de no presentar menstruación).

Aumento de peso

- Revise la fecha y dé asesoramiento si es necesario.

Cefaleas comunes (no migrañosa)

- Sugiera Ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Las cefaleas que empeoran o que aparecen más a menudo durante el uso de los inyectables deben ser evaluadas.

Sensibilidad de los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de sostén (inclusive durante la actividad intensa y al acostarse).
- Pruebe con compresas calientes o frías.
- Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

10.4.4.13 Preguntas y respuestas sobre los inyectables mensuales

1. ¿Qué diferencias hay entre los inyectables mensuales y AMPD o NET-EN?

La principal diferencia entre los inyectables mensuales y AMPD o NET-EN es que un inyectable mensual contiene un estrógeno y un progestágeno, convirtiéndolo en un método combinado. Por el contrario, AMPD y NET-EN contienen sólo progestágeno. Además, los inyectables mensuales contienen menos progestágeno. Estas diferencias provocan un sangrado más regular y menos trastornos del sangrado que con AMPD o NET-

EN. Los inyectables mensuales requieren una inyección mensual, mientras que NET-EN se inyecta cada 2 meses y AMPD cada 3 meses.

2. ¿Los inyectables mensuales funcionan como anticonceptivos orales combinados?

En términos generales sí. Los inyectables mensuales (también denominados anticonceptivos mensuales combinados) son similares a los anticonceptivos orales combinados (AOC). Se han realizado pocos estudios a largo plazo con inyectables mensuales, pero los investigadores suponen que la mayoría de los hallazgos sobre los AOC también se aplican a los inyectables mensuales. Los inyectables mensuales, sin embargo, no pasan por el hígado primero porque no son ingeridos por boca como los AOC. Los estudios a corto plazo han demostrado que los inyectables mensuales tienen menos efecto que los AOC sobre la tensión arterial, la coagulación, la descomposición de las sustancias grasas, el metabolismo lipídico y la función hepática. Se encuentran en curso estudios a largo plazo sobre los riesgos y beneficios de los inyectables mensuales para la salud.

3. ¿Los inyectables mensuales producen defectos de nacimiento? ¿Se dañará al feto si una mujer accidentalmente utiliza inyectables mensuales estando embarazada?

No. Hay buena evidencia que surge de estudios sobre otros métodos hormonales, que muestra que los anticonceptivos hormonales no producen defectos de nacimiento y no dañan de otro modo al feto si una mujer queda embarazada mientras que utiliza inyectables mensuales o inicia el uso de inyectables cuando ya está embarazada.

4. ¿Los inyectables mensuales producen aborto?

No. La investigación sobre anticonceptivos combinados encuentra que no produce distorsión de un embarazo existente. No deben ser usados como abortivos. No funcionarán.

5. ¿Las fechas de repetición de las inyecciones deben basarse en la fecha de inicio de la menstruación?

No. Algunos proveedores piensan que hay que aplicar la próxima inyección sólo cuando comienza la siguiente menstruación. Sin embargo, no deben usarse los episodios de sangrado para guiar el programa de inyecciones. La mujer debe recibir la inyección cada 4 semanas. No hay que coordinar las inyecciones en base a su menstruación.

6. ¿Es posible usar los inyectables mensuales para provocar la menstruación?

No. La mujer puede presentar algo de sangrado vaginal (un “sangrado por suspensión”) como resultado de una inyección, pero no hay evidencia de que por aplicar a una mujer que tiene un sangrado irregular una única inyección de inyectables mensuales provoque el comienzo correcto de su menstruación alrededor de un mes después.

Asimismo, no por aplicar una inyección a una mujer embarazada se provocará un aborto.

7. ¿La mujer que fuma puede usar inyectables mensuales con seguridad?

Las mujeres menores de 35 años que fuman cigarrillos, sin importar la cantidad, y las mujeres de 35 años y mayores que fuman menos de 15 cigarrillos por día pueden usar inyectables mensuales con seguridad. (En cambio, las mujeres de 35 años y más que fuman cigarrillos sin importar la cantidad, no deben usar anticonceptivos orales combinados.) Las mujeres de 35 y más que fuman más de 15 cigarrillos por día deben elegir un método sin estrógenos como los inyectables de progestágeno solo, si se encuentra disponible. Hay que instar a todas las mujeres que fuman a que dejen de hacerlo.

8. ¿Los inyectables mensuales alteran el estado de ánimo o el impulso sexual de la mujer?

Generalmente, no. Algunas mujeres que usan inyectables mensuales relatan esos síntomas. La gran mayoría de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio de ese tipo, pero algunas relatan que hay una mejoría del estado de ánimo y del impulso sexual. Es difícil afirmar si ese tipo de cambios son debidos a inyectables mensuales o a otras razones. No existen evidencias de que los inyectables mensuales afecten el comportamiento sexual de la mujer.

9. ¿Las mujeres con venas varicosas pueden usar inyectables mensuales con seguridad?

Sí. Los inyectables mensuales son seguros para las mujeres con venas varicosas. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la superficie cutánea. No son peligrosos. No son coágulos sanguíneos, ni son las venas profundas de las piernas en las que un coágulo sanguíneo puede ser peligroso (trombosis venosa profunda). Las mujeres que presenten o que hayan presentado trombosis venosa profunda no deben usar inyectables mensuales.

10. ¿Los inyectables mensuales producen infertilidad en la mujer?

No. Puede haber una demora en la recuperación de la fertilidad tras suspender los inyectables mensuales, pero con el tiempo la mujer puede quedar embarazada como antes, si bien la fertilidad disminuye a medida que aumenta la edad de la mujer. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de usar inyectables mensuales generalmente se recupera unos pocos meses después de la última inyección. Algunas mujeres quizás tengan que esperar unos pocos meses antes de recuperar el patrón de sangrado habitual.

11. ¿Cuánto demora en quedar embarazada una mujer después de interrumpir los inyectables mensuales?

Las mujeres que dejan de usar inyectables mensuales demoran alrededor de un mes más para quedar embarazadas que las mujeres que han usado otros métodos. Esto significa que quedan embarazadas en promedio 5 meses después de su última inyección. Estos son promedios. La mujer no debe preocuparse si no queda embarazada aún a los 12 meses. Después de interrumpir los inyectables mensuales, la mujer puede ovular antes de que se recupere la menstruación—y puede así quedar embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, tiene que iniciar otro método antes de que vuelva su menstruación.

12. ¿Qué pasa si una mujer regresa tarde para recibir su próxima inyección?

Se recomienda darle a la mujer su próxima inyección mensual si viene hasta 7 días tarde, sin necesitar ninguna evidencia más de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres vuelven incluso más tarde a repetir su inyección. Los proveedores pueden usar otras opciones para evaluar el embarazo si la usuaria de los inyectables mensuales regresa más de 7 días tarde para la repetición de su inyección.^(5,8-12,14-16)

10.4.5 ANILLO VAGINAL COMBINADO (AVC)

10.4.5.1 Puntos clave

- ***Es un anillo claro y flexible de polietileno acetato de vinilo que se coloca en la vagina.***
- ***Actúa liberando lentamente hormonas de progestina y estrógeno (etonogestrel y etinilestradiol) que son absorbidas por la vagina para impedir que los ovarios liberen ovulos, también hace que el moco cervical sea mas espeso impidiendo que los espermatozoides lleguen al ovulo. .***
- ***Se utiliza durante 3 semanas consecutivas, se extrae para descansar una semana y luego colocar uno nuevo.***
- ***Contiene 11,7 mg de etonogestrel y 2,7 mg de etinilestradiol para usarlo por un periodo de 3 semanas.***

¿Qué tan eficaces son?

Si se utiliza correctamente, tiene una efectividad del 99%. Sin embargo, las personas no suelen usarlo consistentemente, por lo que su efectividad es del 91%. Esto quiere decir que 9 de cada 100 personas que usan el anillo quedan embarazadas cada año

¿Producen infertilidad?

Retorno de la fertilidad tras la interrupción en el uso. En promedio, aproximadamente 1 mes más que con la mayoría de los otros métodos.

¿Protegen contra ITS?

No confieren protección contra infecciones de Transmisión Sexual.

10.4.5.2 Como se colocan

- La mujer puede elegir la posición que le quede más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.
- Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.



- No importa la posición exacta, pero si se inserta bien profundo, ayuda a que quede en su lugar y tiene menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.
- Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas.
- Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y luego sacarlo.
- Para retirar el anillo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretar el anillo entre su índice y el dedo medio y halar hacia afuera.
- Probablemente tenga la menstruación esta semana.

10.4.5.3 Apoyo a la usuaria

- Si se olvida y deja el anillo colocado durante la cuarta semana, no se necesita ninguna acción especial.
- Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpieza u otras razones, aunque no es necesario quitárselo.
- Si el anillo se sale, deslizándose, debe enjuagarse en agua limpia y colocarse inmediatamente.

10.4.5.4 Instrucciones para el cambio o extracción tardíos

- Vuelva a poner el anillo lo antes posible. Use un método de respaldo* durante los 7 días siguientes.
- Interrumpa el ciclo actual y elimine el anillo.
- Durante las semanas 1 y 2 inserte un nuevo anillo inmediatamente y manténgalo colocado durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo. Utilice un método de respaldo durante los 7 días siguientes.
- Inserte un nuevo anillo lo antes posible y comience un nuevo ciclo 4 semanas y utilice un método de respaldo durante los primeros 7 días del uso del anillo.

10.4.5.5 Consideraciones especiales

- Es altamente efectivo usado de manera correcta
- Es fácil de colocar y de quitar
- No requiere atención diaria
- Se debe estar pendiente del número de semanas desde su colocación
- Puede producir flujo vaginal, molestias en la vagina e irritación leve
- Puede hacer que algunas personas sufran dolores de cabeza y cambios del estado de ánimo
- Puede causar algunas alteraciones menstruales
- Otros riesgos son similares a los de los anticonceptivos orales (píldora combinada)

- No protege contra la infección por VIH (SIDA) ni contra otras enfermedades de transmisión sexual (ETS)

¿Qué disminuye la efectividad del AVC?

- Usarlo incorrectamente es lo que hace que sea menos efectivo. Esto quiere decir que si no se coloca un nuevo anillo todos los meses el día que corresponde o si el anillo está fuera de la vagina por más de 2 días (48 horas) durante las semanas en las que debe usarse, tienes más probabilidades de quedar embarazada.
- Algunos medicamentos o suplementos también pueden disminuir la efectividad:
 - Los antibióticos como Rifampina y Rifamate (otros antibióticos no disminuyen la efectividad del anillo)
 - El antifúngico griseofulvina (otros antifúngicos no disminuyen la efectividad del anillo)
 - Algunos medicamentos contra el VIH.
 - Algunos medicamentos anticonvulsivos (en ocasiones, estos también se utilizan para tratar trastornos psiquiátricos, como el trastorno bipolar)

10.4.6.5 Cuándo comenzar

Primera vez

Sin tratamiento anticonceptivo hormonal anterior tiene que insertarse el primer día del ciclo natural de la mujer (es decir, el primer día de su menstruación). Es posible iniciar el uso en los días 2-5, pero durante el primer ciclo se recomienda un método de barrera adicional durante los primeros 7 días.

Cambio desde otro anticonceptivo hormonal combinado

- La mujer debe insertarse el anillo por tarde al día siguiente después del periodo de descanso usual.
- Si la mujer ha estado utilizando un método de anticoncepción de forma continua y correcta, y si tiene la certeza razonable de que no está embarazada, podría cambiar desde su anticonceptivo hormonal combinado anterior cualquier día del ciclo.
- Cambio a partir de un método con progestágeno solo (píldora con progestágeno solo, implante, DIU o inyección)
La mujer puede cambiar cualquier día en el caso de la píldora con progestágeno solo (a partir de un implante o de un DIU, el mismo día de su extracción y de un inyectable, el día en que se debe aplicar la siguiente inyección).
- En todos estos casos, debe utilizar un método de barrera complementario durante los primeros 7 días de uso del anillo.

Post aborto

La mujer puede empezar inmediatamente. En este caso no necesita tomar medidas anticonceptivas complementarias.

Tras el parto o pérdida de embarazo en el segundo trimestre

Debe iniciarse su uso durante la cuarta semana después del parto o de la pérdida del embarazo en el segundo trimestre. Si empieza después, debe recomendarse a la mujer que utilice un método de barrera complementario durante los primeros 7 días de uso o esperar a que venga su menstruación.

10.4.6 CONDON MASCULINO

10.4.6.1 Puntos clave

- **Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.** Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra embarazo como infecciones de transmisión sexual.
- **Requiere el uso correcto con cada acto sexual para una mayor eficacia.**
- **Requiere la cooperación tanto del hombre como de la mujer.** Hablar sobre el uso de condones antes del sexo puede mejorar las probabilidades de que los usen.
- **En algunos hombres puede amortiguar la sensación sexual.** Hablarlo con la pareja a veces ayuda a vencer esta objeción.

¿Qué son los condones masculinos?

- Son fundas, o forros, que se adaptan a la forma del pene erecto.
- Reciben también el nombre de preservativos, condones
- La mayoría está hecha de una fina goma de látex.

¿Cómo actúa?

Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten a la pareja.

¿Qué tan eficaz es?

La eficacia depende del usuario: el riesgo de embarazo o de infección de Transmisión sexual (ITS) es mayor cuando no se utilizan los condones en Cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones que ocurren por el uso incorrecto del condón, o porque se salga o se rompa.

Protección contra embarazos:

- Tal como se utilizan comúnmente, hay alrededor de 15 embarazos Por 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos durante el Primer año. Esto significa que 85 de cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos no quedarán embarazadas.
- Cuando se usan correctamente, con cada acto sexual, hay alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año.

¿Producen infertilidad?

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar condones: No hay demoras

¿Protegen contra ITS?

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con VIH cuando se usan correctamente, con cada acto sexual.
- Cuando se usan correcta y sistemáticamente, los condones evitan entre el 80% y el 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos.
- Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se usan sistemática y correctamente.
 - Protegen mejor contra la diseminación a través del flujo o secreciones, como sucede con el VIH, la gonorrea y la clamidia.
 - También protegen contra la diseminación de ITS a través del contacto cutáneo – de piel a piel, como es el caso del herpes y el virus del papiloma humano.

10.4.6.2 Consejería para uso del Preservativo masculino

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.
-

10.4.5.3 Criterios médicos de elegibilidad para Condones masculinos

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto:

- Si presentan una reacción alérgica grave al látex

10.4.6.3 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- ITS, incluido VIH

Puede ayudar a proteger contra:

- Patologías causadas por ITS:
 - Enfermedad pélvica inflamatoria recurrente y dolor pélvico crónico

Riesgos conocidos para la salud

Extremadamente raros:

- Reacción alérgica grave (en personas que sufren de alergia al látex)

-
- Cáncer cervical
 - Infertilidad (masculina y femenina)
-

10.4.6.4 Información, oferta y consejería para el uso de condones masculinos

Se debe ofrecer información, oferta y consejería diferenciada de calidad en anticonceptivos de barrera (condones) a hombres y mujeres que deseen usarlo como un método de Planificación Familiar o de protección adicional para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA.

Se debe orientar al usuario sobre los siguientes aspectos relacionados al uso del método:

- Los condones carecen de efectos adversos
- Pueden ser utilizados como método continuo o protección adicional Pueden ser utilizados sin tener que ver a un proveedor de salud
- Se obtienen en cualquier unidad de salud o puesto de venta
- Impiden la ocurrencia de embarazo y protegen contra las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA
- No provocan impotencia ni esterilidad en el hombre
- No se puede perder en el cuerpo de la mujer
- No tienen orificios por los cuales los fluidos de del acto sexual puedan atravesar
- No provocan enfermedad en el hombre.

10.4.6.5 Cuándo comenzar

En cualquier momento que el usuario lo desee.

10.4.6.7 Explicación del uso

IMPORTANTE: siempre que sea posible, muestre a los usuarios cómo Ponerse un condón. Use un modelo de un pene, si tiene uno, u otro artículo, Como una banana, para hacer la demostración.

Explique los 5 pasos básicos del uso de un condón masculino

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Utilice un condón nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Revise la envoltura del condón. No lo utilice si el paquete está roto o dañado. Evite utilizar un condón con fecha vencida—hágalo sólo si no dispone de un condón más nuevo.• Abra el envase cuidadosamente. No utilice las uñas, dientes, ni nada que pueda dañar el condón.
2. Antes de cualquier contacto físico, coloque el condón en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia afuera	<ul style="list-style-type: none">• Para una mayor protección, póngase el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal.

3. Desenrolle el condón bien hasta la raíz del pene en erección	<ul style="list-style-type: none"> • El condón debería desenrollarse con facilidad. Lo único que se logra si hace fuerza es que se rompa durante su uso. • Si el condón no se desenrolla con facilidad, puede ser que lo haya puesto al revés, hacia atrás, que esté dañado o que sea demasiado viejo. Arrójelo a la basura y utilice uno nuevo. • Si el condón está hacia atrás y no tiene otro, voltéelo y desenrróllelo sobre el pene.
4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga el borde del condón en su lugar y retire el pene mientras que aún está erecto	<ul style="list-style-type: none"> • Retire el pene. • Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen • Si vuelve a tener sexo o si pasa de un acto sexual a otro, use un condón nuevo.
5. Elimine el condón utilizado de manera segura	<ul style="list-style-type: none"> • Envuelva el condón en su envoltura y arrójelo a la basura o la letrina. No lo arroje por el inodoro, ya que puede causar problemas en la cañería.

10.4.5.8 Apoyo al usuario

Pasos básicos	Detalles importantes
Asegúrese de que el usuario comprenda el uso correcto	<ul style="list-style-type: none"> • Solicite al usuario que explique los 5 pasos básicos del uso del condón poniéndoselo a un modelo o a otro objeto y luego quitándoselo.
Pregunte al usuario cuántos condones va a necesitar hasta que regrese	<ul style="list-style-type: none"> • Suministre suficientes condones y, si están disponibles, un lubricante a base de agua o silicona. Los lubricantes a base de agua no se deben utilizar con condones de látex. • Diga a los usuarios dónde pueden comprar condones, si necesitan.
Explique por qué es importante usar un condón con cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Un único acto sexual no protegido puede llevar a embarazo o ITS—o ambos. • Si no usa un condón para cada acto sexual, pruebe usar uno la vez siguiente. Que se cometa un error una o dos veces no quiere decir que no tenga sentido usar condones en el futuro.

10.4.5.9 Qué no hay que hacer cuando se usa un condón

Hay algunas prácticas que pueden aumentar el riesgo de que un condón se rompa, por lo que hay que evitarlas.

- No desenrolle el condón antes de aplicarlo sobre el pene

- No utilice lubricante con base oleosa porque pueden dañar el látex del Condón
- No utilice un condón decolorido, con color desparejo o con cambios de Color
- No utilice un condón que esté quebradizo, reseco o muy pegajoso
- No use el condón más de una vez
- No tenga sexo en seco

Además, no use el mismo condón cuando pase de un acto sexual Penetrante a otro, por ejemplo, cuando pase de sexo anal a vaginal. Al Hacerlo usted puede estar transfiriendo bacterias que provocan infección.

10.4.5.10 Manejo de problemas

Problemas con el uso

Los problemas pueden o no deberse al método.

- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de los usuarios y el uso del método. El proveedor tiene que prestarles atención. Si el usuario relata que hay problemas, escuche su inquietud y asesórelo.
- Ofrezca al usuario su ayuda para elegir otro método— ahora, si él lo desea, o si no se pueden resolver los problemas— a no ser que se Necesiten condones como protección de ITS/VIH.

Se rompe el condón, se sale del pene, o no se usa

- Es poco lo que se puede hacer para reducir el riesgo de ITS si se rompe o se desliza un condón, o si no se usa. Si el usuario tiene signos o síntomas de ITS luego de tener sexo no protegido, evalúelo o remítalo.
- Si un usuario relata que el condón se rompió o se salió:
 - Solicite al usuario que le muestre cómo abre el envase del condón y cómo se lo coloca, usando un modelo u otro artículo. Corrija los errores.
 - Pregunte si está usando algún lubricante. El uso de un lubricante equivocado o si se coloca muy poco lubricante puede hacer que se rompa con más facilidad. Un exceso de lubricante puede hacer que el condón se resbale y se salga.
 - Pregunte en qué momento retira el pene el hombre. Si espera demasiado para retirarlo, cuando ya la erección ha comenzado a ceder, puede aumentar la posibilidad de que se deslice el pene.

Dificultades al ponerse el condón

- Solicite al usuario que le muestre cómo se pone el condón, usando un Modelo u otro artículo. Corrija los errores.

Dificultades para persuadir a la pareja a utilizar condones o le Cuesta que use condones siempre

- Analice con el usuario las maneras en que puede hablar sobre los Condones con la pareja y también los justificativos de la doble protección.
- Considere la combinación de los condones con:

- otro método anticonceptivo eficaz para una mejor protección del Embarazo.
 - si no hay riesgo de ITS, un método basado en el conocimiento de la Fertilidad, dejando el uso de los condones sólo durante el período fértil.
 - Especialmente si el usuario o la pareja presenta riesgo de ITS, aconséjele que siga usando el condón de manera continua mientras que se solucionan los problemas.
- Si ninguno de la pareja tiene una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS sin necesidad de usar condón, pero no brinda protección frente al embarazo.

Leve irritación en la vagina o el pene, o alrededor, o una leve reacción alérgica al condón (prurito, rubor, erupción y/o inflamación de genitales, ingule o muslos durante el uso del condón, o después del uso del condón)

- Sugiera probar otra marca de condones. La gente puede ser más sensible a una marca de condones que a otras.
 - Sugiera poner lubricante o agua en el condón para reducir el roce causante de la irritación.
 - Si los síntomas persisten, examine o remita a la usuaria por posible Infección vaginal o ITS, según corresponda.
- Si no existe infección, pero la irritación continúa o se repite, puede que la paciente tenga alergia al látex.
 - Si no está en riesgo de ITS/VIH, ayude a la paciente a elegir otro método.
 - Si la paciente o su pareja presentan riesgo de ITS, sugiera usar condón Femenino o condón masculino de plástico, si hubiera disponibles. Si no hubiera disponibles, recomiende el uso continuado del condón de látex. Si los síntomas se vuelven graves, díglele a la paciente que deje de utilizar condones de Látex.
 - Si nadie en la pareja presenta infección, la relación sexual de mutua fidelidad brinda protección contra ITS sin requerir el uso del condón, pero no brinda protección contra el embarazo.

10.4.5.11 Preguntas y respuestas sobre los condones

1. ¿Los condones son eficaces en la prevención del embarazo?

Sí, los condones masculinos son eficaces, pero sólo si se usan correctamente en cada acto Sexual. Cuando se utilizan sistemáticamente y Correctamente, sólo 2 de cada 100 mujeres cuya pareja usa condones quedan embarazadas en el correr del primer año de uso. Sin embargo, muchas personas no usan un condón cada vez que tienen sexo o no lo usan de forma correcta. Esto reduce la protección contra el embarazo.

2. ¿Hasta qué punto sirven los condones para proteger contra la Infección por VIH?

En promedio, los condones protegen de la infección por VIH con una Eficacia del 80% al 95% cuando se utilizan de manera correcta en cada Acto sexual. Esto significa que el uso del condón previene entre el 80% y El 95% de las transmisiones de VIH que hubieran ocurrido sin condones.

Las probabilidades de que una persona que está expuesta a VIH se infecte varían considerablemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de La infección por VIH de la pareja (las etapas temprana y tardía son más Infectantes); si la persona expuesta presenta otras ITS (incrementa la Susceptibilidad), la condición de circuncisión del hombre (los hombres No circuncidados son más proclives a infectarse con VIH) y el embarazo (las mujeres embarazadas podrían estar en riesgo más alto de infección), entre otros factores. En promedio, las mujeres enfrentan el doble de riesgo de infección, si están expuestas, que los hombres.

3. Si se usa el condón sólo parte de las veces, ¿ofrece alguna Protección contra ITS/VIH?

Para obtener la mejor protección, habría que usar el condón en cada Acto sexual. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede Resultar protector. Por ejemplo, si una persona tiene una pareja regular, fiel y tiene un acto sexual fuera de la relación, el uso del condón para ese acto puede ser muy protector. Sin embargo, para personas expuestas a ITS/VIH, frecuentemente el uso del condón sólo algunas veces ofrece una protección limitada.

4. ¿El uso de condones durante el sexo anal reduce el riesgo de Transmisión de ITS?

Sí. Las ITS pueden transmitirse de una persona a otra durante el acto sexual en el que se introduce el pene en cualquier parte del cuerpo de otra persona (penetración). Algunos actos sexuales son más riesgosos que otros. Por ejemplo, el riesgo de infectarse con VIH es 5 veces más alto con sexo anal receptivo sin protección que con sexo vaginal receptivo sin protección. Al utilizar el condón de látex durante el sexo anal, un lubricante con base hidrófila o silicona resulta esencial para Ayudar a que el condón no se rompa.

5. ¿Son eficaces los condones de plástico (sintéticos) en la Prevención de ITS/VIH?

Sí. Se supone que los condones de plástico brinden la misma protección que los condones de Látex, pero no han sido estudiados más a fondo.

6. ¿Los condones se rompen o salen con frecuencia durante el sexo?

No. En promedio, cerca del 2% de los condones se rompe o se sale por completo durante el sexo, principalmente porque se utilizan de manera incorrecta. Usados como se debe, los condones casi nunca se rompen.

7. ¿Qué pueden hacer los hombres y mujeres para reducir el riesgo de embarazo e ITS si el condón se rompe o se sale durante el sexo?

Si un condón se sale o rompe, se indica tomar anticonceptivos orales De emergencia, ya que pueden reducir el riesgo de embarazo. Sin embargo, poco se Puede hacer para reducir el riesgo de ITS, excepto para VIH. Lavar el pene no sirve de nada. La ducha vaginal no es muy eficaz para prevenir el embarazo, e incrementa el riesgo de que la mujer adquiera ITS/VIH y enfermedad pélvica inflamatoria. Si se tiene certeza sobre la exposición al VIH, el tratamiento antirretroviral (profilaxis Pos-exposición) puede ayudar a reducir la transmisión de VIH, si hubiera disponible. Si se tiene certeza sobre la exposición a otras

ITS, el proveedor puede tratar presuntivamente aquellas ITS en cuestión—es decir, puede tratar al paciente o a la paciente como si estuvieran infectados.

8. ¿Se logra una mayor protección si uno se pone 2 ó 3 condones A la vez?

Hay muy poca evidencia que indique que utilizar 2 o más condones sirva para algo. En general no es recomendable debido al temor de que la fricción entre los condones pueda incrementar la probabilidad de rotura.

9. ¿Es posible que el condón le impida al hombre tener una erección (impotencia)?

No, en la mayoría de los hombres no. La impotencia tiene muchas causas. Algunas causas son físicas y otras emocionales. Los condones por sí mismos no producen impotencia. Sin embargo, algunos hombres pueden tener problemas en mantener la erección cuando usan condones.

Otros hombres en especial los mayores pueden tener dificultad en mantener una erección porque el condón puede disminuir la sensación del sexo. El uso de una mayor lubricación puede ayudar a aumentar la sensibilidad en los hombres que usan condones.

10. ¿En general los que usan condones no son los que tienen relaciones casuales o los que tienen sexo por dinero?

No. Si bien muchas parejas casuales confían en los condones para la protección contra las ITS, las parejas casadas de todo el mundo usan condones también, para el 42% evitar el embarazo. En Japón, por ejemplo, el 42% de las parejas casadas usan condones más que cualquier otro método de planificación familiar.

11. ¿Es común la alergia al látex?

No. La alergia al látex no es frecuente en la población y rara vez se informa de reacciones alérgicas leves a los condones. Las reacciones alérgicas graves son extremadamente raras. (5,8-11,33)

10.4.7 CONDON FEMENINO

10.4.6.1 Puntos clave

- **Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.** Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto contra el embarazo como contra las infecciones de transmisión sexual.
- **Para su mejor eficacia requiere un uso correcto en cada acto sexual.**
- **La mujer puede comenzar a usar el condón femenino, pero el método necesita la cooperación de su pareja.**
- **Puede requerir alguna práctica.** Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el condón femenino de la vagina.

¿Qué son los condones femeninos?

- Se trata de revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer y quedan medio flojos y están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente.
- Tiene aros flexibles en ambos extremos
- Tiene un aro en el extremo cerrado que ayuda a la inserción del condón
- El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina
- Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante a base de silicona.

¿Cómo actúan?

Todos los condones femeninos proporcionan una barrera física que evita que el líquido pre eyaculatorio y el semen ingresen al tracto reproductivo femenino. Los condones femeninos deben usarse correctamente con cada acto de coito vaginal para ser efectivos en la prevención del embarazo y la transmisión de ITS.

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo o de infección de transmisión sexual (ITS) se presenta cuando no se utiliza el condón femenino en cada acto sexual. Son pocos los casos de embarazo o infección debidos a uso incorrecto, salida o roturas.

Protección contra el embarazo:

- Tal como se utilizan comúnmente, se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos en el correr del primer año. Esto significa que 79 de cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos no quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos en el correr del primer año.

¿Producen infertilidad?

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción del uso del condón femenino: No hay demora

¿Protegen contra ITS?

Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, el condón femenino reduce el riesgo de infección con ITS/VIH.

10.4.6.2 Consejería para uso del condón femenino

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

10.4.6.3 Criterios médicos de elegibilidad para los Condones femeninos

Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos de plástico. No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

10.4.6.4 Acceso a condón femenino

La mujer y/o pareja deberán tener acceso fácil a los métodos de barrera en todas las unidades de salud y puestos de distribución comunitaria; como un método de Planificación Familiar, o como método protección adicional a la prevención de Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA.

10.4.6.5 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud	Riesgos conocidos para la salud
Ayuda a proteger contra: <ul style="list-style-type: none">• Riesgos de embarazo• ITS/VIH	Ninguno

10.4.6.6 Información, oferta y consejería para el uso del condón femenino

Se debe ofrecer información y consejería diferenciada de calidad en anticonceptivos de barrera (condones) a mujeres que deseen usarlo como un método de Planificación Familiar o de protección adicional para prevenir Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA.

Se debe orientar a la usuaria sobre los siguientes aspectos relacionados al uso del método:

- Los condones carecen de efectos adversos
- Pueden ser utilizados como método continuo o protección adicional
- Pueden ser utilizados sin tener que ver a un proveedor de salud
- Se obtienen en cualquier unidad de salud o puesto de venta
- Impiden la ocurrencia de embarazo y protegen contra las Infecciones de Transmisión Sexual incluyendo VIH/SIDA
- No provocan impotencia ni esterilidad en el hombre
- No se puede perder en el cuerpo de la mujer
- No tienen orificios por los cuales los fluidos del acto sexual puedan atravesar
- No provocan enfermedad en el hombre ni en la mujer

10.4.6.7 Entrega del método

Los preservativos o condones femeninos cuando haya disponibilidad, se pondrán a disposición en un lugar visible en los establecimientos de salud cierta cantidad diaria de condones para que los tome cualquier persona que acuda al servicio por cualquier razón.

10.4.6.8 ¿Cuándo iniciar el uso de condones femeninos?

- En cualquier momento en que lo desee la paciente.

10.4.6.9 Explicación acerca del uso

IMPORTANTE: cuando sea posible, muestre a la paciente cómo introducir el condón femenino. Para la demostración use un modelo o figura, si hay disponibles, o sus manos. Puede crear una abertura similar a una vagina con una mano y con la otra mostrar cómo introducir el condón femenino.

Explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Utilice un condón nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un condón pasada su fecha de caducidad—úselo sólo si no dispone de condones más nuevos.• De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
2. Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina	<ul style="list-style-type: none">• Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo. Para obtener una mejor protección, introduzca el condón antes de que haya contacto del pene con la vagina.• Elija una posición que quede cómoda para la inserción— en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.• Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.• Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto.• Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina.• Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.
3. Asegúrese de que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior	<ul style="list-style-type: none">• El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón— y no entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.• Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su sitio.
4. Después que el hombre retire su pene, sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro	<ul style="list-style-type: none">• No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente después del sexo.• Retire el condón antes de levantarse para evitar derramar el semen.

los fluidos y suavemente, retírelo de la vagina	<ul style="list-style-type: none"> • Si la pareja tiene sexo otra vez, debe utilizar un condón nuevo. • No se recomienda reutilizar el condón femenino
5. Elimine el condón utilizado de manera segura	<ul style="list-style-type: none"> • Envuelva el condón en su envoltura y arrójelo a la basura o la letrina. No lo arroje por el inodoro, ya que puede causar problemas en la cañería.

10.4.6.10 Apoyo a la usuaria

Asegúrese de que la paciente comprenda el uso correcto	<ul style="list-style-type: none"> • Pídale a la paciente que explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino mientras manipula uno. • Si tiene un modelo disponible, la usuaria puede practicar su colocación y retiro en el modelo.
Pregunte a la paciente cuántos condones cree que necesitará hasta su próxima visita	<ul style="list-style-type: none"> • Suministre una buena cantidad de condones y si es posible, lubricante. • Dígale a la paciente dónde puede comprar condones femeninos, si es necesario.
Explique por qué es importante utilizar un nuevo condón en cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Un solo acto sexual sin protección puede conducir a embarazo o ITS—o ambos. • Si no utiliza un condón para un acto sexual, pruebe usarlo la próxima vez. Dejar de usarlo una o dos veces no significa que no tenga sentido seguir usando uno en el futuro.

10.4.6.11 Consejos para nuevas usuarias

- Sugiera a la nueva usuaria que practique ponerse y quitarse el condón Antes de la próxima vez que tenga sexo. Destaque que el uso correcto se Consigue más fácilmente con la práctica. Una mujer puede precisar usar el Condón femenino varias veces antes de sentirse cómoda con él.
- Sugíerale probar diferentes posiciones para ver de qué modo se le hace más fácil la colocación.
- El condón femenino es resbaloso. Algunas mujeres encuentran más fácil la colocación si se lo introducen lentamente, en especial las primeras veces.
- Si la paciente está sustituyendo un método con el condón femenino, sugíerale que continúe con el método anterior hasta que pueda usar el condón femenino con confianza.

10.4.6.12 Manejo de problemas

Problemas del uso pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas con los condones afectan la satisfacción de la usuaria y la Utilización del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata Algún problema, escuche sus inquietudes y asesórela.

- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo Desea, o más adelante si los problemas no logran superarse—salvo que Necesite los condones para protección contra ITS/VIH.

Dificultades en la colocación del condón femenino

- Pregúntele cómo coloca el condón femenino. Si tiene un modelo Disponible, solicítele una demostración y hágala practicar con el modelo. Si no, pídale que realice la demostración usando sus manos. Corrija cualquier error.

Anillo interno incómodo o doloroso

- Sugíerale que vuelva a colocarse o que reposicione el condón de modo que el anillo interno quede bien colocado por detrás del hueso del pubis.

El condón hace ruido durante el sexo

- Sugíerale agregar más lubricante en el interior del condón o sobre el pene.

El condón se resbala, no se utiliza, o es utilizado de manera Incorrecta

- Poco se puede hacer para reducir el riesgo de ITS si un condón se rompe, se sale o no se utiliza. Si la usuaria presenta signos o síntomas de ITS después de tener sexo sin protección, evalúe o remítala.
- Si una paciente relata que el condón se resbala, puede que se esté colocando el condón femenino de manera incorrecta. Pídale que muestre cómo se está colocando el condón, usando un modelo o haciendo una Demostración con sus manos. Corrija cualquier error.

La usuaria tiene dificultad para persuadir a la pareja a usar Condones, o no siempre puede usar un condón

- Analice modos de hablar con la pareja sobre la importancia del uso del Condón como protección contra el embarazo e ITS.

Irritación leve en o alrededor de la vagina o pene (prurito, rubor o erupción)

- En general remite por sí sola, sin tratamiento.
- Sugiera lubricante adicional en el interior del condón o sobre el pene para reducir el roce que pueda producir irritación.
- Si los síntomas persisten, evalúe y trate por una posible infección vaginal o ITS, si corresponde.
 - Si no hay infección, ayude a la paciente a elegir otro método salvo que La paciente esté en riesgo de ITS/VIH.
 - Para pacientes en riesgo de ITS/VIH, sugiera usar condones masculinos. Si el uso de condones masculinos no fuera posible, recomiende el uso continuo de condones femeninos a pesar de la incomodidad.

- Si nadie en la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección ante ITS sin necesidad del condón, pero no protege del embarazo.

Sospecha de embarazo

- Realice pruebas de embarazo.
- La mujer puede utilizar condones femeninos con seguridad durante el embarazo para tener protección continua de ITS.

10.4.6.13 Visitas de seguimiento

La mujer usuaria del condón, deberá visitar el establecimiento de salud cuando lo requieran en caso de tener problemas o preguntas relacionadas con el uso del condón o requieran cambio de método.

Se debe indagar lo siguiente:

- Preguntar a las usuarias y/o sus parejas si están satisfechos con el método, si tienen inquietudes de las que quieran hablar.
- Preguntar si presentan algún problema con el uso correcto de los condones.
- Entregar a los usuarios más condones y aconsejar tener siempre una provisión de reserva o lugares de fácil acceso para obtenerlos.
- Orientar qué hacer en caso que se presente algún problema o complicación relacionada al uso del condón.
- Preguntar sobre cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades como planes de tener hijos o riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH-SIDA.

10.4.6.14 Preguntas y respuestas sobre los condones femeninos

1. ¿Es difícil de usar el condón femenino?

No, pero requiere paciencia y práctica.

2. ¿Pueden los condones femeninos prevenir eficazmente tanto el embarazo como las ITS/VIH?

Sí. Los condones femeninos ofrecen doble protección, tanto contra el embarazo como contra las ITS/VIH, si se usan de manera correcta y sistemática. Sin embargo, muchas personas no usan el condón cada vez que tienen sexo, o no lo usan de manera correcta. Esto reduce la protección tanto contra el embarazo como contra las ITS.

3. ¿Pueden utilizarse al mismo tiempo el condón femenino y el condón masculino?

No. El condón femenino y el condón masculino no deben utilizarse juntos. Esto puede producir una fricción que lleve a que se salgan o se rompan.

4. ¿Cuál es la mejor manera de asegurarse de que el pene penetre en el condón y no fuera del condón?

Para evitar el uso incorrecto, el hombre debe guiar cuidadosamente su pene e introducir la punta dentro del anillo externo del condón. Si el pene penetra entre la pared de la vagina y el condón, el hombre deberá retirar el pene y probar otra vez.

5. ¿Puede usarse el condón femenino más de una vez?

No se recomienda reutilizar el condón femenino. La reutilización de los condones femeninos disponibles actualmente no se ha probado.

6. ¿Puede usarse el condón femenino cuando la mujer está menstruando?

La mujer puede usar el condón femenino durante la menstruación. Sin embargo, el condón femenino no puede usarse al mismo tiempo que un tampón. Antes de colocarse el condón femenino, debe extraerse el tampón.

7. ¿No es demasiado grande el condón femenino para ser cómodo?

No. Los condones femeninos son del mismo largo que los condones masculinos, pero más anchos. Son muy flexibles y se adaptan a la forma de la vagina. Los condones femeninos han sido cuidadosamente diseñados y probados para adaptarse a toda mujer, sea cual sea el tamaño de su vagina, y a cualquier hombre, sea cual sea el tamaño de su pene.

8. ¿Es posible que el condón femenino se pierda dentro del cuerpo de la mujer?

No. El condón femenino se mantiene en la vagina de la mujer hasta que se lo quita. No puede pasar por el cérvix de la mujer hacia dentro del vientre (útero) porque es muy largo para eso.

9. ¿Puede usarse el condón femenino en distintas posiciones sexuales?

Sí. El condón femenino puede usarse en cualquier posición sexual. ^(5,8-11,34)

10.4.8 MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

10.4.7.1 Puntos clave

- ***Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren la cooperación de la pareja. La pareja debe comprometerse a la abstinencia o a usar otro método durante los días fértiles.***
- ***Se debe estar atento a los cambios en el cuerpo o a llevar la cuenta de los días, según las reglas del método específico.***
- ***No presentan efectos secundarios ni riesgos para la salud.***

¿En qué consisten los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

- “Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. (El período fértil es cuando ella puede quedar embarazada.)
- Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.

- La mujer puede usar varias maneras, solas o combinadas, para decir cuándo comienza y termina su período fértil.
- Los métodos basados en el calendario implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.
 - Ejemplos: Método de días fijos y método del ritmo de calendario.
- Los métodos basados en los síntomas dependen de la observación de los signos de fertilidad.
 - Secreciones cervicales: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicales, podría encontrarse fértil. Puede que perciba solamente cierta leve humedad vaginal.
 - Temperatura corporal basal (TCB): La temperatura del cuerpo de la mujer en descanso se eleva levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación), cuando puede quedar embarazada. Su temperatura se mantiene elevada hasta el comienzo de su siguiente menstruación.
 - Ejemplos: Método de dos días, método TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método de la mucosa cervical) y el método de síntomas y temperatura.

¿Cómo actúan?

Funcionan, en primer término, ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedar embarazada. La pareja previene el embarazo evitando el sexo vaginal sin protección durante esos días fértiles—en general absteniéndose o utilizando condones o un diafragma. Algunas parejas utilizan espermicidas o el retiro, pero estos están entre los métodos menos eficaces.

¿Qué tan eficaces son?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen sexo en los días fértiles sin utilizar otro método.

- Tal como se utiliza el método comúnmente, en el primer año se producen cerca de 25 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan la abstinencia periódica. (No se sabe cómo identificaron estas mujeres su período fértil. No hay disponibles tasas de embarazo para la mayoría de los métodos específicos basados en el conocimiento de la fertilidad, tal como se utilizan comúnmente.) Esto significa que 75 de cada 100 mujeres que confían en la abstinencia periódica no quedarán embarazadas. Algunos métodos más nuevos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser más fáciles de utilizar y, por tanto, más eficaces
- Las tasas de embarazo para un uso sistemático y correcto varían para los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.
- En general, la abstinencia durante el período fértil es más eficaz que el uso de otro método en el período fértil.

¿Producen infertilidad?

Retorno de la fertilidad después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Sin demora.

¿Protegen contra ITS?

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

10.4.7.2 Consejería para uso de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

10.4.7.3 Criterios médicos de elegibilidad para Métodos basados en el calendario

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario. Ninguna afección es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz. Precaución significa que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

Postergar significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Dele a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en el calendario.

En las siguientes situaciones, tenga precaución con los métodos basados en el calendario:

- Los ciclos menstruales recién se han iniciado o se han vuelto menos frecuentes debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)

En las siguientes situaciones postergue el comienzo de los métodos basados en el calendario:

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (Postergue hasta que la mujer haya tenido un mínimo de 3 menstruaciones y éstas se hayan regularizado otra vez. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice el método con precaución durante algunos meses.)
- Ha tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (Postergue hasta el inicio de su próxima menstruación.)
- Sangrado vaginal irregular.

En las siguientes situaciones Postergue o tenga cautela con los métodos basados en el calendario:

- La ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina [SSRI], tricíclicos, o tetracíclicos), uso prolongado

de ciertos antibióticos, o uso prolongado de cualquier antiinflamatorio no esteroideo (como aspirina, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

10.4.7.4 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

10.4.7.5 Administración de métodos basados en el calendario

Cuándo comenzar

Una vez capacitados, en general, la mujer o la pareja pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento. A las pacientes que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen mientras tanto.

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares	<p>En cualquier momento del mes</p> <ul style="list-style-type: none"> • No hay necesidad de esperar hasta el comienzo de la próxima menstruación.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none"> • Postergue los métodos basados en el calendario hasta el restablecimiento de la menstruación.
Después de un parto (esté o no amamantando)	<ul style="list-style-type: none"> • Postergue el Método de días fijos hasta que la mujer haya tenido 3 ciclos menstruales y el último sea de 26–32 días atrás. • Los ciclos regulares se restablecerán más tarde en las mujeres que están amamantando que en las que no están amamantando.
Después de una pérdida de embarazo o aborto	<ul style="list-style-type: none"> • Demore el Método de días fijos hasta el comienzo de la próxima menstruación, momento en el que ella podrá comenzar si no tiene sangrado debido a lesiones del tracto genital.
Sustitución de un método hormonal	<ul style="list-style-type: none"> • Postergue el inicio del Método de días fijos hasta el comienzo de la próxima menstruación. • Si se está sustituyendo inyectables, postergue el Método de días fijos al menos hasta la fecha en que le hubiera correspondido darse la inyección de repetición y entonces, empiécelo al iniciarse la próxima menstruación.

10.4.7.6 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para mujeres con VIH

- Las mujeres que viven con VIH, que tienen SIDA, o que están en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres usar condones junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Utilizados de manera sistemática y correcta, los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS.

10.4.7.7 Explicación de cómo usar los métodos basados en el calendario

Método de los días fijos

IMPORTANTE: La mujer puede utilizar el Método de días fijos si la mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración. Si tiene más de 2 ciclos de mayor o menor duración en el año, el Método de días fijos será menos eficaz y convendría elegir otro método.

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none">• La mujer lleva la cuenta de los días de su ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como día 1.
Evite el sexo sin protección entre los días 8 al 19	<ul style="list-style-type: none">• Para todas las usuarias del Método de días fijos se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo.• La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones o diafragma entre los días 8 al 19. También pueden usar retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.• La pareja puede tener sexo sin protección en todos los días restantes del ciclo —días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar su próxima menstruación.
Si es necesario, utilice métodos para ayudar la memoria	<ul style="list-style-type: none">• La pareja puede utilizar CycleBeads, un collar de cuentas codificadas por color que indica los días fértiles y no fértiles del ciclo, o puede usar un calendario u otro tipo de ayuda memoria.
Método del ritmo del calendario	
Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual	<ul style="list-style-type: none">• Antes de confiarse en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.
Calcule el período fértil	<ul style="list-style-type: none">• La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día aproximado de su período fértil. Después debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día aproximado de su período fértil.

Evite el sexo sin protección durante el período fértil.	<ul style="list-style-type: none"> La pareja evita el sexo vaginal, o utiliza condones o diafragma, durante el período fértil. También pueden recurrir a retiro o espermicidas, pero estos son menos eficaces.
Actualice los cálculos mensualmente	<ul style="list-style-type: none"> La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes. Ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> – Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27 - 18 = 9$. Debe comenzar a evitar el sexo sin protección en el día 9. – Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31 - 11 = 20$. La mujer puede volver a tener sexo sin protección el día 21. – Por lo tanto, ella debe evitar el sexo sin protección desde el día 9 al día 20 de su ciclo.

10.4.7.8 Suministro de métodos basados en los síntomas

10.4.7.8.1 Consejería para uso de métodos basados en los síntomas

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

10.4.7.8.2 Criterios médicos de elegibilidad para Métodos basados en los síntomas

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas. Ninguna afección es impedimento para el uso de estos métodos, pero, algunas pueden dificultar su uso eficaz. Precaución o cautela significan que puede requerirse consejo adicional o especial a fin de asegurar el uso correcto del método.

Postergue significa que el uso de un método de conocimiento de la fertilidad en particular debe postergarse hasta que la condición de la paciente sea evaluada o corregida. Déle a la paciente otro método para que lo utilice mientras no comienza con su método basado en los síntomas.

En las siguientes situaciones, tenga precaución con los métodos basados en los síntomas:

- Ha tenido un aborto o una pérdida de embarazo recientemente
- Los ciclos menstruales recién se han iniciado, se han vuelto menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad (Las irregularidades en el ciclo menstrual son comunes en mujeres jóvenes en los primeros meses posteriores a su primera menstruación y en mujeres mayores que se aproximan a la

menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)

- Una afección crónica que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)

En las siguientes situaciones postergue el comienzo de los métodos basados en los síntomas:

- Tuvo un parto recientemente o está amamantando (Postergue hasta que se hayan restablecido las secreciones normales— en general, retrase el inicio un mínimo de 6 meses después del parto para mujeres que estén dando pecho y un mínimo de 4 semanas después del parto para mujeres que no estén amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice el método con precaución por algunos meses.)
- Una afección aguda que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura corporal basal y de síntomas y temperatura)
- Sangrado vaginal irregular
- Flujo vaginal anormal

En las siguientes situaciones postergue o tenga precaución con los métodos basados en los síntomas:

- Está recibiendo medicamento que modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tricíclicos o tetracíclicos), antipsicóticos (como clorpromazina, tioridazina, haloperidol, risperidona, clozapina, o litio), administración prolongada de ciertos antibióticos, cualquier fármaco antiinflamatorio no esteroideo (tales como aspirina, ibuprofeno, o paracetamol), o antihistamínicos. Estos medicamentos pueden afectar las secreciones cervicales, elevar la temperatura corporal, o demorar la ovulación.

10.4.7.8.3 Cuándo comenzar

Una vez capacitados, la mujer o la pareja pueden comenzar con el método basado en los síntomas en cualquier momento. Las mujeres que no estén utilizando un método hormonal pueden practicar el monitoreo de sus signos de fertilidad antes de empezar a usar los métodos basados en los síntomas. A las usuarias que no puedan comenzar de inmediato deles otro método para utilizar hasta que puedan empezar.

¿Cuándo iniciar el método basado en los síntomas?

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares	En cualquier momento del mes <ul style="list-style-type: none">• No hay necesidad de esperar el comienzo de la próxima menstruación.
Amenorrea	<ul style="list-style-type: none">• Postergue los métodos basados en los síntomas hasta que se restablezca la menstruación.
Después de un	<ul style="list-style-type: none">• Puede comenzar con los métodos basados en los

parto (esté o no amamantando)	<p>síntomas una vez que se restablezcan las secreciones normales.</p> <ul style="list-style-type: none"> En mujeres que amamantan, las secreciones normales se restablecerán más tarde que en mujeres que no están amamantando.
Después de una pérdida de embarazo, o aborto	<ul style="list-style-type: none"> Si no tiene secreciones vinculadas con infecciones o sangrados debidos a lesiones en el tracto genital, puede comenzar con los métodos basados en los síntomas de inmediato, con asesoramiento especial y apoyo.
Sustitución de un método hormonal	<ul style="list-style-type: none"> Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas en el próximo ciclo menstrual después de la interrupción del método hormonal.

10.4.7.8.4 Explicación acerca de cómo usar los métodos basados en los síntomas **Método de los dos días**

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que el Método de los dos días sea difícil de usar.

Observe las secreciones	<ul style="list-style-type: none"> La mujer revisa las secreciones cervicales cada tarde y/o tardecita, en los dedos, prenda interior, o papel higiénico, o por la sensación en o alrededor de la vagina. Tan pronto como percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.
En los días fértiles evite el sexo o use otro método	<ul style="list-style-type: none"> La pareja evita el sexo vaginal o utiliza condones o un diafragma en cada día con secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones. Podrán usar también el retiro, o espermicidas, pero estos métodos son menos eficaces.
Retome el sexo sin protección después de 2 días secos	<ul style="list-style-type: none"> La pareja puede volver a tener sexo sin protección después que la mujer haya tenido 2 días secos (días sin secreciones de ningún tipo) consecutivos. ^(5,8-11,35)

10.4.9 MÉTODO DE AMENORREA DE LA LACTANCIA (MELA)

10.4.8.1 Puntos clave

- Un método de planificación familiar basado en la lactancia.** Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al bebé.
- Puede ser eficaz hasta 6 meses después del parto,** siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.
- Requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.** La mayoría de las

ingestas del bebé deberán ser de leche materna.

- **Le brinda a la mujer la posibilidad de utilizar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses.**

¿En qué consiste el método de amenorrea de la lactancia?

- Un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad (“lactancia” significa que está relacionado a amamantar. “Amenorrea” significa no tener menstruación.)
- El método de la amenorrea de la lactancia (MELA) requiere 3 condiciones. Las 3 condiciones deben cumplirse:
 1. La madre no ha vuelto a menstruar
 2. El bebé está siendo alimentado con lactancia exclusiva o casi exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche
 3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad
- “Lactancia exclusiva” incluye tanto la alimentación sólo en base a pecho (el bebé no recibe ningún otro tipo de líquido o alimento, ni siquiera agua, aparte de la leche materna) como la lactancia casi exclusiva (el bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).
- “Lactancia casi exclusiva” significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes de todas las ingestas) son de leche materna.

¿Cómo actúa?

Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). La lactancia frecuente impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

¿Qué tan eficaz es?

Su eficacia depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva.

- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en los primeros 6 meses después del parto unos 2 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el MELA. Esto significa que 98 de cada 100 mujeres que dependen del MELA no quedarán embarazadas.
- Cuando es utilizado correctamente, se produce menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto.

¿Produce infertilidad?

Retorno de la fertilidad al interrumpir el MELA: Depende de la frecuencia con que la madre continúa dando pecho

¿Protege contra ITS?

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

10.4.8.2 Consejería para uso del MELA

- La información brindada por el proveedor de salud deberá ser actualizada, completa y dirigida a orientar una elección libre, informada y voluntaria del método.
- La consejería deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y ser de calidad.
- La consejería es un elemento crucial mediante el cual los proveedores ayudan a que los usuarios tomen sus propias decisiones sobre salud reproductiva y planificación familiar.

10.4.8.3 Criterios médicos de elegibilidad para el uso del método de amenorrea de la lactancia

Todas las mujeres que amamantan pueden usar MELA de manera segura, pero en las siguientes situaciones tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- Viven con VIH/SIDA
- Estén recibiendo determinado medicamento durante la lactancia (como medicamentos que afectan el estado de ánimo, reserpina, ergotamina, antimetabolitos, ciclosporina, dosis elevadas de corticoides, bromocriptina, drogas radioactivas, litio y algunos anticoagulantes)
- Cuando el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación con pecho (incluidos los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, que no puedan digerir alimentos normalmente, o tengan malformaciones en la boca, mandíbula o paladar)

10.4.8.3 Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno. Los problemas eventuales son los mismos que para todas las mujeres que dan pecho.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Promueve:

- Los mejores patrones de lactancia que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

10.4.8.4 Acceso al MELA

El proveedor de salud encargado de brindar atenciones en PF deberá conocer y aplicar correctamente los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso del MELA.

Se deberá ofrecer el MELA a toda mujer o pareja que desee utilizarlo ya sea por demanda espontánea o referencia.

10.4.8.5 Información y consejería sobre el método de amenorrea de la lactancia

El proveedor de salud encargado de brindar atención en MELA deberá informar y asesorar a los usuarios acerca de este método.

La información brindada deberá ser actualizada, completa y dirigida a realizar una elección informada y voluntaria del método.

La orientación deberá ser brindada tanto en la visita de inicio del método como en las de seguimiento y debe ser de calidad.

El personal de salud encargado de brindar PF orientará durante la consejería con información completa y actualizada sobre:

- En qué consiste el método y su eficacia.
- Que es eficaz si se cumplen los 3 criterios para MELA.
- Que en general no requieren ningún procedimiento ni de insumos.
- Que lo pueden utilizar mujeres alimentadas normalmente (no requiere suplementación alimenticia adicional).
- Que no protege contra ITS, ni VIH/SIDA.
- Que no tiene costos directos para la PF o la alimentación del recién nacido

10.4.8.6 Entrega del método

Verificar que la usuaria comprenda la información brindada.

Invitar a la usuaria a regresar en cualquier momento por cualquier motivo.

10.4.8.7 Cuando iniciar el uso del MELA

Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Durante los 6 meses después del parto	<ul style="list-style-type: none">• Comenzar a dar pecho inmediatamente (a la hora) o lo más pronto posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.• En cualquier momento si ha estado alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.
Explicación del uso	
Situación de la Mujer	Cuando comenzar
Lactancia frecuente	<ul style="list-style-type: none">• Un patrón ideal es alimentar a demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo

	<p>menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas después del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluso al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El espacio entre comidas no deberá exceder las 4 horas durante el día y durante la noche no deberá exceder las 6 horas. • Algunos bebés tal vez no quieran ser alimentados 8 ó 10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés deberán ser alentados suavemente a tomar pecho con mayor frecuencia.
Comenzar con otros alimentos a los 6 meses	<ul style="list-style-type: none"> • Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebé cumple 6 meses. A esta edad, la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.
Programación de la visita de seguimiento	<ul style="list-style-type: none"> • Programe la próxima visita mientras se sigan aplicando los criterios del MELA, para elegir otro método y seguir protegida contra embarazo. • De ser posible, suminístrele ahora condones o anticonceptivos orales de progestágeno solo. Podrá comenzar a utilizarlos si el bebé ya no se está alimentando con lactancia exclusiva o casi exclusiva, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda regresar para obtener otro método. Programe un método de seguimiento. Suminístrele los materiales ahora.

10.4.8.8 Manejo de problemas

Problemas con el uso

- Los problemas con la lactancia o el MELA afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Si la usuaria relata que tiene problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y, si corresponde, trátela.
- Ofrezcale ayuda a la usuaria en la elección de otro método – en ese mismo momento, si así lo desea, o más adelante, si no se pueden superar los problemas.
- En caso de problemas con la lactancia.

10.4.8.9 Ayuda a las usuarias continuas

Ayuda a las usuarias para cambiar a un método continuo

1. La mujer puede cambiar a otro método en cualquier momento que lo desee mientras está usando el MELA. Si sigue cumpliendo con los 3 requisitos del MELA, es razonablemente seguro que no esté embarazada. Puede comenzar un nuevo método

sin necesidad de realizar una prueba de detección de embarazo, exámen clínico o evaluación.

2. Para continuar previniendo un embarazo, la mujer debe cambiar a otro método en cuanto deje de cumplir cualquiera de los 3 criterios del MELA.
3. Ayude a la mujer a elegir un nuevo método antes que lo necesite. Si piensa continuar dando pecho, puede elegir uno de varios métodos hormonales o no hormonales, dependiendo del tiempo que transcurrió desde el parto.

10.4.8.10 Preguntas y respuestas sobre el método de amenorrea de la lactancia

1. ¿El MELA puede ser considerado un método eficaz de planificación familiar?

Sí. El MELA es muy eficaz si no se ha restablecido la menstruación de la mujer, si practica lactancia exclusiva o casi exclusiva y si su bebé tiene menos de 6 meses de edad.

2. ¿En qué momento debe la madre comenzar a alimentar a su bebé con otro alimento, además de la leche materna?

Lo ideal es cuando el bebé cumple 6 meses. Además de otros alimentos, la leche materna deberá ser una parte muy importante de la dieta del niño durante su segundo año de vida o más.

3. ¿Las mujeres pueden utilizar el MELA si trabajan lejos de casa?

Sí. Las mujeres que pueden llevar a sus bebés al trabajo o tenerlos cerca y pueden amamantarlos con frecuencia pueden confiar en el MELA siempre y cuando cumplan con los 3 criterios del MELA. Las mujeres que no están junto a sus bebés pueden utilizar MELA si el tiempo que transcurre entre una y otra comida no excede las 4 horas. La mujer también puede extraerse la leche al menos cada 4 horas, pero las tasas de embarazo pueden ser ligeramente más elevadas para mujeres que están separadas de sus bebés. En el estudio que evaluó el uso del MELA en mujeres que trabajaban, se calculó que la tasa de embarazos era de 5 por cada 100 mujeres durante los primeros 6 meses después del parto, comparado con aproximadamente 2 de cada 100 mujeres que utilizan MELA de manera habitual.

4. ¿Qué ocurre si una mujer se entera de que tiene VIH cuando está usando MELA? ¿Puede continuar amamantando y utilizando el MELA?

Si la mujer fue recién infectada con VIH, el riesgo de transmisión a través de la leche materna podría ser más elevado que si se hubiera infectado antes, porque hay más VIH en su cuerpo. Sin embargo, la recomendación con respecto a la lactancia es la misma que para otras mujeres infectadas con VIH. Las madres infectadas con VIH o sus bebés deben recibir la terapia ARV correspondiente; las madres deben alimentar a sus bebés con lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida y luego introducir alimentos suplementarios apropiados y continuar amamantando durante los primeros 12 meses de vida. A los 6 meses —o antes si le regresó su menstruación o si suspende la lactancia exclusiva— la mujer debe iniciar el uso de otro método anticonceptivo en lugar de MELA y continuar utilizando condones. ^(5,8-12,16,36,37)

10.5 ATENCION A ADOLESCENTES

10.5.1 Puntos clave

- Los adolescentes mayores de 12 años en su condición de sujetos de derechos, podrán acudir a los servicios de salud, de manera individual para solicitar información, orientación, atención y tratamiento para la prevención de problemas relacionados con su salud física, psicosocial y/o sexual, deberán ser atendidos sin discriminación. Los menores de 12 años serán acompañados por madre, padre o tutor.
- Las personas adolescentes deben ser atendidos en cuanto a sus necesidades de salud sexual y reproductiva con o sin la presencia de sus padres.
- Todos los métodos anticonceptivos son seguros para adolescentes.

Las personas adolescentes podrán consultar a un proveedor de servicios de salud, no sólo con respecto a métodos anticonceptivos sino también para recibir asesoramiento sobre cambios físicos, sexualidad, relaciones, familia y los problemas vinculados al crecimiento.

Sus necesidades dependerán de cada situación particular. Debido a estas diferencias, es importante que el proveedor de servicios de salud conozca primero a cada usuaria o usuario, comprender su motivo de consulta y así poder ajustar el asesoramiento y el servicio ofrecido.

10.5.2 Brindar servicios con atención y respeto

Las personas adolescentes y jóvenes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejados a estos usuarios de la atención que pueden estar necesitando. El asesoramiento y los servicios no tienen el cometido de alentar a la juventud a tener relaciones sexuales, sino más bien de orientarla a tomar decisiones informadas que la ayuden a proteger su salud y puedan cumplir sus planes de vida respetando sus derechos sexuales y reproductivos

Para hacer que el servicio resulte atractivo para ellos, se puede:

- Mostrarles que se disfruta del hecho de poder trabajar con ellos y brindar asesoramiento en un lugar privado donde no puedan ser vistos o escuchados por otras personas que no están involucradas en el proceso de atención, fomentando la reserva y asegurando que habrá confidencialidad.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como “¿En qué puedo ayudarte?” “¿Qué preguntas tienes?”
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos.
- Utilizar términos acordes a la juventud. Evitar términos tales como “planificación familiar” que pueden resultarles irrelevantes a las personas que no están casadas.
- Si la persona usuaria lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.

- Buscar asegurar que las decisiones que toman les son propias y que no están siendo presionadas por su pareja o su familia. Particularmente, si está siendo presionada para tener relaciones sexuales, ayudarlos a pensar qué pueden decir y hacer para resistirse y reducir dicha presión.
- En caso que ha decidido tener relaciones sexuales practicar habilidades para negociar el uso del condón.
- Hablar sin emitir juicios (por ejemplo, decir “Tú puedes” en lugar de “Tú debes”). No criticar, aun cuando no se esté de acuerdo con lo que el joven o la joven estén diciendo o haciendo. Ayudarlos a tomar las decisiones que más les convengan.
- Tomarse el tiempo para abordar a fondo las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos. Muchos de ellos necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y sus sentimientos son normales. Estar preparado para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales.

10.5.3 Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los adolescentes.

- Pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura.
- Los adolescentes pueden estar mas expuestos a riesgos de contraer ITS. Una parte importante del asesoramiento es evaluar el riesgo de ITS y cómo reducirlo.
- Para algunos métodos anticonceptivos existen consideraciones especiales en el caso de los adolescentes (ver los capítulos sobre métodos anticonceptivos para tener una guía completa)

10.5.3.1 Anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales, inyectables, parches combinados, anillo vaginal combinado e implantes)

- Los inyectables y el anillo vaginal pueden ser utilizados sin que los demás lo sepan.
- Considere que a algunas adolescentes les resulta particularmente difícil tomar anticonceptivos orales regularmente por lo que se debe reforzar la consejería con los adolescentes.

10.5.3.2 Esterilización femenina y vasectomía

- No son los métodos de primera elección para ellos si no tienen su paridad satisfecha.

10.5.3.3 Condones masculinos y femeninos

- Es preciso reforzar el tema de la doble protección que se ofrece con este tipo de método.
- Se consiguen fácilmente y son asequibles y convenientes para relaciones sexuales ocasionales.
- Los jóvenes pueden tener menos facilidad para usar condones correctamente. Pueden requerir práctica para colocarse los condones.

10.5.3.4 Dispositivos intrauterinos (DIU de cobre y hormonales)

- Pueden ser usados sin problemas en los adolescentes
- Los métodos de largo plazo como los implantes y los dispositivos intrauterinos son los más recomendados para los adolescentes.

10.5.3.5 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- Hasta que una joven no tenga ciclos menstruales regulares, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben ser utilizados con cautela.
- Requieren un método de respaldo. ^(5,8-17,21-25,33-35,38)

11 ANEXOS – HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

ANEXO #1. Lista de verificación de embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que “sí” a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones:

NO		SI
	1. ¿Ha tenido un bebé hace menos de 6 meses, está alimentando a su bebé con lactancia exclusiva o casi exclusiva y no ha vuelto a menstruar desde entonces?	
	2. ¿Se ha abstenido del coito desde su última menstruación o parto?	
	3. ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	4. ¿Su última menstruación comenzó hace menos de 7 días (o hace menos de 12 días si la usuaria tiene intenciones de utilizar un DIU)?	
	5. ¿Ha tenido una pérdida de embarazo o aborto en los últimos 7 días (o en los últimos 12 días si la paciente piensa utilizar un DIU)?	
	6. ¿Ha estado utilizando un método anticonceptivo confiable de manera sistemática y correcta?	

↑
Aunque la usuaria haya contestado que “no” a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo. La paciente deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo.

↑
Si la usuaria contestó que “sí” al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

ANEXO #2. Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de anticonceptivos

En la tabla de las siguientes páginas se resumen los Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud.

Criterios para la elegibilidad de Anticonceptivos	
1	Una condición para la cual no existe ninguna restricción para el uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en la que las ventajas de usar el método generalmente son mayores que los riesgos teóricos o comprobados.
3	Una condición en la que los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que las ventajas de usar el método.
4	Una condición que representa un riesgo inaceptable para la salud si se utiliza el método anticonceptivo.

World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* 2015 (5)

Categorías para métodos temporales

Categoría	Con juicio clínico	Con juicio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia	Sí (Use el método)
2	En general, use el método	
3	En general, no se recomienda el método, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o no sean aceptables	No (No use el método)
4	No use el método	

World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* 2015 (5)

Categorías para esterilización femenina

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
Precaución (P)	Normalmente se suministra el método en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales.
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá demorarse hasta que la patología sea evaluada y/o corregida. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
Especial (E)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentado, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad para decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario remitir a otro servicio o si se demora por algún motivo.

World Health Organization. *Medical eligibility criteria for contraceptive use* 2015 (5)

Anexo # 3. Tópicos revisados en la quinta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el uso de Anticonceptivos (CME)

Tópico	Recomendación de los CME	Evaluación GRADE de la calidad de evidencia
1. Recomendaciones para el uso de anticonceptivos hormonales combinados (AHC) por grupo etario (Entre los AHC, se incluyen los anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos inyectables combinados, parche combinado y anillo vaginal combinado)		
< 40 años	Las mujeres desde la menarquia hasta los 40 años pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥ 40 años	Las mujeres mayores de 40 años, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
2. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres que están amamantando		
< 6 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando con < 6 semanas posparto no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	Rango: baja a muy baja
≥6semanas a <6meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 semanas a < 6 meses posparto (principalmente con lactancia materna), en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	
≥ 6 meses posparto	Las mujeres que están amamantando con ≥ 6 meses posparto, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
3. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres posparto		
< 21 días posparto sin otros factores de riesgo de tromboembolismo venoso (TEV)	Las mujeres con < 21 días posparto y sin otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría 3 de los CME).	Rango: baja a muy baja
< 21 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con < 21 días posparto y otros factores de riesgo de TEV no deben usar AHC (categoría 4 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto sin otros factores de riesgo de TEV, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	
≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV	Las mujeres con ≥ 21 días a 42 días posparto con otros factores de riesgo de TEV, en general, no deben usar AHC (categoría	

	3 de los CME).	
> 42 días posparto	Las mujeres con > 42 días posparto pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	
4. Recomendaciones para el uso de AHC en mujeres con trastornos venosos superficiales		
Várices	Las mujeres con várices pueden usar AHC sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Muy baja
Trombosis venosa superficial (TVS)	Las mujeres con TVS, en general, pueden usar AHC (categoría 2 de los CME).	

8. Recomendaciones para el uso de Sino-implant (II); nuevo método agregado a la guía		
Todas las recomendaciones	Las recomendaciones para el uso de Sino-implant (II) seguirán las recomendaciones actuales para los implantes de LNG.	Rango: moderada a muy baja
9. Uso de dispositivos intrauterinos (DIU) en mujeres con mayor riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS)		
Inicio del uso de DIU	Muchas mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden iniciar el uso de DIU con cobre (DIU-Cu) o DIU-LNG (categoría 2 de los CME). Algunas mujeres con mayor riesgo de ITS (probabilidad individual muy alta), en general, no deben colocarse un DIU hasta someterse a las pruebas y los tratamientos correspondientes (categoría 3 de los CME).	No se identificó evidencia nueva, por lo que no se evaluó la calidad de la evidencia mediante el proceso GRADE; se revisó para mejorar su claridad por solicitud del CRG.
Continuación del uso de DIU	Las mujeres con mayor riesgo de ITS, en general, pueden continuar el uso de DIU-Cu o DIU-LNG (categoría 2 de los CME).	

10. Recomendaciones para el uso del anillo vaginal liberador de progesterona; nuevo método agregado a la guía		
Lactancia materna y ≥ 4 semanas posparto	Las mujeres que están amamantando en forma activa y con ≥ 4 semanas posparto pueden usar el anillo vaginal liberador de progesterona sin restricciones (categoría 1 de los CME).	Baja
11. Recomendaciones para el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con alto riesgo de infección por VIH, mujeres que viven con el VIH, y mujeres que viven con el VIH y usan terapia antirretroviral (TAR)		
11a. Mujeres con alto riesgo de infección por VIH		
Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH pueden usar los siguientes		Rango: moderada

<p>métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres con alto riesgo de contraer el VIH, en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p>	a muy baja
11b. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS)	
<p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS), en general, pueden usar DIU-LNG (categoría 2 de los CME).</p>	
11c. Mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS)	
<p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS) pueden usar los siguientes métodos anticonceptivos hormonales sin restricciones: AOC, AIC, parches y anillos vaginales anticonceptivos combinados, AOPS, AIPS (AMPD y EN-NET), e implantes de LNG y ETG (categoría 1 de los CME).</p> <p>Las mujeres que viven con la enfermedad clínica por VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 de la OMS), en general, no deben iniciar el uso de DIU-LNG (categoría 3 de los CME) hasta que su enfermedad haya mejorado y pasado a ser asintomática o leve (estadios 1 o 2 de la OMS).</p> <p>En las mujeres que ya tienen un DIU-LNG colocado y que desarrollan enfermedad clínica por VIH grave o avanzada no es necesario retirar dicho dispositivo (categoría 2 de los CME para la continuación del uso).</p>	

ANEXO #4.

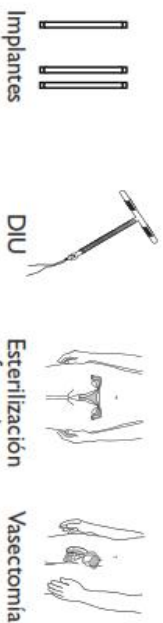
Eficacia de los anticonceptivos
Tasas de embarazos no deseados por cada 100 mujeres
 (Tomado del Manual Mundial del proveedor OPS/OMS actualización 2018)

	Tasas de embarazo primer año (Trussell^a)		Tasa de embarazo 12 meses (Cleland & Al^{ib})	Clave
Método de planificación familiar	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente	Como se usa comúnmente	
Implantes	0.05	0.05		0–0.9
Vasectomía	0.1	0.15		Muy eficaz
DIU de levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		1–9
DIU de cobre	0.6	0.8	2	Eficaz
MELA (para 6 meses)	0.9 ^c	2 ^c		
Inyectables mensuales	0.05	3		10–25
Inyectables de progestágeno solo	0.3	3	2	Moderadamente eficaz
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestágeno solo	0.3	8		26–32
Parche combinado	0.3	8		Menos eficaz
Anillo vaginal combinado	0.3	8		
Condomes masculinos	2	15	10	
Método de la ovulación	3			
Método de los dos días	4			
Método de los días fijos	5			
Diafragma con espermicidas	6	16		
Condomes femeninos	5	21		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		25	24	
Retiro	4	27	21	
Espermicidas	18	29		
Capuchón cervical	26 ^d , 9 ^e	32 ^d , 16 ^e		
Sin método	85	85	85	

Comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar

Más eficaz

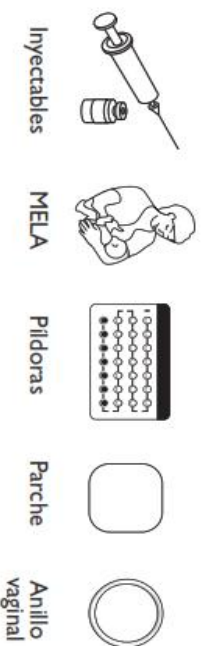
Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en un año



Cómo hacer su método más eficaz

Implantes, DIU, esterilización femenina: Después del procedimiento, poco o nada que hacer o recordar

Vasectomía: use otro método durante los primeros 3 meses



Inyectables: repita las inyecciones en fecha

Método de amenorrea de lactancia (durante 6 meses): amamante con frecuencia, día y noche

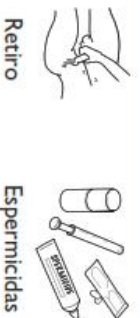
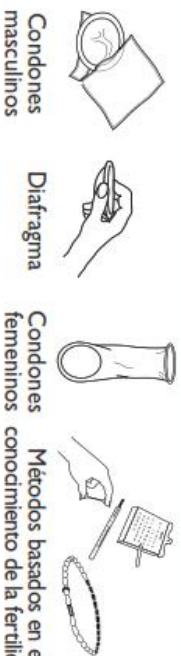
Pildoras: tome una píldora por día

Parche, anillo: mantenga en su lugar, cambie a tiempo

Condones, diafragmas: use correctamente cada vez que tenga sexo

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: absténgase de tener sexo o use condones en los días fértiles; los métodos más nuevos (Método de los Días Fijos o Método de los Dos Días) pueden ser más fáciles de usar.

Retiro, espermicidas: use correctamente cada vez que tenga sexo



Menos eficaz

Cerca de 30 embarazos por cada 100 mujeres en un año



ISBN-13: 978-0-9788563-0-4

ISBN-10: 0-9788563-0-9

9 780978 856304

ANEXO #5.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA FEMENINA.

No. Expediente Clínico _____

Yo, _____, con numero de identidad _____ solicito que se me realice la esterilización femenina. Hago esta solicitud por mi propia voluntad, sin haber sido obligada, ni recibido ningún incentivo especial.

Comprendo lo siguiente:

1. Hay métodos temporales de anticoncepción disponibles para mi y mi pareja.
2. El procedimiento que se me realizara es una operación quirúrgica, cuyos detalles se me han explicado.
3. Este procedimiento quirúrgico entraña algunos riesgos, además de beneficios, unos y otros se me han explicado.
4. Si el procedimiento tiene éxito no podré tener más hijos.
5. El efecto del procedimiento es permanente.
6. Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento, antes que se realice la operación (y como resultado de ello, no se me negaran servicios médicos de salud ni otros beneficios o servicios).
7. Si deseo información sobre tener hijos en el futuro luego de realizada la cirugía, puedo acudir a consulta en el hospital.

Firma o huella de la usuaria

Fecha

Si es menor de 21 años:

Nombre del padre, madre o tutor: _____

No. De Identidad

Firma del padre, madre o tutor

Un testigo debe firmar la siguiente declaración: Yo, el suscrito, soy testigo que la usuaria ha estampado su firma o huella digital en mi presencia.

Nombre del testigo: _____ No. De Id _____

Firma del testigo

Fecha

ANEXO # 6.

HOJA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA VASECTOMIA SIN BISTURI.

No. Expediente Clínico _____

Yo, _____, con número de identidad _____ solicito que se me realice la esterilización quirúrgica masculina. Hago esta solicitud por mi propia voluntad, sin haber sido obligado, ni recibido ningún incentivo especial.

Comprendo lo siguiente:

1. Que existen métodos temporales de anticoncepción accesibles para mí y mi pareja los cuales se me han explicado ampliamente.
2. El procedimiento que se realizará es una operación quirúrgica, cuyos detalles se me han explicado cómo ser que puedo sentir incomodidad o dolor al momento de la cirugía.
3. Este procedimiento quirúrgico tiene algunos riesgos, además de beneficios, y ambos se me han sido explicados incluso que puede fallar.
4. Si el procedimiento tiene éxito, no podré procrear más hijos.
5. Para estar seguro que el método ha sido efectivo debo realizarme un espermograma 3 meses después de realizado el procedimiento, durante los cuales debo usar condones para prevenir el embarazo.
6. El efecto del procedimiento es permanente y definitivo.
7. Puedo desistir del procedimiento en cualquier momento, antes de que se me realice la operación (y como resultado de ello, no se me negarán servicios médicos de salud ni otros beneficios a los que tengo derecho).

Firma o huella del usuario

Fecha

Si es menor de 21 años:

Nombre del padre, madre o tutor: _____

No. De Identidad

Firma del padre, madre o tutor

Un testigo debe firmar la siguiente declaración: Yo, el suscrito, soy testigo que la usuaria ha estampado su firma o huella digital en mi presencia.

Nombre del testigo: _____ No. De Id _____

Firma del testigo

Fecha

ANEXO # 7.

Uso correcto del condón masculino (Tomado del Manual Mundial del proveedor OPS/OMS actualización 2018)



1. Use un condón nuevo para cada acto sexual



2. Antes de cualquier contacto, coloque el condón en la punta del pene erecto, con la parte enrollada hacia afuera



3. Desenrolle el condón hasta la base del pene



4. Luego de la eyaculación, mantenga el borde del condón colocado, y retírelo mientras el pene sigue erecto



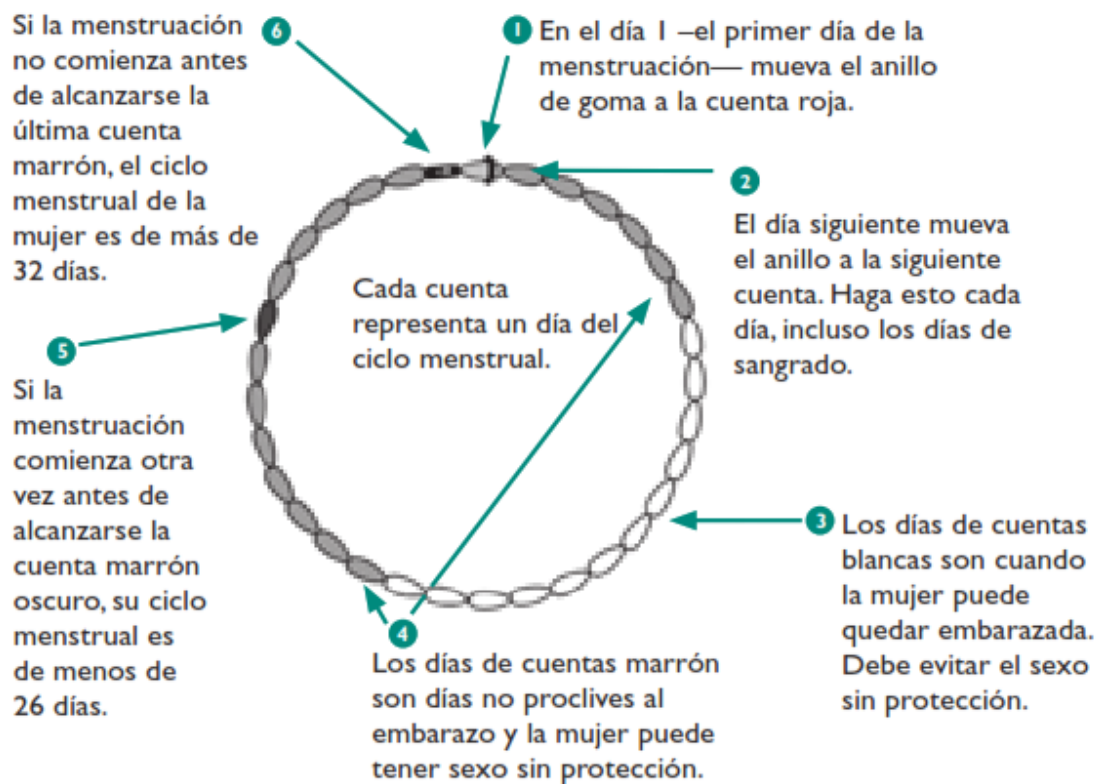
5. Elimine el condón usado de manera segura

Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. 2015.

ANEXO # 8.

Método del Collar

Organización Mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. 2011.



El Ciclo Menstrual

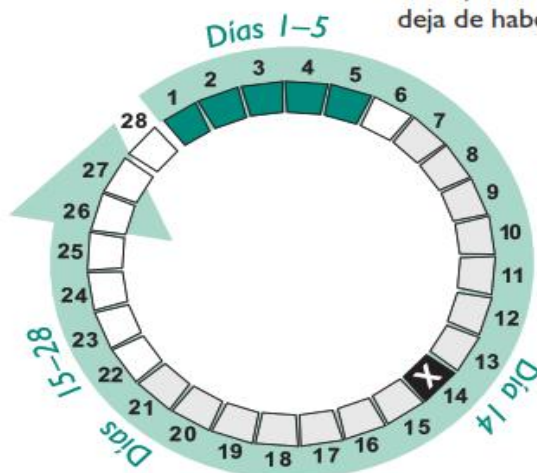
El ciclo menstrual

1 **Días 1-5:**
Sangrado menstrual



En general dura entre 2–7 días, frecuentemente cerca de 5 días

Si no se produce embarazo, se desprende el revestimiento del útero, expulsándose por la vagina. Este sangrado mensual también se llama menstruación. Cuando eso sucede, las contracciones del útero pueden provocar calambres. Algunas mujeres sangran durante un corto período (por ejemplo, 2 días), mientras que otras sangran hasta 8 días. El sangrado puede ser profuso o leve. Si el espermatozoide de un hombre fertiliza el óvulo, la mujer puede quedar embarazada y deja de haber menstruación.



2 **Día 14:**
Liberación del óvulo



En general tiene lugar entre los días 7 y 21 del ciclo, a menudo cerca del día 14

Normalmente, uno de los ovarios libera un óvulo en cada ciclo (en general, una vez al mes). El óvulo viaja por las trompas de Falopio hacia el útero. En ese momento puede ser fertilizado en las trompas por un espermatozoide que ha viajado desde la vagina.

3 **Días 15-28:**
Engrosamiento del revestimiento uterino



En general el útero se engrosa durante unos 14 días después de la ovulación

En este período, el revestimiento del útero (endometrio) se vuelve más grueso, preparándose para anidar un huevo. Por lo general, no se produce embarazo y el óvulo sin fertilizar se disuelve en el tracto reproductor.

ANEXO #10.

Condón Femenino : Cinco pasos básicos para su uso.

Explique los 5 pasos básicos del uso del condón femenino	
Pasos básicos	Detalles importantes
1. Use un nuevo condón femenino para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">● Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un condón pasada su fecha de caducidad—úselo sólo si no dispone de condones más nuevos.● De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
2. Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina	<ul style="list-style-type: none">● Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo. Para obtener una mejor protección, introduzca el condón antes de que haya contacto del pene con la vagina.● Elija una posición que quede cómoda para la inserción—en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.● Frote juntos los lados del condón femenino para distribuir bien el lubricante.● Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto.● Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina.● Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.



Pasos básicos

Detalles importantes

3. Asegúrese de que el pene entre en el condón y se mantenga en su interior

- El hombre o la mujer deberán guiar cuidadosamente la punta del pene dentro del condón— y no entre el condón y la pared de la vagina. Si el pene se sale fuera del condón, retire y pruebe otra vez.
- Si accidentalmente se expulsa el condón fuera de la vagina o si se lo empuja hacia adentro durante el acto sexual, coloque otra vez el condón en su sitio.



4. Después que el hombre retire su pene, sostenga el aro externo del condón, gírelo para sellar dentro los fluidos y suavemente, retírelo de la vagina

- No es necesario retirar el condón femenino inmediatamente después del sexo.
- Retire el condón antes de levantarse para evitar derramar el semen.
- Si la pareja tiene sexo otra vez, debe utilizar un condón nuevo.
- No se recomienda reutilizar el condón femenino (ver Pregunta 5, p. 220).



5. Eliminación segura del condón usado

- Coloque el condón en su paquete y arrójelo a la basura o letrina. No arroje el condón en un inodoro, ya que puede provocar problemas en las cañerías.



ANEXO # 11.**Valores de referencia de Espermograma según OMS**

Característica	Descripción
Volumen	Mayor 2 ml
Ph	Mayor 7.8
Concentración espermática	20x10 ⁶ espermatozoides por ml
Número total	40 x 10 ⁶ espermatozoides por eyaculado
Motilidad	Mayor 50% (a+b) Mayor 25% motilidad progresiva Primeros 60 minutos de eyaculación
Viabilidad morfológica	Mayor 50%
Células Blancas	1x10 ⁶

Fuente: Manual de Laboratorio para examen del semen humano y moco cervical, -OMS 4° edición

Manejo de píldora olvidada

Si omite alguna píldora

Tome siempre una píldora tan pronto como lo recuerde, y siga tomándolas, una por día.
Además...



Si omite 3 píldoras o más, o si demora 3 días o más en comenzar un paquete

Use condones o evite el sexo los próximos 7 días



Si omite 3 píldoras o más en la semana 3:

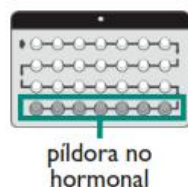
Use condones o evite el sexo los próximos 7 días

También, saltee las píldoras no hormonales (o saltee la semana en que no corresponde tomar píldoras) y comience a tomar píldoras ya del paquete siguiente



Si omite cualquier píldora no hormonal (últimas 7 píldoras sólo en el paquete de 28 píldoras)

Descarte la píldora omitida y continúe tomando una píldora cada día



12 BIBLIOGRAFIA

1. El Congreso Nacional de Honduras. Constitución política de Honduras de 1982. Disponible en: <http://www.poderjudicial.gob.hn/CEDIJ/Leyes/Documents/ConstitucionRepublicaHonduras.pdf>
2. El Congreso Nacional de Honduras. Código de salud de Honduras. Disponible en: http://www.vertic.org/media/National20Legislation/Honduras/HN_Codigo_de_Salud.pdf
3. Center for reproductive rights. Los derechos reproductivos son derechos humanos. 5taEd. Disponible en: https://www.reproductiverights.org/sites/crr.civicactions.net/files/documents/RR_HR_span_0906_quinta.pdf
4. Ministerio de Salud de Nicaragua. Norma y protocolo de planificación familiar. 2015. Disponible en: <http://www.minsa.gob.ni/index.php/repository/Descargas-MINSA/Direcci%C3%B3n-General-de-Regulaci%C3%B3n-Sanitaria/Normas-Protocolos-y-Manuales/Normas-2015/Normativa-002-Segunda-Edicion-Norma-Y-Protocolo-De-Planificaci%C3%B3n-Familiar/>
5. World Health Organization. (2015). *Medical eligibility criteria for contraceptive use*. Geneva: Department of Reproductive Health and Research. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf?Sequence=1
6. United nations. (2015). Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. Disponible en: <https://sustainabledevelopment.un.org/content/documents/21252030%20Agenda%20for%20Sustainable%20Development%20web.pdf>
7. Secretaría de Salud de Honduras. (2010). Normas y Procedimientos Para: Planificación Familiar, Climaterio/Menopausia, Infertilidad. Disponible en: <https://www.paho.org/hon/index.php>
8. World Health Organization (2018). Implementation guide for the medical eligibility criteria and selected practice recommendations for contraceptive use guidelines. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272758/9789241513579-eng.pdf?ua=1>
9. Organización mundial de la Salud. Planificación familiar: un manual mundial para proveedores. 2011. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44074>
10. Centers for Disease Control and Prevention (2016) US Medical Eligibility Criteria (US MEC) for Contraceptive Use. Disponible en: https://www.cdc.gov/reproductivehealth/contraception/mmwr/mec/summary.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Freproductivehealth%2Fcontraception%2Fusmec.htm
11. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, Quinta edición (2015) Disponible www.who.int/reproductivehealth/topics/family_planning

12. Christine Dehlendorf. (2019). Contraceptive counseling and selection for women. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/contraceptive-counseling-and-selection-for-women?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
13. Rebecca H Allen. (2019). Combined estrogen-progestin oral contraceptives: Patient selection, counseling, and use. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-oral-contraceptives-patient-selection-counseling-and-use?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
14. Paula H Bednarek (2019) Postabortion contraception. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postabortion-contraception?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=8
15. Alison Edelman, Bliss Kaneshiro, (2019) Contraception counseling for women with obesity. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/contraception-counseling-for-women-with-obesity?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=9~150&usage_type=default&display_rank=9
16. Sarita Sonalkar, Sheila K Mody, (2019) Postpartum contraception: Counseling and methods. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-contraception-counseling-and-methods?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=10~150&usage_type=default&display_rank=10
17. Deborah A Bartz, Andrea Roe. (2019) Combined estrogen-progestin contraception: Side effects and health concerns. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/combined-estrogen-progestin-contraception-side-effects-and-health-concerns?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
18. Andrew M Kaunitz. Progestin-only pills (POPs) for contraception (2019). Disponible en: [https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception?search=Progestin-only%20pills%20\(POPs\)%20for%20contraception&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1](https://www.uptodate.com/contents/progestin-only-pills-pops-for-contraception?search=Progestin-only%20pills%20(POPs)%20for%20contraception&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1)
19. Andrew M Kaunitz,(2019) Depot medroxyprogesterone acetate (DMPA) for contraception: Formulations, patient selection and drug administration. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/depot-medroxyprogesterone-acetate-dmpa-for-contraception-formulations-patient-selection-and-drug-administration?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=15~150&usage_type=default&display_rank=15
20. Andrew M Kaunitz. Depot medroxyprogesterone acetate for contraception: Efficacy, side effects, metabolic impact, and benefits. (2019). Disponible en:

- [https://www.uptodate.com/contents/depot-medroxyprogesterone-acetate-for-contraception-efficacy-side-effects-metabolic-impact-and-benefits?search=acetato%20de%20medroxiprogestero%20\(AMP\)%2Fcipionato%20de%20estradiol&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4](https://www.uptodate.com/contents/depot-medroxyprogesterone-acetate-for-contraception-efficacy-side-effects-metabolic-impact-and-benefits?search=acetato%20de%20medroxiprogestero%20(AMP)%2Fcipionato%20de%20estradiol&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4)
21. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2019). Long-Acting Reversible Contraception Work Group. Disponible: <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co672.pdf?dmc=1&ts=20190812T2048077643>
 22. The American College of Obstetricians and Gynecologists (2015) (Reaffirmed 2018). Increasing Access to Contraceptive Implants and Intrauterine Devices to Reduce Unintended Pregnancy. <https://www.acog.org/-/media/Committee-Opinions/Committee-on-Gynecologic-Practice/co642.pdf?dmc=1&ts=20190812T2103231098>
 23. Philip D Darney, (2019) Etonogestrel contraceptive implant. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/etonogestrel-contraceptive-implant?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=19~150&usage_type=default&display_rank=19
 24. Tessa Madden (2019) Intrauterine contraception: Background and device types. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-background-and-device->
 25. Tessa Madden. Intrauterine contraception: Candidates and device selection (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/intrauterine-contraception-candidates-and-device-selection?search=Levonorgestrel%20intrauterine%20device&source=search_result&selectedTitle=3~89&usage_type=default&display_rank=2
 26. Kari P Braaten, Caryn Dutton. Overview of female permanent contraception (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-female-permanent-contraception?search=permanent%20contraception.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1
 27. Kari P Braaten, Caryn Dutton. Patient education: Permanent birth control for women (Beyond the Basics). (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/permanent-birth-control-for-women-beyond-the-basics?search=permanent%20contraception.&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 28. Kari P Braaten, Caryn Dutton. Laparoscopic female permanent contraception. (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/laparoscopic-female-permanent-contraception?search=permanent%20contraception.&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
 29. Kari P Braaten, Caryn Dutton. Postpartum permanent contraception (2019). Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/postpartum-permanent->

- contraception?search=permanent%20contraception.&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4
30. Amanda C Yunker. Care of women who have undergone hysteroscopic permanent contraception. (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/care-of-women-who-have-undergone-hysteroscopic-permanent-contraception?search=permanent%20contraception&source=search_result&selectedTitle=6~150&usage_type=default&display_rank=6
 31. Anthony J Viera. Vasectomy (2019) disponible en: https://www.uptodate.com/contents/vasectomy?search=vasectomy&source=search_result&selectedTitle=1~65&usage_type=default&display_rank=1
 32. Anthony J Viera. Patient education: Vasectomy (Beyond the Basics) (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/vasectomy-beyond-the-basics?search=vasectomy&source=search_result&selectedTitle=3~65&usage_type=default&display_rank=3
 33. Warner L, Steiner M, Stone K, (2018). Male condoms. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/female-condoms?search=condom&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 34. Hoke T, Stone K, Steiner M, Warner L (2018). Female condoms. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/female-condoms?search=condom&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2
 35. Victoria Jennings. Fertility awareness-based methods of pregnancy prevention. (2019). Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/fertility-awareness-based-methods-of-pregnancy-prevention?search=Standard%20Days%20Method&source=search_result&selectedTitle=1~3&usage_type=default&display_rank=1
 36. Georgetown University, Institute for Reproductive Health, and Jhpiego. 2009. Lactational Amenorrhea Method (LAM): A Learning Resource Package for Family Planning Service Providers and Trainers. Georgetown University: Washington, D.C. Disponible en: http://irh.org/wp-content/uploads/2013/04/LAM_ReferenceManual.pdf
 37. Van der Wijden C, Manion C. Lactational amenorrhoea method for family planning. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 10. Art. No.: CD001329. DOI: 10.1002/14651858.CD001329.pub2.
 38. Mariam R Chacko. (2019). Contraception: Issues specific to adolescents. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/contraception-issues-specific-to-adolescents?search=contraceptive&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
 39. Pfizer SAYANA PRESS Medroxiprogesterona acetato Suspensión Inyectable 104 mg/ 0,65 mL, 2018.
 40. Convención sobre los Derechos del Niño, UNICEF, 1989
 41. Observaciones del Comité de la Convención de los Derechos del Niño, 2013
 42. Documento Acuerdo Ministerial No 0966 Secretaria de Salud Honduras Abril 1999.