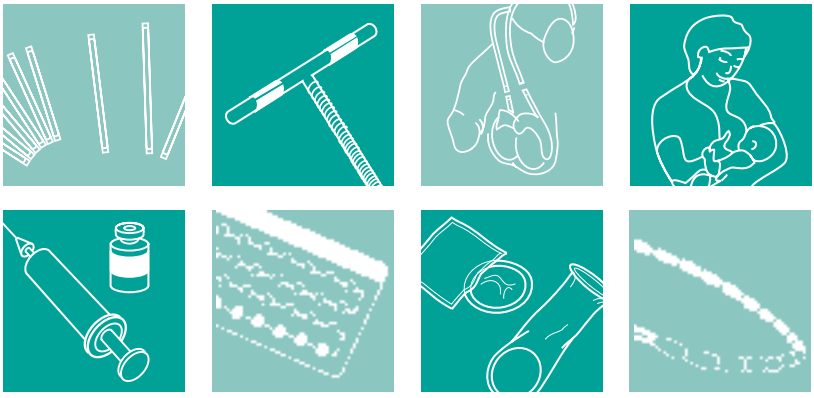


Planificación familiar

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

Orientación basada en la evidencia
desarrollada gracias a la colaboración mundial

Una Piedra Angular de Planificación Familiar de la OMS

Organización Mundial de la Salud
Departamento de Salud Reproductiva
e Investigación

Facultad de Salud Pública Bloomberg
de Johns Hopkins
Centro para Programas de
Comunicación
Proyecto INFO

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
Oficina para la Salud Mundial
Oficina de Población y Salud Reproductiva

2007

Planificación familiar

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

Contenido

Prefacio iv
Agradecimientos vi
¿Qué hay de Nuevo en este Manual? viii
Cómo Obtener más Copias de este Libro x
Las 4 piedras Angulares de la Orientación en Planificación Familiar de la OMS xi

1 Anticonceptivos Orales Combinados 1
2 Píldoras de Progestina Sola 25
3 Píldoras Anticonceptivas de Emergencia 45
4 Inyectables de Progestina Sola 59
5 Inyectables Mensuales 81
6 Parche Combinado *Solo lo Escencial* 101
7 Anillo Vaginal Combinado *Solo lo Escencial* 105
8 Implantes 109
9 Dispositivo Intrauterino de Cobre 131
10 Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel *Solo lo Escencial* 157
11 Esterilización Femenina 165
12 Vasectomía 183
13 Condones Masculinos 199
14 Condones Femeninos 211
15 Espermicidas y Diafragmas 221
16 Capuchones Cervicales *Solo lo Escencial* 237
17 Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad 239
18 Retiro – Coitus Interruptus *Solo lo Escencial* 255
19 Método de Amenorrea por Lactancia 257
20 Atención de Grupos Diversos
- Adolescentes 267
- Hombres 270
- Mujeres Cerca de la Menopausia 272

21 Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo HIV 275
22 Salud Materna y Neonatal 289

23 Aspectos de la Salud Reproductiva
Planificación Familiar en la Atención Postaborto 297
Violencia Contra la Mujer 300
Infertilidad 304
24 Suministro de Servicios de Planificación Familiar
Importancia de Procedimientos Seleccionados para el Suministro de Métodos de Planificación Familiar 307
Asesoramiento Exitoso 308
¿Quién Provee Servicios de Planificación Familiar? 310
Prevención de Infecciones en la Clínica 312
Gestión de los Insumos de Anticonceptivos 316

MATERIAL ANEXO

Apéndice A. Eficacia de los Anticonceptivos 319
Apéndice B. Signos y Síntomas de Afecciones Sanitarias Graves 320
Apéndice C. Afecciones Médicas que Hacen un Embarazo Especialmente Riesgoso 322
Apéndice D. Criterios Médicos de Elegibilidad para uso de Anticonceptivos 324
Glosario 335
Índice 343
Metodología 355

AYUDAS Y HERRAMIENTAS DE TRABAJO

Comparación de anticonceptivos
Comparación de Métodos combinados 358
Comparación de Inyectables 359
Comparación de Implantes 360
Comparación de Condones 360
Comparación entre DIUs 362
Uso Correcto del Condón Masculino 363
Anatomía Femenina y Ciclo Menstrual 364
Anatomía Masculina 367
Identificación de Migrañas y Auras Migrañosas 368
Opciones Adicionales para Evaluar el Embarazo 370
Lista de Verificación del Embarazo 372
Si se Olvida de Alguna Píldora ..... Contratapa posterior
Tabla de Eficacia ..... Tapa posterior

Disponible en línea en www.fphandbook.org

Prefacio

De la Organización Mundial de la Salud

La tarea de planificación familiar sigue inconclusa. A pesar de los grandes avances de las últimas décadas, más de 120 millones de mujeres a nivel mundial quieren evitar el embarazo, pero ellas ni sus parejas están utilizando anticoncepción. Hay muchas razones por las que no se ha resuelto esa necesidad: los servicios y los insumos todavía no se encuentran disponibles en todos lados, o las opciones son limitadas. El miedo a la desaprobación social o a la oposición de la pareja plantea barreras formidables. El temor a efectos colaterales e inquietudes relacionadas con la salud frenan a mucha gente; otros no conocen las opciones anticonceptivas y su utilización. Estas personas necesitan ayuda ahora.

Millones más están utilizando la planificación familiar para evitar el embarazo pero fracasan por una serie de razones. Puede que no hayan recibido instrucciones claras acerca de cómo utilizar el método de manera apropiada, que no hayan conseguido el método más adecuado a sus necesidades, que no estuvieran suficientemente preparadas para los efectos colaterales, o que se hubieran terminado los suministros. Estas personas necesitan una mejor ayuda ahora.

Además, la tarea de la planificación familiar nunca se acaba. En los próximos 5 años, cerca de 60 millones de niñas y varones alcanzarán la madurez sexual. Generación tras generación, siempre habrá gente que necesite planificación familiar y otros cuidados sanitarios.

Mientras que los actuales desafíos en la salud a nivel mundial son muchos y muy serios, la necesidad de controlar la fertilidad propia probablemente toca a más vidas que cualquier otro aspecto de la salud. Es crucial para el bienestar de las personas, en particular para el de las mujeres—y fundamental para su autodeterminación.

¿Cómo puede ayudar este libro? Permitiendo a los proveedores de servicios sanitarios dar una mejor asistencia a más gente. De una manera directa y sencilla, este libro toma la evidencia científica sobre los principales métodos anticonceptivos y la traduce en orientaciones prácticas que reflejan el consenso de los expertos de las organizaciones líderes en el mundo. Con este libro en mano, el proveedor puede atender con confianza a usuarios con necesidades muy diversas y ofrecer una amplia gama de métodos con fundamentos científicos sólidos.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprecia los cuantiosos aportes realizados para este libro por gente de todo el mundo. La elaboración de este libro basado en la evidencia, al que se llega por consenso y con este alcance y profundidad, constituye un logro destacable. En particular, la OMS quisiera agradecer a la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación por su invalorable contribución en calidad de socio, para la preparación de este libro. La OMS aprecia también el compromiso de las distintas organizaciones— y organismos de las Naciones Unidas, miembros del Consorcio para la Aplicación de las Mejores Prácticas, así como muchos otros organismos—que están adoptando este manual y haciéndolo llegar a los proveedores de servicios de salud por todo el mundo, con el apoyo financiero de un amplio espectro de agencias gubernamentales y otros socios para el desarrollo. Estos esfuerzos concertados demuestran que la tarea de mejorar la salud mundial se encuentra en buenas manos.

Paul F.A. Van Look, MD PhD FRCOG
Director del Departamento de Salud Reproductiva e Investigación
Organización Mundial de la Salud

De la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

La orientación práctica actualizada de este manual ayudará a mejorar la calidad de los servicios de planificación familiar y a maximizar el acceso de la gente a los mismos. Puede servirle a los proveedores de planificación familiar para asistir a los usuarios en su elección de un método de planificación familiar, a apoyar su uso eficaz y a resolver los problemas de los usuarios. Este libro también le puede resultar de utilidad a los directores o administradores e instructores.

Si bien este manual abarca muchos temas, hay cuatro que se destacan en especial:

1. Casi cualquier persona puede utilizar casi cualquier método con seguridad y la mayoría de los métodos son en general sencillos. Por lo tanto, se puede hacer que los métodos sean ampliamente accesibles y es posible ofrecerlos incluso donde los recursos para el cuidado de la salud sean bastante limitados. Este libro define y explica todas las posibles opciones para elegir, comenzar y cambiar el método de planificación familiar de la manera más apropiada.

2. Los métodos de planificación familiar pueden ser efectivos cuando se los administra de manera apropiada. Como sucede con las píldoras y los condones, algunos métodos exigen la acción conciente del usuario para su mejor efectividad. Frecuentemente, la ayuda y apoyo del personal de la salud pueden hacer una gran diferencia, como, por ejemplo, hablar de los posibles efectos colaterales. Algunos métodos requieren que el proveedor realice correctamente procedimientos, tales como la esterilización o inserción de un DIU. Fuera de brindar instrucciones para llevar a cabo procedimientos, este manual ofrece la orientación e información que necesita el personal de la salud para respaldar el uso eficaz y continuo del anticonceptivo.

3. Muchas veces los usuarios nuevos consultan con un método ya en mente y en general esa es la mejor opción para ellos. A pesar de haber una amplia gama de métodos seguros, las decisiones de planificación familiar deberían tomarse teniendo en cuenta los propósitos y preferencias del usuario. Para encontrar y utilizar el método más adecuado, el usuario necesita buena información y a menudo también precisa que lo ayuden a considerar las distintas opciones. Este libro provee información que el usuario y el proveedor pueden considerar juntos.

4. Algunos usuarios de larga data requieren escaso apoyo y para ellos resulta clave tener un acceso conveniente. Para los usuarios que ya vienen siendo atendidos y que presentan problemas o reparos, el apoyo y la ayuda resultan vitales. Este manual provee asesoramiento y recomendaciones de tratamiento para esos usuarios.

La creación de este libro fue posible gracias a muchos expertos que trabajaron conjuntamente, contándose con la colaboración de la Organización Mundial de la Salud y de muchas organizaciones. La Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional se enorgullece de apoyar el trabajo de muchas de las organizaciones que contribuyeron para la publicación de este libro, así como de haber participado en el desarrollo de su contenido. Tanto los que trabajamos para elaborar este libro, como los proveedores de planificación familiar que lo habrán de usar, juntos buscamos hacer del mundo un lugar mejor.

James D. Shelton, MD
Jefe de Científicos Médicos, Oficina de Población y Salud Reproductiva
Oficina Sanitaria para la Salud Mundial
Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

Vera Zlidar, Ushma Upadhyay, y Robert Lande del Proyecto INFO, del Centro para Programas de Comunicación en la Escuela de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins fueron los principales redactores técnicos y quienes dirigieron el proceso de elaboración del manual, junto con Ward Rinehart del Proyecto INFO y Sarah Johnson de la Organización Mundial de la Salud, quienes actuaron además como editores. Entre los que colaboraron en la investigación y redacción del Proyecto INFO debemos mencionar a Fonda Kingsley, Sarah O'Hara, Hilary Schwandt, Ruwaida Salem, Vidya Setty, Deepa Ramchandran, Catherine Richey, Mahua Mandal, e Indu Adhikary.

Entre los asesores técnicos clave para el desarrollo del libro debemos incluir a Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Herbert Peterson, James Shelton e Irina Yacobson. Kathryn Curtis, Anna Glasier, Robert Hatcher, Roy Jacobstein, Herbert Peterson, James Shelton, Paul Van Look y Marcel Vekemans realizaron la revisión técnica final.

Las personas a continuación aportaron su conocimiento durante las reuniones de expertos en Baltimore en octubre de 2004, en Ginebra en junio de 2005, o en ambas: Yasmin Ahmed, Marcos Arevalo, Luis Bahamondes, Miriam Chipimo, Maria del Carmen Cravioto, Kathryn Curtis, Juan Diaz, Soledad Diaz, Mohammad Eslami, Anna Glasier, John Guillebaud, Ezzeldin Othman Hassan, Robert Hatcher, Mihai Horga, Douglas Huber, Carlos Huezo, Roy Jacobstein, Enriquito Lu, Pisake Lumbiganon, Pamela Lynam, Trent MacKay, Olav Meirik, Isaiah Ndong, Herbert Peterson, John Pile, Robert Rice, Roberto Rivera, Lois Schaefer, Markku Seppala, James Shelton, Bulbul Sood, Markus Steiner, James Trussell, Marcel Vekemans y Wu Shangchun.

Las siguientes organizaciones hicieron enormes aportes técnicos para la creación del manual: Centre for Development and Population Activities, Engender Health, Family Health International, Georgetown University Institute for Reproductive Health, JHPIEGO, Management Sciences for Health, Population Council y la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.

Hubo muchos más que también contribuyeron con su conocimiento sobre temas específicos y que participaron en el desarrollo del consenso sobre el contenido técnico. Entre esos colaboradores debemos mencionar a Christopher Armstrong, Mark Barone, Mags Beksinska, Yemane Berhane, Ann Blouse, Julia Bluestone, Paul Blumenthal, Annette Bongiovanni, Débora Bossemeyer, Nathalie Broutet, Ward Cates, Venkatraman Chandra-Mouli, Kathryn Church, Samuel Clark, Carmela Cordero, Vanessa Cullins, Kelly

Culwell, Johannes van Dam, Catherine d'Arcangues, Barbara Kinzie Deller, Sibongile Dludlu, Mary Drake, Paul Feldblum, Ron Frezieres, Claudia Garcia-Moreno, Kamlesh Giri, Patricia Gómez, Pio Iván Gómez Sánchez, Vera Halpern, Robert Hamilton, Theresa Hatzell, Helena von Hertzen, John Howson, Carol Joanis, Robert Johnson, Adrienne Kols, Deborah Kowal, Jan Kumar, Anne MacGregor, Luann Martin, Matthews Mathai, Noel McIntosh, Manisha Mehta, Kavita Nanda, Ruchira Tabassum Naved, Francis Ndowa, Nuriye Ortayli, Elizabeth Raymond, Heidi Reynolds, Mandy Rose, Sharon Rudy, Joseph Ruminjo, Dana Samu, Julia Samuelson, Harshad Sanghvi, George Schmid, Judith Senderowitz, Jacqueline Sherris, Nono Simelela, Irving Sivin, Jenni Smit, David Sokal, Jeff Spieler, Kay Stone, Maryanne Stone-Jimenez, Fatiha Terki, Kathleen Vickery, Lee Warner, Mary Nell Wegner, Peter Weis y Tim Williams.

También se recibieron los comentarios sobre los borradores de las tapas y capítulos del libro de proveedores de servicios de planificación familiar en Bangladesh, Brasil, China, Ghana, India, Indonesia, Kenya, Pakistán, Filipinas, y Zambia en sesiones organizadas por Yasmin Ahmed, Ekta Chandra, Miriam Chipimo, Sharmila Das, Juan Diaz, Carlos Huezo, Enriquito Lu, Isaiah Ndong, Samson Radeny, Mary Segall, Sarbani Sen, Nina Shalita, Bulbul Sood, y Wu Shangchun.

John Fiege, Linda Sadler y Rafael Ávila fueron los creativos a cargo del diseño. Mark Beisser creó la tapa y el diseño inicial junto con Linda Sadler, el personal de Prographics, y John Fiege. Rafael Ávila se ocupó de las fotografías e ilustraciones. Ushma Upadhyay, Vera Zlidar y Robert Jacoby manejaron la producción del libro. Heather Johnson estuvo a cargo de la impresión y distribución del manual junto con Mandy Liberto, Tre Turner, Roslyn Suite-Parham y Quan Wynder.

Traducción al español realizada por la Dra. Trinidad Ott, revisión médica realizada por Dr. Ricardo Fescina, Jefe de Unidad y Director de Centro CLAP/SMR, Dr. Bremen De Mucio, Asesor Regional en Salud Sexual y Reproductiva CLAP/SMR y Dra. Mercedes Abreu, Profesional Nacional CLAP/SMR, composición gráfica realizada por Roberto Porro.

© 2007 World Health Organization and Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs

ISBN 978-92-7-532886-6

Citas sugeridas: Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS/RHR) y Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health/Center for Communication Programs (CCP), Project INFO. Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS, 2007.

Este libro fue publicado con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), Oficina para la Salud Mundial, GH/PRH/PEC, bajo los términos de la Subvención No. GPH-A-00-02-00003-00. Las opiniones aquí expresadas son opiniones de los autores y no necesariamente reflejan la de USAID, La Universidad Johns Hopkins, o la Organización Mundial de la Salud.

¿Qué hay de nuevo en este manual?

Este nuevo manual sobre métodos de planificación familiar y temas conexos es el primero de su tipo. A través de un proceso organizado de colaboración, expertos de todo el mundo han llegado a un consenso en torno a la orientación práctica que refleja la mejor evidencia científica disponible. La Organización Mundial de la Salud (OMS) fue quien hizo el llamamiento para este proceso. Muchas organizaciones profesionales y de asistencia técnica importantes dieron su aval y adoptaron estas orientaciones.

Este libro sirve de fuente de referencia rápida para trabajadores de la asistencia médica a todo nivel. Sigue a The Essentials of Contraceptive Technology, publicado por primera vez en 1997 por el Centro para Programas de Comunicación en la Facultad de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins. En cuanto a su formato y organización, es parecido al manual inicial. Paralelamente, se ha reexaminado todo el contenido del Essentials, se ha obtenido nueva evidencia, se han revisado las orientaciones donde ha sido necesario, y se han llenado vacíos. Este manual refleja la orientación en planificación familiar desarrollada por la OMS. Además, este libro amplía la cobertura del Essentials: analiza brevemente otras necesidades de los usuarios que surgen en el transcurso de la prestación de la planificación familiar.

Aspectos Destacados de las Nuevas Características

- Una cobertura nueva y más completa de las píldoras anticonceptivas de emergencia, inyectables mensuales, nuevos implantes, condones femeninos y métodos más nuevos y más simples basados en el conocimiento de la fertilidad, además de nuevas secciones breves sobre el parche combinado, el anillo vaginal combinado, el dispositivo intrauterino con levonorgestrel y el retiro o coitus interruptus.
- Listados basados en la evidencia de los efectos colaterales descritos, los beneficios sanitarios y los riesgos de la salud de los métodos de planificación familiar.
- Listas actualizadas de los criterios médicos de elegibilidad y una orientación más amplia sobre el manejo de problemas comunes en su uso.
- Las últimas orientaciones en métodos de planificación familiar para personas con VIH.
- Herramientas de comunicación y ayudas para el trabajo, en el reverso del libro, incluyendo la identificación de mujeres con cefaleas migrañosas y auras migrañosas, anatomía de la mujer y el hombre, el ciclo menstrual, cómo subsanar la omisión de píldoras y una gráfica sobre efectividad de la anticoncepción (en la contratapa).
- Enunciados que corrigen malentendidos frecuentes sobre los métodos.
- Nuevas secciones sobre adolescentes, hombres, mujeres próximas a la menopausia, salud materna y del recién nacido, cuidados postaborto, violencia contra la mujer, infertilidad y prevención de infecciones.

Nueva Información y Nuevas Guías

Página

Anticonceptivos Orales Combinados (AOC)

Datos sobre los AOC y cáncer 4
Uso extendido y continuo de los AOC 21

- Píldoras Anticonceptivas de Emergencia (PAE)

Nuevas guías para la administración de PAE hasta 5 días después de sexo no protegido 49
Nuevas guías para el suministro de métodos anticonceptivos después del uso de PAE 52
Lista actualizada de anticonceptivos orales que se pueden usar como PAE 56

- Inyectables Sólo con Progestina

Incluye EN-NET así como AMPD 59
Nueva información sobre AMPD subcutánea 63
Nueva guía sobre el manejo de las inyecciones tardías 74
Información reciente sobre densidad ósea y AMPD 80

- Implantes

Incluyes Jadelle e Implanon, así como Norplant 109
Nuevas guías sobre la duración del uso para mujeres de mayor peso 110

- Dispositivo Intrauterino de Cobre

Nuevas preguntas de la lista de verificación sobre SIDA, terapia antirretroviral e infecciones de transmisión sexual (ITS) 136
Preguntas de despistaje de examen pélvico antes de insertar DIU . 137
Nuevas guías para evaluación de riesgo de ITS para usuarios potenciales de DIU. 138

- Vasectomía

Técnicas de vasectomía más eficaces. 190
Nuevas guías: cuándo un hombre puede confiar en su vasectomía 192

- Condones Masculinos

Nuevos criterios sobre la reacción alérgica severa al látex 202
Guía revisada sobre lo que se puede hacer si se rompe un condón, Si se resbala del pene, o si no se usa 206
Nuevas guías para el manejo de usuarios con reacción alérgica leve a severa al condón 207

- Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

Incluye los nuevos métodos de Días Estándar y de Dos Días 239

- Método de Amenorrea de la Lactancia (MELA)

Guía revisada para el uso de MELA para mujeres con HIV 260

- Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo HIV

Anticoncepción para usuarios con ITS, VIH, SIDA, o que reciben terapia antirretroviral 282
Nueva información de anticonceptivos hormonales y riesgo HIV . . 288

Cómo Obtener más Copias de este Libro

El Proyecto INFO de la Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins/Centro para los Programas de Comunicación ofrece copias de Planificación familiar: Un Manual Mundial para Proveedores (Family Planning: A Global Handbook for Providers) sin cargo a los lectores de países en desarrollo. Solicitamos a los demás que tengan a bien ponerse en contacto con el Proyecto INFO por más información. Por encargos, por favor, envíe su nombre, dirección postal y de correo electrónico, y número telefónico.

Por pedidos por correo electrónico e-mail: orders@jhuccp.org
Por pedidos por facsímil: +1 410 659-6266
Por pedidos por teléfono: +1 410 659-6315
Por pedidos vía Web: http://www.fphandbook.org/
Por pedidos por correo:
Orders, INFO Project
Center for Communication Programs
Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health
111 Market Place, Suite 310
Baltimore, MD 21202, USA

Solicitudes de traducción, adaptación, o reimpresión: Los editores acogen de buen grado las solicitudes para traducir, adaptar, reimprimir, o reproducir del modo que sea el material de este documento con los propósitos de informar a los proveedores de servicios de salud, a sus usuarios y al público en general, y de mejorar la calidad de los servicios de salud sexual y reproductiva. Las consultas deben dirigirse a WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (fax: +41 22 791 48 06; Correo electrónico e-mail: permissions@who.int) y al INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, USA (fax: + 1 410 659-6266; e-mail: orders@jhuccp.org).

La mención a empresas específicas o a ciertos productos de un fabricante no implica que la Organización Mundial de la Salud, la Universidad Johns Hopkins, o la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional los endose o recomiende con preferencia sobre otros de similar naturaleza que no se mencionen. Excepto por error u omisión, los nombres de marcas de productos se distinguen poniendo sus letras iniciales en mayúscula.

Los editores han tomado todas las precauciones razonables para verificar la información contenida en esta publicación. El material publicado se distribuye, sin embargo, sin garantía de ningún tipo, sea ésta expresa o implícita. La responsabilidad por la interpretación y utilización del material recae en el lector. En ningún caso los editores serán considerados responsables por daños derivados de su utilización.

Las Cuatro Piedras Angulares de la Orientación en Planificación Familiar de la Organización Mundial de la Salud

Este manual es una de las cuatro piedras angulares de la orientación en planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En conjunto, las cuatro piedras angulares avalan la provisión y utilización segura y eficaz de los métodos de planificación familiar.

Las primeras dos piedras angulares proporcionan a los responsables de formular las políticas y a los directores de programas recomendaciones que pueden ser utilizadas para establecer o actualizar pautas nacionales y políticas de programas. La publicación "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos" (3a edición, 2004) provee orientación acerca de si las personas que padecen determinadas afecciones médicas pueden usar determinados métodos anticonceptivos de forma segura y eficaz. El documento Recomendaciones Sobre Prácticas Seleccionadas Para el Uso de Anticonceptivos (2a edición, 2005) responde preguntas específicas acerca de cómo utilizar varios métodos anticonceptivos. Ambos materiales son el producto de reuniones del Grupo de Trabajo de expertos congregado por la OMS.

La tercera piedra angular, el documento "Herramienta para la Toma de Decisiones para Usuarios y Proveedores de Planificación Familiar" (Decision-Making Tool for Family Planning Clients and Providers), incorpora la orientación de las 2 primeras piedras angulares y refleja evidencia sobre la mejor manera de satisfacer las necesidades de planificación familiar del usuario. Está destinado a ser usado durante el asesoramiento. Utilizando un proceso estructurado, aunque adaptado, la herramienta orienta al proveedor y al cliente en la elección y utilización de un método de planificación familiar. La "Herramienta para la Toma de Decisiones" (Decision-Making Tool) también ayuda a orientar las consultas de los que vuelven al servicio.

Como cuarta piedra angular, el documento "Planificación Familiar: Un Manual Mundial para Proveedores" (Family Planning: A Global Handbook for Providers) ofrece información técnica para ayudar a los proveedores de los servicios de salud a entregar los métodos de planificación familiar de manera adecuada y eficiente. Este manual es una guía de referencia minuciosa que da orientación específica sobre 20 métodos de planificación familiar y trata muchas de las necesidades del proveedor, desde la corrección de malentendidos hasta el manejo de efectos colaterales. Al igual que el documento "Herramienta para la Toma de Decisiones" (Decision-Making Tool), este manual incorpora la orientación de las 2 primeras piedras angulares. También cubre temas de salud conexos que pueden surgir en el contexto de la planificación familiar.

Las 4 piedras angulares o principios básicos pueden encontrarse en el sitio Web de la OMS en http://www. who.int/reproductive-health/family_planning/. El manual está disponible también en el sitio Web del Proyecto INFO en http://www.fphandbook.org. En este sitio Web se publicarán sus actualizaciones y las novedades sobre sus traducciones. Por información sobre pedidos de copias impresas, ver la página anterior.

Anticonceptivos Orales Combinados

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Tome una píldora todos los días.** Para una efectividad óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente 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 colaterales.
- **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—una progestina 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.
- Ante todo, funcionan previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Qué tan Eficaces son?

La efectividad depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de 3 días o más, o cuando omite 3 o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.

- Tal como se los usa comúnmente, se producen cerca de 8 embarazos cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas.
- Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, hay menos de1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan AOC en el correr del primer año (3 por 1.000 mujeres).

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de AOC: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales (ver Manejo de los Problemas, p. 17)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo
  - – Sangrado más leve y de menos días
  - – Sangrado irregular
  - – Sangrado infrecuente
  - – Sin menstruación
- Cefaleas
- Mareos
- Náuseas
- Dolorimiento mamario
- Cambios de peso (ver Pregunta 6, p. 22)
- Cambios de humor
- Acné (puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora)

Otros cambios físicos posibles:

- Incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg). Cuando el incremento de la presión se debe al AOC, la presión arterial cae rápidamente al interrumpir su uso.

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Anticonceptivos Orales Combinados

- La mujer los puede controlar
- Pueden interrumpirse en cualquier momento sin ayuda del proveedor
- No interfieren con el sexo

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- Cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial)
- Cáncer de ovario
- Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática

Puede ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos
- Anemia por deficiencia de hierro

Reduce:

- Calambres menstruales
- Problemas del sangrado menstrual
- Dolor de ovulación
- Vello excesivo en rostro o cuerpo
- Síntomas de síndrome de ovario poliquístico, (sangrado irregular, acné vello excesivo en rostro o cuerpo)
- Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Riesgos Conocidos para la Salud

Muy raros:

- Coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones (trombosis de venas profundas o embolia pulmonar)

Extremadamente raros:

- Accidente cerebrovascular
- Ataque cardíaco

Ver también Hechos Objetivos sobre Anticonceptivos Orales Combinados y Cáncer, p. 4

Corregir Malentendidos *(ver también Preguntas y Respuestas, p. 22)*

Anticonceptivos orales combinados:

- No se acumulan en el cuerpo de la mujer. La mujer no necesita "descansar" de tomar AOC.
- Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer sexo ese día.
- No hacen infértil a la mujer.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No modifican el comportamiento sexual de la mujer.
- No se acumulan en el estómago. Por el contrario, la píldora se disuelve cada día.
- No interrumpen un embarazo en curso.

Datos Objetivos Sobre los Anticonceptivos Orales Combinados y Cáncer

Cáncer de ovario y endometrial

- El uso de AOC ayuda a proteger a las usuarias de 2 tipos de cáncer—cáncer de los ovarios y cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial).
- Esta protección se mantiene durante 15 o más años luego de dejar de utilizarlos.

Cáncer de mama

- Los hallazgos de las investigaciones sobre AOC y cáncer de mama son difíciles de interpretar:
  - Los estudios han encontrado que las mujeres que usaron AOC más de 10 años atrás tienen el mismo riesgo de cáncer de mama que mujeres similares que nunca han utilizado AOC. Por el contrario, las actuales usuarias de AOC y las mujeres que han utilizado AOC dentro de los últimos 10 años son ligeramente más proclives a que se les diagnostique cáncer de mama.
  - Cuando se diagnostica cáncer de mama a una usuaria actual o ex usuaria de AOC, los cánceres están menos avanzados que los diagnosticados a otras mujeres.
  - No queda claro si estos hallazgos se explican por una detección más temprana de cánceres de mama existentes entre usuarias de AOC o por un efecto biológico del AOC en el cáncer de mama.

Cáncer cervical

- El cáncer cervical es causado por ciertos tipos de papilomavirus humanos (PVH). El PVH provoca una infección de transmisión sexual común que generalmente se resuelve sola, sin tratamiento, pero que a veces persiste.
- El uso de AOC durante 5 años o más parece acelerar el desarrollo de la infección de PVH persistente en cáncer cervical. Se cree que el número de cánceres cervicales asociados con AOC es muy pequeño.
- Si se dispone de despistaje cervical, los proveedores pueden aconsejar a las usuarias de AOC—y a todas las mujeres— que se realicen el despistaje cada 3 años (o con el intervalo recomendado por las pautas nacionales) para detectar cualquier cambio precanceroso en el cérvix, que se pueda extirpar. Los factores conocidos que incrementan el riesgo de cáncer cervical incluyen el tener muchos hijos y el tabaquismo (ver Cáncer cervical, p. 284.)

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar Anticonceptivos Orales Combinados

Seguro y Apto para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar AOC de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto provocado o un aborto espontáneo
- Fumen cigarrillos—si son menores 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 (ver Anticonceptivos Orales Combinados para Mujeres con VIH, p. 9)

La mujer puede comenzar a utilizar AOC:

- 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, p. 372)

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Anticonceptivos Orales Combinados

Realice al cliente 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. Estas preguntas también son aplicables al parche combinado (ver p. 102) y al anillo vaginal combinado (ver p.106).

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

❑ NO ❑ **SI**

- Si está dando pecho exclusivo o casi exclusivo: Suminístrele los AOC y dígale que comience a tomarlos a los 6 meses de haber del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé—lo que ocurra primero (ver Pecho exclusivo o casi exclusivo, p. 10).
- Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los AOC ya a las 6 semanas después del parto (ver Amamantando parcialmente, p. 11).

2. ¿Ha tenido usted un bebé hace menos de 3 semanas y no lo está amamantando?

❑ NO ❑ **SI** Suminístrele los AOC ahora y dígale que empiece a tomarlos 3 semanas después del parto (ver No amamantando, p. 11).

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 utilizando AOC?

❑ NO ❑ **YES** Si ella presenta enfermedad hepática activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis leve o severa, tumor hepático) o alguna vez ha tenido ictericia utilizando AOC, no le suministre AOC. Ayúdela a elegir un método sin hormonas. (Puede utilizar inyectables mensuales si ha tenido ictericia sólo con el uso de AOC en el pasado.)

5. ¿Tiene hipertensión?

❑ NO ❑ **SI** Si no le puede controlar la presión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, o si está siendo tratada por hipertensión, no le dé AOC. Si es posible, derívela a una control de presión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Si es posible, controle la presión arterial:

- Si la presión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, suministre AOC.
- Si su presión arterial sistólica es de 140 mm Hg o más, o si la presión arterial diastólica es de 90 o más, no suministre AOC. Si la presión arterial sistólica es de 160 o más o la presión diastólica es de 100 o más, ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean los inyectables que sólo contienen progestina.

(Una lectura de la presión arterial en el rango 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 presión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su presión 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 que sólo contienen progestina.

7. ¿Tiene ahora patología de vesícula biliar, o toma medicación 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 declara 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 que sólo contienen progestina. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

(Continúa en la página siguiente)

* *Los métodos de respaldo incluyen abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficientes. Si es posible, proporciónele condones.*

Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos Orales Combinados (continuación)

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 migrañosas 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 (ver Identificación de la migraña y el aura migrañosa, p. 368) .

11. ¿Está tomando medicación anticonvulsivante?¿Está tomando rifampicina para tratamiento de tuberculosis u otra enfermedad?

❑ NO ❑ **SI** Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina, no le dé AOC. Pueden reducir la eficacia de los AOC. Ayúdela a elegir otro método que no sean implantes o píldoras que sólo contienen progestina.

12. ¿Tiene programada una cirugía mayor que vaya a impedirle caminar por 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 sólo de progestina.

Por clasificaciones completas, ver "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos", p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En Casos Especiales Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones arriba enumeradas no debería utilizar AOC. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar AOC. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- No amamantando y a menos de 3 semanas del parto
- Fundamentalmente amamantando, entre 6 semanas y 6 meses desde el parto
- Edad 35 o más y fuma menos de 15 cigarrillos por día
- Hipertensión (presión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg o presión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg)
- Hipertensión controlada, donde se pueda hacer una evaluación continua
- Antecedentes de hipertensión, cuando no pueda tomarse la presión arterial (incluyendo hipertensión relacionada al embarazo)
- Cirrosis leve de hígado o antecedentes de ictericia durante el uso de AOC en el pasado
- Patología de vesícula (en curso o en tratamiento médico)
- Edad 35 o más y tiene migraña sin aura
- Menor de 35 y tiene episodios de migraña sin aura que aparecen o empeoran durante el uso de AOC
- Tuvo cáncer de mamas más de 5 años atrás y no ha vuelto a aparecer
- Toma barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina. Debería agregar un método de respaldo ya que estos medicamentos reducen la eficacia de los AOC.
- Diabetes por más de 20 años o daño a las arterias, visión, riñones, o sistema nervioso causado por diabetes
- Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, tales como edad mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión

Anticonceptivos Orales Combinados para Mujeres Con VIH

- Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antiretroviral (ARV) pueden utilizar AOC con seguridad.
- Urja 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. No existe certeza de que los medicamentos ARV reduzcan la efectividad de los AOC.

Administración de Anticonceptivos Orales Combinados

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar AOC 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 (ver p. 372). Por otra parte, en cualquier momento se le puede administrar AOC a un mujer diciéndole cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales o se pasa de un método sin hormonas	**En cualquier momento del mes** • Si comienza dentro de los 5 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo. • Si han pasado 5 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar AOC en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método respaldo* los primeros 7 días de estar tomando píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, suminístrele AOC ahora y dígale que comience a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si se está cambiando de un DIU, podrá comenzar con AOC inmediatamente (ver DIU de cobre, Pasaje de un DIU a otro método, p. 148).
Pasaje desde un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera consistente y correcta o si, de no ser así, existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método respaldo. • Si se está dejando los inyectables, puede comenzar a tomar AOC cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	• Suminístrele AOC y dígale que empiece a tomarlos 6 meses después del parto o cuando la leche materna no sea más el alimento principal del bebé— lo que ocurra primero.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia exclusiva o casi exclusiva (continuación)	
Más de 6 meses después del parto	• Si no se ha restablecido su menstruación, puede iniciar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígale que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera indicada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver página anterior).
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	• Déle AOC y dígale que empiece a tomarlos 6 semanas después del parto. • Déle, también un método de respaldo para que use hasta las 6 semanas del parto si su menstruación se restablece antes de entonces.
Más de 6 semanas después del parto	• Si su menstruación no se ha restablecido, puede iniciar AOC en cualquier momento si se existe una razonable certeza de que no esté embarazada †. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días en que tome la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígale que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera señalada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver página anterior).
No está amamantando	
Menos de 4 semanas después del parto	• Puede comenzar con AOC en cualquier momento entre los días 21–28 después del parto. Suminístrele píldoras en cualquier momento para que empiece a tomarlas durante esos 7 días. No necesita un método de respaldo.

† *En los lugares donde se recomiende de rutina un control 6 semanas después del parto y sean limitadas las otras oportunidades de obtener anticonceptivos, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOC en el control de la 6ª semana, sin más evidencia de que la mujer no está embarazada, si no se ha restablecido su menstruación.*

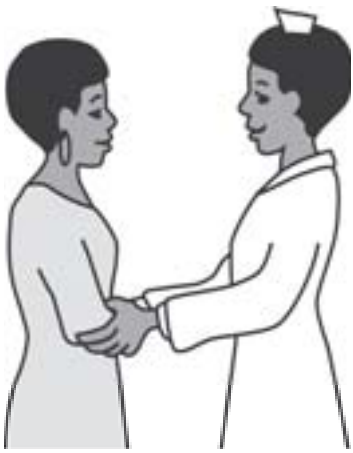
Situación de la mujer	Cuándo comenzar
No está amamantando (continuación)	
Más de 4 semanas después del parto	• Si su menstruación no ha vuelto puede iniciar AOC en cualquier momento si hay una certeza razonable de ausencia de embarazo†. Precisa un método de respaldo los primeros 7 días de la píldora. (Si no está razonablemente seguro, déle ahora los AOC y dígale que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si su menstruación ha vuelto, puede comenzar con AOC de la manera indicada para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 10).
Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)	• Puede comenzar en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 7 días de tomar la píldora.
Después de pérdida de embarazo, o aborto	• 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 AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no esté embarazada†. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días tomando la píldora. (si no está razonablemente seguro, suminístrele ahora los AOC y dígale que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	• La mujer puede comenzar a tomar AOC el día siguiente a dejar de tomar las PAE. No necesita esperar su próxima menstruación para empezar con sus píldoras. – Una nueva usuaria de AOC deberá empezar una nueva caja de píldoras. – Una usuaria continua que debió utilizar PAE debido a errores al tomar la píldora puede continuar con su caja actual donde dejó. – Todas necesitarán un método de respaldo para los 7 primeros días de la píldora.

† *En los lugares donde se recomiende de rutina un control 6 semanas después del parto y sean limitadas las otras oportunidades de obtener anticonceptivos, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOC en el control de la 6ª semana, sin más evidencia de que la mujer no está embarazada, si no se ha restablecido su menstruación.*

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

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

Describa los efectos colaterales más comunes	• En los primeros meses: sangrado en momentos inesperados (sangrado irregular). Luego, menstruaciones más leves, más breve y más regulares. • Cefaleas, dolorimiento mamario, cambios de peso y posiblemente otros efectos colaterales.
Dé una explicación sobre estos efectos colaterales	• Los efectos colaterales 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 colaterales	• Siga tomando los AOC. Sí se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y puede empeorar algunos efectos colaterales. • 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 colaterales.



Explique Cómo Utilizarlas

1. Suministre las píldoras

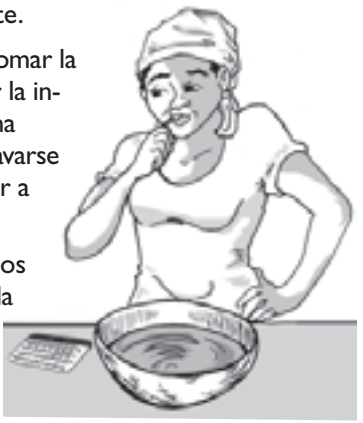
- Suministre tantas cajas como sea posible—incluso como para un año (13 cajas).

2. Explique cómo es la caja de las píldoras

- Muestre el tipo de blister—21 ó 28 píldoras. Con los paquetes de 28 píldoras, señale que las 7 últimas píldoras son de distinto color y no contienen hormonas.
- Muestre cómo sacar la primera píldora de su envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blister para tomar las píldoras restantes.

3. Dé la información clave

- **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.



4. Explique cómo comenzar un paquete nuevo

- 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 empezarlo conlleva riesgo de embarazo.

5. Suministre un método de respaldo y explique su uso

- 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, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficientes. Si es posible, suminístrele condones.

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 de la contratapa interior 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 ó 2 pídoras? ¿Empezó un paquete nuevo 1 o 2 días tarde?	• Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Bajo o ningún riesgo de embarazo.
¿Omitió 3 o más píldoras en la primera o segunda semana? ¿Comenzó un nuevo paquete 3 o más días tarde?	• Tome una píldora hormonal lo antes posible. • Use un método de respaldo los próximos 7 días. • También puede, si tuvo sexo en los 5 últimos días, considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).
¿Omitió 3 o más píldoras en la tercer semana?	• 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. • Si tuvo sexo en los 5 últimos días también puede considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).
¿Omitió alguna píldora no hormonal? (últimas 7 del paquete de 28 píldoras)	• 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	• Si vomita dentro de las 2 horas 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 por 2 días o más, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 1 o 2 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 .*

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a cada cliente que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Perdió sus píldoras o si retrasó el inicio de un nuevo paquete 3 o más días y además tuvo sexo en esos días. Puede considerar PAE (ver Píldoras anticonceptivas de emergencia, p. 45).

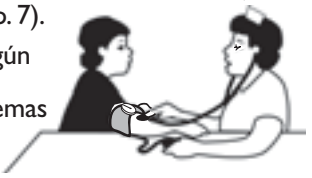
Consejo general de salud: Decir a la mujer que si siente repentinamente que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la Próxima Visita

1. Aliéntela a volver por más píldoras antes de terminar las que tiene.
2. Se recomienda una visita anual.
3. Para algunas mujeres puede resultar beneficioso una consulta a los 3 meses de usar AOC. Esto ofrece la oportunidad de contestar preguntas, ayudar con cualquier problema y verificar el correcto uso.

Ayuda a Usuarios Continuos

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, pág. siguiente).
3. Pregúntele si habitualmente tiene problemas para acordarse de tomar la píldora cada día. En caso afirmativo, analice formas de recordarlo, de subsanar píldoras omitidas, y PAE, o la elección de otro método.
4. Suminístrele más cajas de píldoras—provisión para un año entero (13 cajas), si es posible. Planifique su próxima visita de reaprovisionamiento para antes que necesite más píldoras.
5. En lo posible controle la presión arterial aproximadamente cada un año, (ver Criterios de Elegibilidad Médica, Pregunta 5, p. 7).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Por problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 19.



7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.

Manejo de Problemas

Problemas Informados como Efectos Colaterales o Problemas del Uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas por efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOC. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos colaterales. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos colaterales remiten después de unos pocos meses de uso. Si los efectos colaterales persistan, 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.

Omisión de píldoras

- Ver Manejo de Omisión de Píldoras, p. 15.

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 o rifampicina (ver Comienzo de tratamiento con anticonvulsivantes o rifampicina, p. 20)
- 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 (ver Manejo de Omisión de Píldoras, p. 15).
  - 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 anti-inflamatorio no esteroideo (AINE), comenzando cuando empiece el sangrado irregular. Los AINEs alivian un poco los sangrados irregulares en los implantes, inyectables solo de progestina 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 por 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 subyacentes no conexa con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. sig.).

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 salteado 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.
  - Dígale 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 (ver p. 371 Signos y síntomas comunes de embarazo).
  - Ver en la p. 15 las instrucciones para compensar la omisión de píldoras.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Pruebe lo siguiente (de a uno por vez):
  - Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
  - Algunas mujeres tienen cefaleas durante la semana que no reciben hormonas (los 7 días que no toman píldoras hormonales). Considere el uso prolongado (ver Uso Prolongado y Continuo de Anticonceptivos Orales Combinados, p. 21).
- Cualquier cefalea que empeore o aparezca con el uso de AOC debe ser evaluada.

Náusea 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 (ver Uso Prolongado y Continuo de Anticonceptivos Orales Combinados, p. 21).

Dolorimiento mamario

- 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 de acuerdo a las 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). Considere el uso prolongado (ver Uso Prolongado y Continuo de Anticonceptivos Orales Combinados, p. 21).
- Pregúntele sobre cambios en su vida que pudieran afectar su humor o su deseo sexual, incluyendo cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.
- 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 por 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.

Nuevos problemas que pueden requerir cambiar de método

Pueden ser debidos al método o no.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no relacionada con el método) **o sangrado profuso o prolongado**

- Derive a la paciente o evalúela en base a la historia a y el examen pélvico. Diagnostíquela y trátela si corresponde.
- Puede seguir utilizando AOC mientras se evalúa su condición.
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamación pélvica, la mujer podrá seguir utilizando AOC durante el tratamiento.

Comienzo de tratamiento anticonvulsivante o rifampicina

- La administración conjunta de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato y rifampicina pueden disminuir la eficacia de los AOC. Si debe usar estos medicamentos por un período prolongado, tal vez prefiera usar otro método, como los inyectables mensuales, inyectables que sólo contienen progestina, o un DIU con hormonas o de cobre.
- Si utiliza estos medicamentos por un período corto, puede utilizar un método de respaldo junto con los AOC.

Migraña (ver Identificación de Cefaleas y Auras Migrañosas, p. 368)

- Independientemente de su edad, una mujer que presenta jaqueca o migraña, con o sin aura, o cuyas crisis empeoran cuando usa AOC debe suspender su administración.
- Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Circunstancias que le impiden caminar por una semana o más

- Si la mujer se somete a cirugía mayor, o tiene la pierna enyesada, o por cualquier otra razón se ve impedida de moverse por algunas semanas, deberá:
  - Comunicar a su médico que está utilizando AOC.
  - Dejar de tomar AOC y usar un método de respaldo durante ese período:
  - Retomar los AOC 2 semanas después de reiniciar el movimiento.

Algunas patologías graves (sospecha de cardiopatía o hepatopatía, hipertensión, coágulos de sangre en venas profundas de piernas o en pulmones, accidente cerebrovascular, cáncer de mama, daño arterial, de la visión, riñones, o del sistema nervioso provocados por diabetes, o patología de vesícula biliar). Ver Signos y Síntomas de Afecciones Graves de la Salud, p. 320.

- Dígale que suspenda los AOC.
- Suminístrele un método de respaldo para que use mientras se evalúa su condición.
- Si no se encuentra ya bajo atención, derívela para su diagnóstico y atención.

Sospecha de embarazo

- Haga pruebas de detección de embarazo.
- Si se confirma el embarazo, dígale que deje de tomar los AOC.
- No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer está tomando AOC (ver Pregunta 5, p. 22).

Uso Prolongado y Continuo de Anticonceptivos Orales Combinados

Algunas usuarias de AOC no siguen el ciclo usual de 3 semanas tomando píldoras hormonales seguidas de una semana sin hormonas. Algunas mujeres toman píldoras hormonales 12 semanas sin un descanso, seguidas de una semana de píldoras no hormonales (o sin píldoras). Esto es uso prolongado. Otras mujeres toman píldoras hormonales sin ningún tipo de descanso. Esto es uso continuo. Para ello se recomiendan las píldoras monofásicas (ver Pregunta 16, p. 24).

Las mujeres se manejan bien usando los AOC de distintas maneras cuando reciben buen asesoramiento. A muchas mujeres les gusta controlar cuándo tienen la menstruación – si la tienen- y adaptar el uso de la píldora a su gusto.

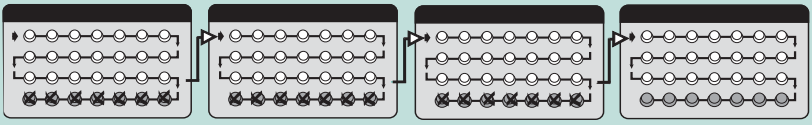
Beneficios del Uso Prolongado y Continuo

- La mujer tienen sangrado vaginal solo 4 veces al año, o ninguna.
- Reduce la frecuencia de cefaleas, síndrome premenstrual, cambios de humor y sangrado profuso o doloroso que aparecerían durante la semana en la que no recibe píldoras hormonales.

Desventajas del Uso Prolongado y Continuo

- El sangrado irregular puede durar tanto como los 6 primeros meses de uso— en especial en mujeres que nunca antes han usado AOC.
- Se necesita mayor provisión—15 a 17 paquetes al año, en vez de 13.

Instrucciones Para el Uso Prolongado



- Saltee la última semana de píldoras (sin hormonas) en 3 paquetes seguidos. (las usuarias de paquetes de 21 días saltean las esperas de 7 días entre los 3 primeros paquetes.) No se necesita un método de respaldo durante este período.
- Tome la totalidad de las 4 semanas de píldoras del 4º paquete. (las usuarias de paquetes de 21 días toman la totalidad de las 3 semanas de píldoras en el 4º paquete.) Durante esta 4ª semana puede aparecer algún sangrado.
- Comience el siguiente paquete de píldoras el día después de tomar la última píldora del 4º paquete (las usuarias de paquetes de 21 días esperan 7 días antes de comenzar el siguiente paquete.)

Instrucciones para el uso continuo

Tome una píldora hormonal cada día por tanto tiempo como desee usar AOC. Si se presenta un sangrado irregular indeseado, se pueden dejar de tomar píldoras por 3 o 4 días y reiniciar luego tomando píldoras hormonales de manera continua otra vez.

Preguntas y Respuestas Sobre los Anticonceptivos Orales Combinados

1. ¿Debe la mujer tomar un "descanso" de los AOC antes de tomarlos por un período de tiempo?

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 por muchos años sin tener que dejar de tomarlos periódicamente.

2. Si una mujer ha estado tomando AOC por 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 estando ya está embarazada.

6. ¿Los AOC hacen ganar o perder mucho peso a la mujer?

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 (ver Cambios del humor o del deseo sexual, p. 19). 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 (ver Hechos Objetivos sobre Anticonceptivos Orales Combinados y Cáncer, p. 4).

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 (ver Lista de Verificación del Embarazo, p. 372). 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 (ver Mujeres Próximas a la Menopausia, p. 272).

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 que sólo contienen progestina. 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. ¿Pueden usarse los AOC como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) después del sexo sin protección?

Sí. Una mujer puede tomar AOC como PAE, lo antes posible, pero no más allá de los 5 días después de haber tenido sexo sin protección (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, Formulaciones y Posología de la Píldora, p. 56). Sin embargo, las píldoras que sólo contiene progestina, son más efectivas y producen menos efectos colaterales, tales como náuseas o malestar estomacal.

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

Las píldoras monofásicas proveen la misma cantidad de estrógeno y progestina en cada píldora hormonal. Las píldoras bifásicas y trifásicas cambian la cantidad de estrógeno y progestina 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 progestina. En las píldoras trifásicas, las 7 primeras píldoras más o menos tienen una dosificación, las 7 píldoras siguientes tienen otra dosificación, y las 7 últimas píldoras hormonales tienen aún otra. Todas evitan el embarazo de igual modo. Las diferencias en cuanto a sus efectos colaterales, eficacia y continuación parecen ser ligeras.

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

Sí, por 2 razones. Algunos efectos colaterales 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 más consistentemente. Asociar el tomar la píldora con una actividad diaria ayuda a la mujer a acordarse de tomar su píldora.

Pildoras de Progestina Sola

Este capítulo se refiere a las píldoras que sólo contienen progestina, destinadas a mujeres que amamantan. Las mujeres que no están amamantando también pueden usarlas. Se incluyen orientaciones que difieren para las mujeres que no están dando pecho.

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

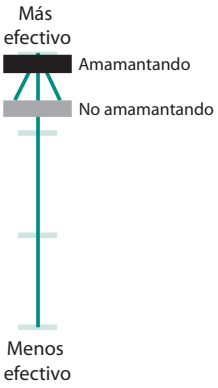
- **Tome una píldora todos los días.** No hay descansos entre los paquetes.
- **Es seguro para las mujeres que amamantan y para sus bebés.** Las píldoras que sólo contiene progestina no afectan la producción de leche.
- **Se suma al efecto anticonceptivo del amamantamiento.** Juntos proveen una protección efectiva 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 las Píldoras de Progestina Sola?

- Son píldoras que contienen dosis muy bajas de una progestina igual que la progesterona natural presente en la mujer.
- No contienen estrógeno y por tanto, se las puede utilizar durante la lactancia y son aptas para mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.
- Las píldoras que sólo contienen progestina también se conocen como "mini-píldoras" y anticonceptivos orales que sólo contienen progestina (AOP).
- 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 depende de la usuaria: Para mujeres que menstrúan, aumenta el riesgo de embarazo si se retrasa o saltea por completo la ingesta de la píldora.



Mujeres que amamantan:

- Tal como se las utiliza habitualmente, se produce aproximadamente 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año. Quiere decir que 99 de cada 100 mujeres no se embarazan.
- Cuando se toma las píldoras todos los días, se ve menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (3 por 1.000 mujeres).

Menos efectivo para mujeres que no están amamantando:

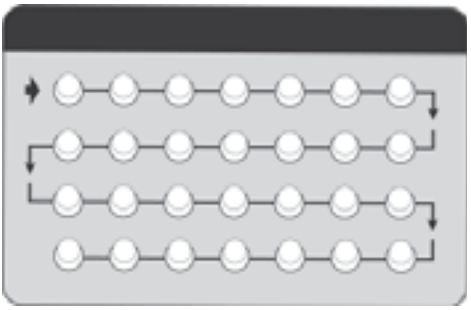
- Tal como se las utiliza habitualmente, se producen aproximadamente 3 a 10 embarazos por 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que de 90 a 97 de cada 100 mujeres no se embarazan.
- Al tomar la píldora todos los días a la misma hora hay menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (9 por 1.000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir AOP: Sin Demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan las Píldoras que Sólo Contienen Progestina

- Pueden usarse mientras se está amamantando
- En cualquier momento pueden dejar de usarse sin ayuda del proveedor
- No interfieren con el sexo
- Son controladas por la mujer



Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos Para la Salud

Efectos Colaterales *(ver Manejo de Problemas, p. 38)*

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
  - Para mujeres que amamantan, una mayor demora en que retorne la menstruación después del parto (amenorrea posparto prolongada)
  - Sangrado frecuente
  - Sangrado irregular
  - Sangrado infrecuente
  - Sangrado prolongado
  - Falta de menstruación

  La lactancia también afecta los patrones de sangrado de la mujer.
- Cefaleas
- Mareos
- Cambios de humor
- Dolorimiento mamario
- Dolor abdominal
- Náuseas

Otros cambios físicos posibles:

- Para mujeres que no están amamantando, aumento de tamaño de los folículos ováricos

Beneficios Conocidos para la Salud	*Riesgos Conocidos para la Salud*
Ayuda a proteger contra: • Riesgo de embarazo	Ninguno

Corrigiendo Malentendidos *(ver, también: Preguntas y Respuestas, p. 42)*

Píldoras de Progestina Sola:

- No hacen que la mujer que está amamantando se quede sin leche.
- Deben tomarse todos los días, tenga la mujer sexo ese día o no.
- No provocan infertilidad en la mujer.
- No causan diarrea en bebés que reciben pecho.
- Reducen el riesgo de embarazo ectópico.

Quién Puede y Quién no Puede Usar Píldoras Sólo con Progestina

Seguras y Aptas para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar AOPs de manera segura y efectiva, incluyendo aquellas que:

- Estén amamantando (comenzando tan pronto como 6 semanas después del parto)
- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto, pérdida de embarazo o un embarazo ectópico
- Fumen cigarrillos, independientemente de su edad o de la cantidad de cigarrillos
- Tengan o hayan tenido anemia en el pasado
- Tengan venas varicosas
- Estén infectadas con VIH, estén recibiendo o no terapia antirretroviral (ver Píldoras sólo con progestina para mujeres con VIH, p. 30)

La mujer puede comenzar a utilizar AOPs:

- Sin realizarse un examen pélvico
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio
- Sin realizarse un screening de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mama
- Incluso sin que la mujer esté teniendo al momento su menstruación, si existe razonable certeza de que no está embarazada (ver Lista de verificación de Embarazo, p. 372)

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Píldoras Sólo con Progestina

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 AOP si lo desea. Si responde "sí" a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, igual puede comenzar con AOPs.

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

❑ NO ❑ **SI** Puede empezar a tomar AOPs ya a las 6 semanas del parto. Suminístrele ahora sus AOPs y dígale cuándo empezar a tomarlas (ver Lactancia exclusiva o casi exclusiva o Lactancia parcial, p. 31).

2. ¿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, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático), no le indique AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

❑ NO ❑ **SI** Si manifiesta tener un coágulo sanguíneo actual (coágulos no superficiales), no le dé AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

4. ¿Está tomando medicación anticonvulsivante?¿Está tomando rifampicina por tuberculosis u otra enfermedad?

❑ NO ❑ **SI** Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina, no le dé AOPs. Pueden reducir la eficacia de los AOPs. Ayúdela a elegir otro método que no sea anticonceptivos orales combinados ni implantes.

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

❑ NO ❑ **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 colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Además, destaque cualquier condición que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En Casos Especiales Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las condiciones debajo enumeradas no debería utilizar AOPs. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar la condición y situación específica de la mujer podrá decidir la utilización de AOPs. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y para la mayoría de las afecciones, debe considerar si esa mujer tendrá acceso a control.

- Amamantando y menos de 6 semanas desde el parto
- Coágulo sanguíneo actual en venas profundas de piernas o pulmones
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás, que no ha recidivado
- Infección, tumor o enfermedad hepática severa
- Está recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina. Además debería utilizarse un método de respaldo, ya que estos medicamentos reducen la eficacia de los AOPs.

Píldoras que Contienen Sólo Progestina para Mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden utilizar AOPs con tranquilidad.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen condones junto con los AOPs. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera consistente y correcta. Además, los condones brindan protección anticonceptiva adicional para mujeres en terapia ARV. No es seguro que los medicamentos ARV reduzcan la eficacia de los AOPs.
- Por prácticas apropiadas de lactancia en mujeres con VIH, ver Salud Materna y del Recién Nacido: Prevención de la Transmisión Materno – Infantil del VIH, p.294.

Suministro de Píldoras con Progestina Sola

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar Anticonceptivos Orales con Progestina Sola (AOP) 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 (ver p. 372). Además, se le puede administrar AOPs a una mujer en cualquier momento diciéndole cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	• Si el parto fue hace menos de 6 semanas, suminístrele AOPs y dígale que empiece a tomarlos a las 6 semanas después del parto. • Si su menstruación no ha vuelto, puede comenzar con AOPs en cualquier momento entre las 6 semanas 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 (ver p. 33).
Más de 6 meses después del parto	• 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 dígale 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 (ver p. 33).
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	• Suminístrele AOPs y dígale que empiece a tomarlas 6 semanas después de haber tenido el parto. • Suminístrele además un método de respaldo para que use hasta las 6 semanas después del parto si su menstruación vuelve antes de ese momento.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficientes. Si es posible, suminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia parcial (continuación)	
Más de 6 semanas después del parto	• 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 dígale 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 (ver página siguiente).
No está amamantando	
Menos de 4 semanas después del parto	• Puede comenzar con AOPs en cualquier momento. No necesita un método de respaldo.
Más de 4 semanas después del parto	• 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 dígale 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 (ver pág. siguiente).
Pasaje de un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera consistente 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 se está dejando los inyectables, puede empezar a tomar AOPs cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No necesita método de respaldo.

† *En los lugares donde se recomiende de rutina un control 6 semanas después del parto y sean limitadas las otras oportunidades de obtener anticonceptivos, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOPs en el control de la 6ª semana, sin más evidencia de que la mujer no está embarazada, si no se ha restablecido su menstruación.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Está teniendo sus ciclos menstruales o se pasa de un método no hormonal	**En cualquier momento del mes** • Si comienza dentro de los 5 días de empezar la menstruación, no necesita un método de respaldo. • 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 dígale que comience a tomarlos durante su próxima menstruación.) • Si se está pasando de un DIU, puede comenzar con AOPs inmediatamente (ver DIU de Cobre, Cambio de un DIU a otro Método, p. 148).
Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)	• 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	• 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 dígale que empiece a tomarlos durante su próxima menstruación.)
Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	• La mujer puede comenzar a tomar AOPs al día siguiente de dejar de tomar las PAE. No necesita esperar su próxima menstruación para empezar con sus píldoras. – Una nueva usuaria de AOPs deberá empezar una nueva caja de píldoras. – Una usuaria continua que debió utilizar PAE debido a errores al tomar la píldora puede continuar con su caja actual donde la dejó. – Todas necesitarán un método de respaldo los 2 primeros días que tome la píldora.

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

IMPORTANTE: Una parte importante del proceso de suministro del método es asesorar minuciosamente sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos colaterales. 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 colaterales más comunes	• Normalmente, las mujeres que están amamantando no tienen su menstruación por varios meses después del parto. Los AOPs 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, dolorimiento mamario y tal vez otros efectos colaterales.
Dé una explicación sobre estos efectos colaterales	• Los efectos colaterales 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 colaterales	• Siga tomando los AOPs. Si se saltea alguna píldora corre riesgo de embarazo y pueden empeorar algunos efectos colaterales. • 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 colaterales.

Explique Cómo Utilizarlos

1. Suministre las píldoras

- Suministre tantas cajas como sea posible — incluso como para un año (11 o 13 cajas).

2. Explique cómo es la caja de las píldoras

- Muestre el tipo de blister —28 o 35 píldoras.
- Explique que todas las píldoras de la caja de AOPs son del mismo color y que son todas píldoras activas, que contienen una hormona que evita el embarazo.
- Muestre cómo sacar la primera píldora del envase y luego cómo seguir la dirección de las flechas del blister para tomar las píldoras restantes.

3. Dé la información clave

- **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.

4. Explique cómo empezar una nueva caja

- 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 empezarlo conlleva riesgo de embarazo.

5. Suministre un método de respaldo y explique su uso

- 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, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, suminístrele condones.

6. Explique que su eficacia decrece al dejar de amamantar

- 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.

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, 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 que Sólo Contienen Progestina Omitidas

Mensaje clave	• **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?	• Si es así, la mujer deberá utilizar un método de respaldo los 2 días siguientes. • También puede, si tuvo sexo en los 5 últimos días, considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).
Vómitos o diarrea severos	• Si vomita dentro de las 2 horas 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.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a cada usuaria que es bienvenida en cualquier momento—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si nota algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Ha dejado de amamantar y quiere cambiar a otro método.
- Para la mujer que tiene su menstruación: si tomó una píldora 3 o más horas tarde o si la omitió completamente y además tuvo sexo durante ese período de tiempo, puede considerar PAE (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, p. 45).

  Consejo general de salud: Dígale a la mujer que si siente repentinamente que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la Próxima Visita

1. Aliéntela a volver por más píldoras antes de terminar las que tiene.
2. Se recomienda contactar a las mujeres después de 3 meses de usar AOP. Esto ofrece la oportunidad de contestar cualquier pregunta, ayudar con cualquier problema y verificar el uso correcto.

Ayuda a Usuarias Continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por alteraciones del sangrado. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, p. 38).
3. Pregúntele si habitualmente tiene problemas para recordar tomar la píldora cada día. En caso afirmativo, analice formas de recordarlo, de subsanar píldoras omitidas y PAE, o la elección de otro método.
4. Suminístrele más cajas de píldoras—provisión para un año entero (11 o 13 cajas), si es posible. Planifique su próxima visita de reaprovisionamiento para antes que necesite más píldoras.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si ha aparecido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde esos problemas si corresponde. Por problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 41.
6. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.

Manejo de Problemas

Problemas Manifestados como Efectos Colaterales o Problemas del Uso

Pueden deberse al método o no.

- Los problemas por efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los AOPs. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela, y si corresponde, trátela.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos colaterales. La omisión de píldoras puede acarrear riesgo de embarazo y empeorar algún efecto colateral.
- Muchos efectos colaterales remitirán después de unos pocos meses de uso. Si los efectos colaterales persisten, de ser posible, pruebe con otra formulación de AOPs 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.

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. El estar amamantando 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 el tiempo entero en que están tomando AOPs.
- Otras causas posibles de sangrado irregular incluyen:
  - Vómitos o diarrea
  - Ingesta de anticonvulsivantes o rifampicina (ver Comienzo de un tratamiento con anticonvulsivantes o rifampicina, p. 41)
- Para reducir el sangrado irregular:
  - Enséñele a compensar las píldoras omitidas de manera correcta, inclusive después de vomitar o de una diarrea (ver Manejo de Píldoras Omitidas, p. 36).
  - Se puede lograr un alivio modesto y breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas por 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 sólo de progestina, DIU y pueden además servir asociadas a las 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 por 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 conexa con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. 41.)

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 sangrados intensos o prolongados. 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 intenso. Pruebe con los mismos tratamientos que para sangrados irregulares (ver página anterior).
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar comprimidos de hierro y trasmítale la importancia de ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial carne vacuna e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verdes y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas).
- Si el sangrado intenso 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 conexa con el uso del método (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 41.)

Omisión de píldoras

- Ver Manejo de Omisión de Píldoras, p. 36.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- 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, incluyendo cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Algunas mujeres experimentan depresión en el año después del parto. Esto no guarda relación con las AOPs. Las usuarias que presentan cambios de humor graves, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Dolorimiento mamario

- Mujeres que están amamantando:
  - Ver Salud Materna y del Recién Nacido, Mamas Dolorosas, p. 295.
- 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 severo en el abdomen inferior (sospecha de embarazo ectópico o folículos ováricos agrandados de tamaño o quistes)

- Hay muchas afecciones que pueden causar dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta frente a otros signos o síntomas de embarazo ectópico, que sin ser frecuentes pueden conllevar riesgo de vida (ver Pregunta 12, p. 44).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden ser inexistentes o muy leves, pero pueden, eventualmente, volverse severos. La combinación de estos signos o síntomas puede aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
  - Dolor o sensibilidad abdominal inusuales
  - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si esto constituye un cambio en sus patrones de sangrado
  - Sensación de mareo
  - Desmayos o vahídos
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave de la salud, derive enseguida para su inmediato diagnóstico y asistencia. (Por más información sobre embarazo ectópico, ver Esterilización Femenina, Manejo del Embarazo Ectópico, p. 179.)
- El dolor abdominal puede deberse a otros problemas, tales como quistes o folículos ováricos agrandados de tamaño.
  - La mujer puede seguir utilizando AOPs durante su evaluación y tratamiento.
  - No hay necesidad de tratar los quistes o folículos ováricos aumentados de tamaño hasta que crezcan demasiado, presenten torsión o estallido. Manifieste a la usuaria que normalmente desaparecen solos. De ser posible, vuelva a verla en 6 semanas para asegurarse de que el problema se esté resolviendo.

Náuseas o mareos

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

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambiar de Método

Pueden o ser debidos al método o no.

Sangrado vaginal sin explicación (que sugiere una afección médica no vinculada con el método)

- Derive a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y trátela si corresponde.
- Puede seguir utilizando AOPs mientras se evalúa su condición.
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamación pélvica, ella podrá seguir utilizando AOPs durante el tratamiento.

Comienzo de tratamiento anticonvulsivante o rifampicina

- La administración conjunta de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, y rifampicina pueden disminuir la eficacia de las AOPs. Si debe usar estos medicamentos por un período prolongado, tal vez prefiera usar otro método, como los inyectables mensuales, inyectables que sólo contienen progestina, o un DIU con hormonas o de cobre.
- Si utiliza estos medicamentos por un período corto, podrá utilizar un método de respaldo junto con los AOPs.

Migraña (ver Identificación de cefaleas y auras migrañosas, p. 368)

- Si tiene migraña sin aura, la mujer podrá continuar tomando AOPs, si lo desea.
- Si tiene aura migrañosa, interrumpa las AOPs. Ayúdela a elegir un método sin hormona.

Algunas patologías graves (sospecha de coágulos sanguíneos en venas profundas de piernas o pulmones, hepatopatía, o cáncer de mama). Ver Signos y síntomas de Afecciones graves a la salud, p. 320.

- Dígale que suspenda los AOPs.
- Suminístrele un método de respaldo para que use mientras se evalúa su condición.
- Si todavía no se encuentra bajo atención, derívela para su diagnóstico y atención.

Cardiopatía debida a estrechamiento o bloqueo arterial (enfermedad coronaria isquémica) **o accidente cerebrovascular**

- Si presenta una de estas patologías puede comenzar a tomar AOPs con seguridad. Sin embargo, si la afección aparece o empeora después de empezar a tomarlas, deberá interrumpirlas. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.
- Si no está siendo atendida por eso todavía, derívela para su diagnóstico y atención.

Sospecha de embarazo

- Haga pruebas de detección de embarazo, incluyendo embarazo ectópico.
- Si se confirma el embarazo, dígale que deje de tomar AOPs.
- No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer está tomando AOPs (ver Pregunta 3, p. 42).

Preguntas y Respuestas Sobre las Píldoras con Progestina Sola

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 seguras 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 cambiarse a otro 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 tomando 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. Las 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 derivársele para que la haga. Si le preocupa no tener la menstruación, puede servirle cambiar de método, pasando a uno que no sean los inyectables que contienen sólo progestina.

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. (Por el contrario, las 7 últimas píldoras del paquete de 28 píldoras de anticonceptivos orales combinados no son activas. No contienen hormonas.)

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

Sí, por 2 razones. Los AOPs contienen hormona en muy pequeña cantidad y tomar la píldora más de 3 horas tarde puede reducir su efectividad 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 más consistentemente de tomarlas. 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. Los estudios de mayor tamaño de los implantes no han demostrado ningún aumento del riesgo de cáncer. Los implantes contienen hormonas similares a las usadas en los AOPs, y durante los primeros años de uso de implante tienen casi el doble de dosificación.

9. ¿Pueden usarse los AOPs como píldora anticonceptiva de emergencia (PAE) después del sexo sin protección?

Sí. La mujer puede tomar AOPs como PAE, lo antes posible, pero ya no después de los 5 días después de haber tenido sexo sin protección (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia, Formulaciones y Posología de la Píldora, p. 56). Dependiendo del tipo de AOP, deberá tomar entre 40 y 50 píldoras. Son muchas píldoras, pero no hay peligro porque cada píldora contiene muy poca cantidad de hormonas.

10. ¿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 en el humor o en el deseo sexual, p. 39). No existe evidencia de que los AOPs afecten el comportamiento sexual de la mujer.

11. ¿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 severo en el abdomen inferior, p. 40).

12. ¿Los AOPs aumentan el riesgo de embarazo ectópico?

No. Por el 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 las 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 las 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.

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 5 días después del sexo sin protección.** Cuanto antes se tomen, mejor.
- **No distorsionan un embarazo en curso.**
- **Son seguras para toda mujer**—incluso para mujeres que no pueden utilizar los métodos anticonceptivos hormonales continuos.
- **Son una oportunidad para que la mujer empiece a utilizar un método continuo de planificación familiar.**
- **Hay muchas opciones que se pueden usar como píldoras anticonceptivas de emergencia.** Los productos especialmente diseñados, las píldoras con progestina sola, y los anticonceptivos orales combinados, todos pueden actuar como anticonceptivos de emergencia.

¿Qué Son las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia?

- Píldoras que contienen sólo progestina, o una progestina y un estrógeno juntos — como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras "del día después", "de la mañana siguiente" o anticonceptivos postcoitales.
- Funcionan fundamentalmente evitando o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No son efectivos si la mujer ya se encuentra embarazada (ver Pregunta 1, p. 54).

¿Qué Píldoras Pueden Ser Utilizadas como Píldoras Anticonceptivas de Emergencia?

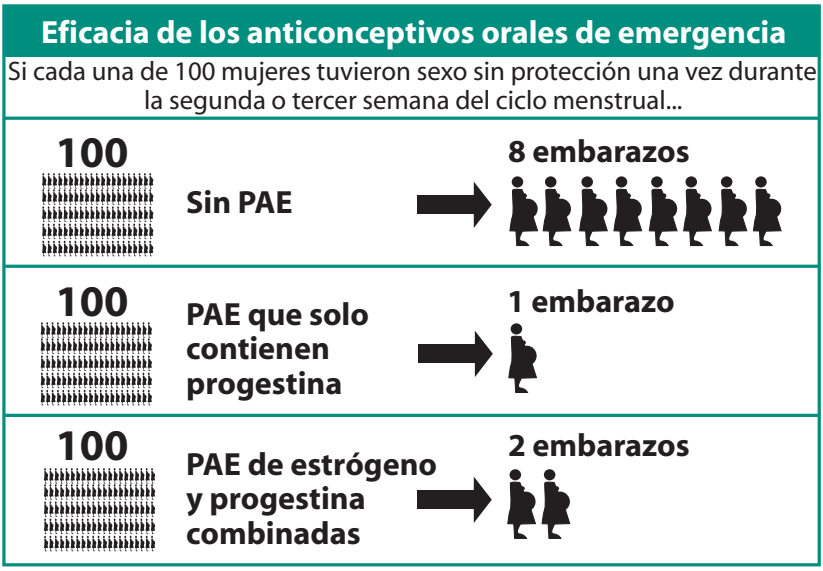
- Un producto PAE especial que contenga la progestina levonorgestrel
- Un producto PAE especial que contenga estrógeno y levonorgestrel
- Píldoras que contienen progestina sola, con levonorgestrel o norgestrel
- Anticonceptivos orales combinados que contienen estrógeno y una progestina— levonorgestrel, norgestrel, o noretindrona (también llamada noretisterona)

¿Cuándo Tomarlas?

- *Lo antes posible después del sexo sin protección.* Cuanto antes se tomen las PAE después del sexo sin protección, más posibilidades de evitar el embarazo.
- Pueden prevenir el embarazo cuando se las toma en cualquier momento dentro de los 5 días posteriores al sexo sin protección.

¿Qué tan Efectivas son?

- Si 100 mujeres tuvieran sexo una vez durante la segunda o tercer semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente 8 queden embarazadas.
- Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen sólo progestina, probablemente una quede embarazada.
- Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno, probablemente 2 queden embarazadas.



Recuperación de la fertilidad después de interrumpir PAE: Sin demora. Después de tomar PAE, una mujer puede quedar embarazada de inmediato. Tomar la PAE solamente previene el embarazo de actos sexuales ocurridos en los 5 días anteriores. No protegen a la mujer del embarazo por actos sexuales realizados después de tomar la PAE—ni siquiera del día siguiente. Para mantenerse protegida del embarazo, la mujer debe comenzar de inmediato a utilizar otro método anticonceptivo (ver Planificación de Anticoncepción Contínua, p. 51).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales (ver Manejo de los Problemas, p. 53)

Algunas usuarias relatan:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
  - – Leve sangrado irregular durante 1–2 días después de tomar PAE
  - – Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado

En la semana después de tomar PAE:

- Náuseas‡
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefaleas
- Dolorimiento mamario
- Mareos
- Vómitos‡

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

‡ *Las mujeres que utilizan PAE con formulaciones que contienen sólo progestina son menos proclives a presentar náuseas y vómitos que las mujeres que utilizan formulaciones de PAE con estrógeno y progestina.*

Corregir Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 54)

Las píldoras anticonceptivas de emergencia:

- No provocan aborto.
- Si se produce el embarazo no causan defectos de nacimientos.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No promueven la conducta sexual riesgosa.
- No provocan infertilidad a la mujer.

¿Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia?

- Brindan una segunda oportunidad de prevenir el embarazo
- Son controladas por la mujer
- Reducen la necesidad de recurrir al aborto ante la eventualidad de un fallo del anticonceptivo o si no se está utilizando anticoncepción
- Se las puede tener a mano por si se presenta una emergencia

Quienes Pueden Utilizar la Píldora Anticonceptiva de Emergencia

Seguras y Aptas para casi Todas las Mujeres

Para utilizar PAE no es preciso recurrir a análisis ni exámenes. Pueden ser apropiadas por otras razones—en especial si hubo sexo forzado (ver Violencia Contra la Mujer, Brinde la atención adecuada, p. 302).

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

Toda mujer puede utilizar PAE segura y eficazmente, incluyendo aquellas mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con hormonas de manera continua. Debido a la brevedad de su uso, no existen patologías médicas que puedan hacer que las PAE no sean seguras para la mujer.

Administración de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

Las PAE pueden ser necesarias en diferentes situaciones. Por lo tanto, de ser posible, déle a toda mujer que desee PAE una provisión por adelantado. La mujer podrá guardarla para el caso de necesitarla, ya que si la tiene de antemano es más proclive a utilizarla en caso de necesidad. Además, el hecho de tenerlas a mano permite a la mujer tomarlas lo antes posible después del sexo sin protección.

Cuándo Utilizarlas

- En cualquier momento dentro de los 5 días posteriores al sexo sin protección. Cuanto antes se tomen las PAE después del sexo sin protección, más eficaces son.

Las PAE son Apropiadas en Muchas Situaciones

Las PAE pueden utilizarse toda vez que la mujer esté preocupada por la posibilidad d quedar embarazada. Por ejemplo, después de:

- Sexo forzado (violación) o coaccionado
- Todo sexo sin protección
- Errores en la anticoncepción, tales como:
  - Se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió o rompió
  - La pareja utilizó incorrectamente un método de observación de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles)
  - El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular
  - La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora
  - El DIU se salió de sitio
  - La mujer tiene 2 semanas o más de demora en la inyección de repetición que contiene sólo progestina, o más de 7 días de demora en la inyección de repetición mensual

Información Posológica

Por productos específicos y cantidad de píldoras a suministrar, ver Formulaciones y Posologías de las Píldoras, p. 56.

Tipo de píldora	Posología total a suministrar
Producto especialmente diseñado que sólo contiene levonorgestrel	• 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis.[§]
Producto especialmente diseñado que contiene estrógeno-progestina	• 0.1mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.
Píldoras que contienen solo progestina, con levonorgestrel o norgestrel	• Píldoras con levonorgestrel: 1.5 mg de levonorgestrel en una única dosis • Píldoras con norgestrel: 3 mg de norgestrel en una única dosis.
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestina) que contienen levonorgestrel, norgestrel, o noretindrona	• Píldoras con estrógeno y levonorgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 0.5 mg de levonorgestrel. Seguido de la misma dosis 12 horas más tarde. • Píldoras con estrógeno y norgestrel: 0.1 mg de etinil estradiol + 1 mg de norgestrel. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde. • Píldoras con estrógeno y noretindrona: 0.1 mg de etinil estradiol + 2 mg de noretindrona. Seguir con la misma dosis 12 horas más tarde.

Administración de Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

1. Suministre las píldoras	• Las puede tomar enseguida. • Si utiliza un régimen de 2 dosis, dígale que tome la siguiente dosis en 12 horas.
2. Describa los efectos colaterales más comunes	• Náuseas, dolor abdominal, tal vez otros. • Sangrado leve o alteraciones de los tiempos de la menstruación. • Los efectos colaterales no son signos de enfermedad.

[§] *Como alternativa, es posible suministrar a la usuaria 0.75 mg de levonorgestrel en una dosis, seguido de igual dosis 12 horas después. Para la usuaria, una dosis resulta más fácil de tomar y funciona tanto como las 2 dosis.*

3. Explique qué hacer en caso de efectos colaterales

- Náuseas:
  - – No se recomienda la utilización de medicación antiemética de rutina.
  - – Las mujeres que han tenido náuseas con un uso anterior de PAE o con la primera dosis del régimen de 2 dosis pueden tomar medicación antiemética tal como 50 mg de meclizina (Agyrax, Antivert, Bonine, Postafene) entre media y una hora antes de tomar PAE.
- Vómitos:
  - – Si la mujer vomita dentro de las 2 horas posteriores a tomar PAE, deberá tomar otra dosis. (Puede tomar medicación antiemética con esta dosis repetida, como se señala más arriba.) Si los vómitos continúan, podrá administrar la dosis de repetición colocando la pastilla profundamente en la vagina. Si los vómitos se presentan después de las 2 horas de la ingesta de PAE, no tendrá que tomar ninguna píldora adicional.

4. Administre más PAE y ayúdela a comenzar un método contínuo

- De ser posible, dele más PAEs para que se lleve a su casa por si los necesita en el futuro.
- Ver Planificación de Anticoncepción Contínua, abajo.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

No es necesario que la mujer vuelva para una consulta de rutina. Sin embargo, transmítale a todas las usuarias que serán bienvenidas en cualquier momento en que desee volver, y también si:

- Cree que puede estar embarazada, en especial si no ha tenido su menstruación o su próxima menstruación se demora más de una semana.

Planificación de la Anticoncepción Continua

1. Explique que las PAE no la protegen del embarazo de sexo futuro—ni siquiera del siguiente día. Analice la necesidad de elegir la prevención del embarazo de manera continua y en caso de riesgo, protección frente a ITS incluyendo VIH (ver Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH, p. 275).
2. Si la mujer no desea comenzar un método anticonceptivo ahora, déle condones o anticonceptivos orales y solicítele que los use si cambia de opinión. Instrúyala en su uso. Invítela a regresar en cualquier momento que lo desee, si quiere otro método o tiene preguntas o problemas.
3. Si es posible, déle más PAE para usar en el futuro, en caso de sexo sin protección.

Cuándo Comenzar la Anticoncepción Luego del Uso de PAE

Método	Cuándo comenzar
Anticonceptivos orales combinados, píldoras de progestina sola, parche combinado, anillo vaginal combinado	Puede comenzar al día siguiente de tomar las PAE. *No necesita esperar su próxima menstruación.* • Anticonceptivos orales y anillo vaginal: – Las nuevas usuarias deben comenzar una nueva caja de píldoras o un nuevo anillo. – Una usuaria continua que requirió PAE debido a un error puede retomar el uso como antes. • Parche: – Toda usuaria debe comenzar un nuevo parche. • Toda mujer debe usar método de respaldo* los 7 primeros días de usar su método.
Inyectables que contienen sólo progestina	• Puede comenzar los inyectables que contienen solo progestina el mismo día de las PAE, o si lo prefiere, dentro de los 7 días después del comienzo de la menstruación. Necesitará un método de respaldo para los 7 primeros días luego de la inyección. La mujer debe retornar si presenta signos o síntomas de embarazo más allá de no tener menstruación (ver p. 371 por signos comunes y síntomas de embarazo).
Inyectables mensuales	• Puede comenzar con inyectables mensuales el mismo día de PAE. No es necesario esperar la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los 7 días siguientes a la inyección.
Implantes	• Después de restablecida la menstruación. Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta entonces, comenzando el día después que finalice las PAE.
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonal)	• Puede usarse un DIU de cobre como método anticonceptivo de emergencia. Es una buena opción para la mujer que quiere un DIU como método a largo plazo (ver DIU de cobre, p. 131). • Si la mujer decide usar un DIU después de la PAE, puede colocarse el DIU el mismo día en que toma la PAE. No requiere método de respaldo.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

Método	Cuándo comenzar
Condones masculino y femenino, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, retiro	• Inmediatamente.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	• Método de los Días Estándar: Con el comienzo de su próxima menstruación. • Métodos basados en los síntomas: Una vez restablecidas las secreciones normales. • Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales para usar hasta que pueda comenzar con el método de su elección.

Apoyo a la Usuaria

Manejo de Problemas

Problemas Informados como Efectos Colaterales o Fallos del Método

Pueden, o no, deberse al método.

Sangrador irregular leve

- El sangrado irregular debido a las PAE terminará sin tratamiento.
- Asegure a la mujer que esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.

Cambios en los tiempos de la siguiente menstruación o sospecha de embarazo

- La menstruación puede comenzar antes o después de lo esperado. Esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.
- Si después de tomar PAE, la menstruación siguiente comienza con más de una semana de atraso respecto a lo esperado, haga pruebas de detección de embarazo. No se conocen riesgos para un feto concebido si las PAE fallan al prevenir el embarazo (ver Pregunta 2, p. 54).

Preguntas y Respuestas sobre las Píldoras Anticonceptivas de Emergencia

1. ¿Las PAE interrumpen un embarazo en curso?

No. Las PAE no funcionan si la mujer ya está embarazada. Tomadas antes que la mujer ovule, las PAE evitan la liberación del óvulo del ovario o retrasan su liberación entre 5 y 7 días. Para entonces, ya habrá muerto el espermatozoide en el tracto reproductivo de la mujer, ya que el espermatozoide puede sobrevivir allí por unos 5 días.

2. ¿Las PAE causan defectos de nacimiento? ¿Le hace mal al feto si una mujer toma PAE por accidente estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias que muestran que las PAE no provocan defectos de nacimiento y que no dañan al feto si la mujer ya está embarazada cuando toma las PAE, o si la PAE no logra evitar el embarazo.

3. ¿Por cuánto tiempo protegen de un embarazo las PAE a la mujer?

Las mujeres que reciben PAE deben tener bien claro que pueden quedar embarazadas la próxima vez que tengan sexo, a no ser que comiencen a usar otro método anticonceptivo inmediatamente. Dado que en algunas mujeres los PAE pueden retrasar la ovulación, es posible que la fertilidad sea mayor luego de recibir PAE. Si quieren una protección continua del embarazo, deben comenzar a usar otro método anticonceptivo inmediatamente.

4. ¿Qué anticonceptivos orales se puede usar como PAEs?

Hay muchos anticonceptivos orales combinados (estrógeno-progestina) y píldoras con progestina sola que se pueden usar como PAEs. Se pueden usar todas las píldoras que contienen hormonas para anticoncepción de emergencia—levonorgestrel, norgestrel, noretindrona y estas progestinas junto con estrógeno (etinil estradiol)—. (Ver en: Formulaciones y Dosificación de los Anticonceptivos Orales, p. 56, ejemplos de las píldoras que se pueden utilizar.)

5. ¿Es seguro tomar 40 o 50 píldoras que contienen sólo progestina como PAE?

Sí. Las píldoras que contienen solo progestina tienen muy bajas dosis de hormona. Por lo tanto, es necesario tomar muchas píldoras de modo de recibir la dosis total de PAE necesaria. En contraste, la dosis de PAE con anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestina) es generalmente de solo 2 a 5 píldoras en cada una de las 2 dosis separadas 12 horas. No se deben tomar 40 a 50 píldoras anticonceptivas orales combinadas (estrógeno -progestina) a modo de PAE.

6. ¿Son las PAE seguras para mujeres con VIH o SIDA? ¿Puede usar PAE con seguridad la mujer en terapia antirretroviral?

Sí. Las mujeres con VIH, SIDA y aquellas en terapia antirretroviral pueden usar PAE con seguridad.

7. ¿Son seguras las PAE para adolescentes?

Sí. Un estudio sobre uso de PAE entre adolescentes de 13 a 16 años de edad lo encontró seguro. Además, todas las participantes del estudio fueron capaces de utilizar PAE correctamente.

8. ¿Puede usar PAE con seguridad una mujer que no puede usar anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestina) o píldoras que contienen sólo progestina como métodos de uso permanente?

Sí. Esto se debe a que el tratamiento con PAE es muy breve.

9. ¿Si las PAE fallaron al prevenir un embarazo, tiene mayores posibilidades la mujer de que ese embarazo sea un embarazo ectópico?

No. A la fecha ninguna evidencia sugiere que las PAE incrementen el riesgo de embarazo ectópico. Los estudios realizado en todo el mundo sobre PAE que contienen solo progestina, incluyendo una revisión de la United States Food and Drug Administration, no han encontrado tasas de embarazo ectópico más altas después de fallar las PAE que las encontradas entre los embarazos en general.

10. ¿Por qué darle PAE a la mujer antes de que las necesite? ¿Esto no desalentará o afectará de algún modo el uso de anticoncepción?

No. Los estudios sobre mujeres a las que se les dio PAE por adelantado informan los siguientes hallazgos:

- Las mujeres que tenían PAE a mano las tomaron antes, después de tener sexo sin protección, que las mujeres que tuvieron que conseguirlas. Tomadas antes, las PAE tienden a ser más eficaces.
- Las mujeres a las que se les dio PAE por adelantado fueron más proclives a utilizarlas que aquellas mujeres que debieron buscar un proveedor para obtener PAE.
- Las mujeres que obtuvieron PAE por adelantado siguieron usando otros métodos anticonceptivos como lo hacían antes de recibirlas.

11. ¿Se debe usar PAE como método regular de anticoncepción

No. Casi todos los otros métodos anticonceptivos son más eficaces para evitar el embarazo. La mujer que utiliza PAE regularmente para anticoncepción es más proclive a un embarazo no deseado que la mujer que utiliza regularmente otro anticonceptivo. No obstante, las mujeres que utilizan otros métodos anticonceptivos deben saber acerca de las PAE y cómo obtenerlas si las necesitan — por ejemplo, si un condón se rompe o una mujer omite 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas.

Formulaciones de la Píldora y Posología

Tipo de Hormona y Píldora	Formulación	Nombres de Marcas Comunes	Número de Píldoras a Ingerir al Principio	Número de Píldoras a Ingerir 12 Horas Después
Progestina sola				
PAE Especiales sólo con Progestina	1.5 mg de levonorgestrel	Escapel, Escapelle, Emkit Plus, Postinor 1, Postinor2 Unidosis, Pozato Uni	1	0
	0.75 mg de levonorgestrel	An Ting, Diad, E Pills, EC, ECee2, ECP, Emkit, Estinor, Evitarem, Glanique, Hui Ting, Imediat-N, Lenor 72, Madonna, Minipil 2, NorLevo, Pilem, Pill 72, Plan B, Poslov, Post-Day, Postinor, Postinor-2, Postinor Duo, Pozato, PPMS, Pregnon, Pronta, Tace, Vermagest, Vika, Yu-Ting	2	0
Píldoras que contienen sólo Progestina	0.03 mg de levonorgestrel	Microlut, Microlut 35, Microval, Mikro-30, Norgeston, Nortrel	50**	0
	0.0375 mg de levonorgestrel	Neogest, Norgeal	40**	0
	0.075 mg de norgestrel	Minicon, Ovrette	40**	0
Estrógeno y progestina				
PAE Especiales con estrógeno y progestina	0.05 mg de etinil estradiol 0.25 mg de levonorgestrel	Fertilan, Preven, Tetragynon	2	2

** *Muchas píldoras, pero seguro.* *Ver Pregunta 5, p. 54.*

Tipo de Hormona y Píldora	Formulación	Nombres de Marcas Comunes	Número de Píldoras a Ingerir al Principio	Número de Píldoras a Ingerir 12 Horas Después
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestina)	0.02 mg etinil estradiol 0.1 mg levo-norgestrel	Anulette 20, April, Femexin, Loette, Loette-28, Loette Suave, Microgynon Suave, Miranova, Norvetal 20	5	5
	0.03 mg etinil estradiol 0.15 mg levo-norgestrel	Anna, Anovulatorios Microdosis, Anulette, Anulette CD, Anulit, Ciclo 21, Ciclon, Combination 3, Confiance, Contraceptive L.D., Eugynon 30ED, Famila-28, Gestrelan, Innova CD, Lady, Levonorgestrel Pill, Lo-Gentrol, Lorsax, Mala-D, Microfemin, Microfemin CD, Microgest, Microgest ED, Microgynon, Microgynon-28, Microgynon-30, Microgynon 30 ED, Microgynon CD, Microgynon ED, Microgynon ED 28, Microsoft CD, Microvlar, Minidril, Minigynon, Minigynon 30, Minivlar, Mithuri, Nociclin, Nordet, Nordette, Nordette 150/30, Nordette-21, Nordette-28, Norgylene, Norvetal, Novelle Duo, Ologyn-micro, Primafem, R-den, Riget, Rigevidon 21, Rigevidon, Seif, Sexcon, Stediril 30, Suginor	4	4

Tipo de Hormona y Píldora	Formulación	Nombres de Marcas Comunes	Número de Píldoras a Ingerir al Principio	Número de Píldoras a Ingerir 12 Horas Después
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno - progestina) *(continuación)*	0.05 mg etinil estradiol 0.25 mg levo-norgestrel	Anfertil, Contraceptive H.D., Control, D-Norginor, Denoval, Denoval-Wyeth, Duoluton, Duoluton L, Evanor, FMP, Gravistat 250, Neogynon, Neogynon CD, Neovlar, Neogynon 50, Noral, Nordiol, Nordiol 21, Normanor, Ologyn, Ovidon, Primlovar, Stediril-D	2	2
	0.05 mg etinil estradiol 0.125 mg levo-norgestrel	Gravistat, Gravistat 125	2	2
	0.03 mg etinil estradiol 0.125 mg levo-norgestrel	Minisiston, Trust Pills	4	4
	0.03 mg etinil estradiol 0.3 mg norgestrel	Lo-Femenal, Lo/Ovral	4	4
	0.05 mg etinil estradiol 0.5 mg norgestrel	Eugynon, Eugynon CD, Femenal, Jeny FMP, Ovral, Stediril	2	2

Fuentes: The Emergency Contraception Website, The International Planned Parenthood Federation Directory of Hormonal Contraceptives, e International Consortium for Emergency Contraception

Inyectables con Progestina Sola

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Los cambios en el sangrado son comunes pero no hacen mal.** 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 EN-NET.
- **La inyección puede darse hasta con 2 semanas de adelanto o de demora.** La usuaria debe volver, aunque demore más.
- **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 con progestina sola, comparado con otros métodos.

¿Qué Son los Inyectables con Progestina Sola?

- Cada uno de los anticonceptivos inyectables, acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y enantato de noretisterona (EN-NET) contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. (Por el contrario, los inyectables mensuales contienen tanto estrógeno como progestina. Ver Inyectables mensuales, p. 81.)
- 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 con progestina sola de mayor uso, es conocido, también, como "the shot," "the jab," la inyección, Depo, Depo-Provera, Megestron, y Petogen.
- El (EN-NET) es conocido, también, como enantato de noretisterona, Noristerat, y Syngestal. (Por diferencias entre AMPD y EN-NET, ver Comparación de Inyectables, p. 359.)

- Se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo. Hay otra formulación de AMPD que puede inyectarse justo debajo de la piel (inyección subcutánea). Ver Nueva formulación de AMPD, p. 63.
- Funcionan fundamentalmente evitando 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 los utiliza comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres que utilizan inyectables con progestina sola en el correr del primer año. Esto significa que 97 de cada 100 mujeres que usan inyectables no quedarán embarazadas.
- Cuando la mujer recibe sus inyecciones a tiempo, se produce menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan inyecciones con progestina sola en el correr del primer año (3 por 1.000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, luego de recibir AMPD y EN-NET, la mujer demora unos 4 meses más y un mes más, respectivamente, que con la mayoría de los otros métodos (ver Pregunta 7, p. 79).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales *(ver Manejo de los Problemas, 75)*

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

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

  3 primeros meses:

  – Sangrado irregular

  – Sangrado prolongado

  Al año:

  – Ausencia de menstruación

  – Sangrado infrecuente

  –Sangrado irregular
- El EN-NET afecta los patrones de sangrado en menor medida que los AMPD. Las usuarias de EN-NET 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 (ver Pregunta 4, p. 78)
- Cefaleas
- Mareos
- Distensión y molestia abdominal
- Cambios de humor
- Disminución del impulso sexual

Otros posibles cambios físicos:

- Pérdida de densidad ósea (ver Pregunta 10, p. 80)

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Inyectables con Progestina Sola

- No requieren de ninguna acción diaria
- No interfieren con el sexo
- Son privadas: Nadie se da cuenta que una mujer utiliza anticoncepción
- No hay sangrado menstrual (para muchas mujeres)
- Pueden ayudar a la mujer a aumentar de peso

Beneficios Conocidos para la Salud	*Riesgos Conocidos para la Salud*
AMPD	
Ayuda a proteger contra: • Riesgo de embarazo • Cáncer del revestimiento uterino (cáncer endometrial) • Fibromas uterinos Puede ayudar a proteger contra: • Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática • Anemia por deficiencia de hierro Reduce: • Crisis de anemia falciforme en las mujeres con anemia falciforme • Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)	Ninguno
EN-NET	
Ayuda a proteger contra: • Anemia por deficiencia de hierro	Ninguno

EN-NET puede ofrecer muchos de los mismos beneficios para la salud que AMPD, pero, esta lista de beneficios incluye solamente aquellos para los cuales se dispone de evidencia surgida de la investigación.

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 78)

Los inyectables con progestina sola:

- La mujer puede dejar de tener sangrado menstrual, pero eso no es malo. Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No alteran el curso de un embarazo ya existente.
- No produce infertilidad en la mujer.

Nueva Formulación de AMPD

Se ha desarrollado una formulación de AMPD específicamente para inyección en el tejido inmediatamente debajo de la piel (inyección subcutánea). Esta nueva formulación debe suministrarse por vía subcutánea. Otras vías de administración le hacen perder eficacia. (Asimismo, la AMPD de uso intramuscular no debe aplicarse en forma subcutánea.)

La dosis de hormonas de la nueva formulación subcutánea (AMPD-SC) es 30% menor a la de la AMPD formulada para inyección en el músculo— 104 mg en lugar de 150 mg. De esta manera, puede provocar menos efectos colaterales, como aumento de peso. La eficacia anticonceptiva es similar. Al igual que las usuarias de AMPD, las usuarias de AMPD-SC reciben una inyección cada 3 meses.

La AMPD-SC estará disponible en jeringas prellenadas, incluyendo el sistema Uniject de uso único. Estas jeringas prellenadas tendrán agujas cortas especiales, pensadas para el uso subcutáneo. Estas jeringas permitirían a la mujer inyectarse AMPD sola. La AMPD-SC fue aprobada por la United States Food and Drug Administration en diciembre de 2004 bajo el nombre de "depo-subQ provera 104." Desde entonces, también ha sido aprobada en el Reino Unido.

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar Inyectables con Progestina Sola

Seguro y Adecuado para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables con progestina sola de manera segura y eficaz, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- De cualquier edad, incluyendo 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 (comenzando ya a las 6 semanas del parto)
- Estén infectadas con VIH, estando o no en terapia antiretroviral (ver Inyectables con progestina sola para mujeres con VIH, p. 67)

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables con progestina sola:

- 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, p. 372)

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Inyectables con progestina Sola

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 con progestina sola si lo desea. Si responde "sí" a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar con inyectables con progestina sola.

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

❑ NO ❑ **SI** La mujer puede comenzar las inyectables con progestina sola ya a las 6 semanas después del parto (ver Pecho exclusivo o casi exclusivo, o Amamantando parcialmente, p. 69).

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, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático), no le indique inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿Tiene hipertensión?

❑ NO ❑ **SI** Si no le puede controlar la presión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, déle inyectables con progestina sola.

Si es posible, controle la presión arterial:

- Si está siendo actualmente tratada por hipertensión y se controla adecuadamente, o si su presión arterial está por debajo de 160/100 mm Hg, déle inyectables con progestina sola.
- Si la presión arterial sistólica es de 160 mm Hg o más alta, o la presión arterial diastólica es de 100 o más alta, no suministre inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir otro método—uno que sea 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** No suministre inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir otro método—uno que sea sin estrógeno.

(Continúa en la página siguiente)

Criterios Médicos de Elegibilidad para Inyectables con Progestina Sola (continuación)

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 declara infarto de miocardio, cardiopatía por bloqueo o estenosis arterial, o accidente CV, no le dé inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir otro método—uno que sea sin estrógeno. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), 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 con progestina sola 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 con progestina sola.

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

❑ NO ❑ **SI** No le dé inyectables con progestina sola. 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** No le dé inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir otro método —uno que no tenga estrógenos.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En Casos Especiales Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones debajo enumeradas no debería utilizar inyectables con progestina sola. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar inyectables con progestina sola. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- Está amamantando y pasaron menos de 6 semanas desde el parto
- Hipertensión severa (sistólica de 160 mm Hg o más alta, o diastólica de 100 mm Hg o más)
- Coágulo de sangre en venas profundas de piernas o pulmones
- Antecedentes de cardiopatía o cardiopatía actual por arterias bloqueadas o estenosadas (cardiopatía isquémica)
- Antecedentes de accidente CV
- Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, tales como diabetes e hipertensión
- Sangrado vaginal inexplicado previo a evaluación por posibles afecciones graves subyacentes
- Se le diagnosticó cáncer de mamas hace más de 5 años atrás y no le ha vuelto a aparecer
- Diabetes por más de 20 años o daño a las arterias, a la vista, los riñones, o el sistema nervioso causado por diabetes
- Patología hepática severa, infección, o tumor hepático

Anticonceptivos Orales Combinados para Mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas de VIH, con SIDA, o en terapia antiretroviral (ARV) pueden utilizar inyectables con progestina sola con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres a utilizar condones junto con los inyectables con progestina sola. Los condones ayudan a prevenir la transmisión de VIH y otras ITS si se los utiliza de manera consistente y correcta.

Administración de Inyectables con Progestina Sola

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar inyectables con progestina sola 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 (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales o se pasa de un método sin hormonas	**En cualquier momento del mes** • Si comienza dentro de los 7 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo. • Si han pasado 7 días del comienzo de su menstruación, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo * los primeros 7 días después de la inyección. • Si se está cambiando de un DIU, podrá comenzar con inyectables inmediatamente (ver DIU de cobre, Pasaje de un DIU a Otro Método, p. 148).
Pasaje de un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera consistente 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 se está pasando de otro inyectable, puede comenzar con el nuevo inyectable cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	• Si el parto fue hace menos de 6 semanas, postergue su primera inyección hasta que se cumplan 6 semanas del parto. • Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar c/inyectables en cualquier momento entre las 6 semanas 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	• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si se 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.
Amamantando parcialmnte	
Menos de 6 semanas después del parto	• Postergue la inyección hasta que se cumplan 6 semanas después del parto.
Más de 6 semanas después del parto	• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada †. Precisará 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.

† *En los lugares donde se recomiende de rutina un control 6 semanas después del parto y sean limitadas las otras oportunidades de obtener anticonceptivos, algunos proveedores y programas pueden suministrar la primera inyección en el control de la 6ª semana, sin más evidencia de que la mujer no está embarazada, si no se ha restablecido su menstruación.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
No amamantando	
Menos de 4 semanas después del parto	• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento. No precisa método de respaldo.
Más de 4 semanas después del parto	• Si su menstruación no se ha restablecido, puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada †. Precisará 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 (ver p. 68).
Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)	• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no está embarazada. Precisará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
Después de un aborto o pérdida de embarazo	• 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 esté embarazada. Precisa un método de respaldo para los primeros 7 días después de la inyección.
Después de tomar píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)	• Puede comenzar con inyectables el mismo día de las PAE, o, si lo prefiere, dentro de los 7 días después del inicio de su menstruación. Necesitará un método de respaldo para los 7 primeros días después de la inyección. Deberá volver si presenta signos o síntomas de embarazo además de no tener menstruación (Por Signos y síntomas comunes de embarazo, ver p. 371).

† *En los lugares donde se recomiende de rutina un control 6 semanas después del parto y sean limitadas las otras oportunidades de obtener anticonceptivos, algunos proveedores y programas pueden suministrar la primera inyección en el control de la 6ª semana, sin más evidencia de que la mujer no está embarazada, si no se ha restablecido su menstruación.*

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

IMPORTANTE: Antes de administrar la inyección debe brindarse un minucioso asesoramiento sobre las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos colaterales. 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 colaterales más comunes

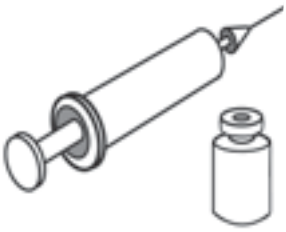
- En los primeros meses: sangrado irregular, sangrado prolongado, sangrado frecuente. Luego, ausencia de menstruación.
- Aumento de peso (aproximadamente 1–2 kg por año), cefaleas, mareos y posiblemente, otros efectos colaterales.

Dé una explicación sobre estos efectos colaterales

- Los efectos colaterales 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 colateral.

Administración de la Inyección

1. Obtenga una dosis de inyectable, aguja y jeringa



- AMPD: 150 mg para inyecciones en el músculo (inyección intramuscular). EN-NET: 200 mg para inyecciones en el músculo.
- Si es posible, utilice viales de dosis única. Verifique la fecha de vencimiento. 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.
- EN-NET: Una jeringa de 2 o 5 ml y una aguja intramuscular calibre 19. También se puede utilizar una aguja más fina (calibre 21–23)
- De haber disponible, utilice, para cada inyección, una jeringa descartable que se inutilice al usar, y aguja de un envase nuevo, sellado (con fecha de expiración vigente y sin daños).

2. Lave

- Si es posible, lave sus manos con agua y jabón.
- Si el sitio de inyección está sucio, lave con agua y jabón.
- No hay necesidad de limpiar con antiséptico.

3. Prepare el vial

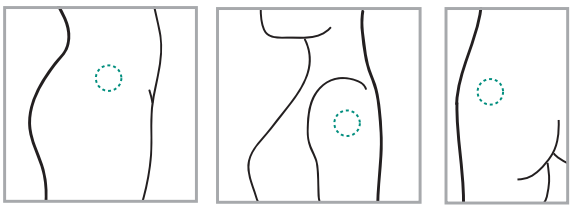
- AMPD: Agite suavemente el vial.
- EN-NET: No es necesario agitar el vial.
- No es necesario limpiar el extremo superior del vial con antiséptico.
- Si el vial está frío, entíbielo a la temperatura cutánea antes de suministrar la inyección.

4. Llene la jeringa

- Perfore el extremo superior del vial con la aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada.

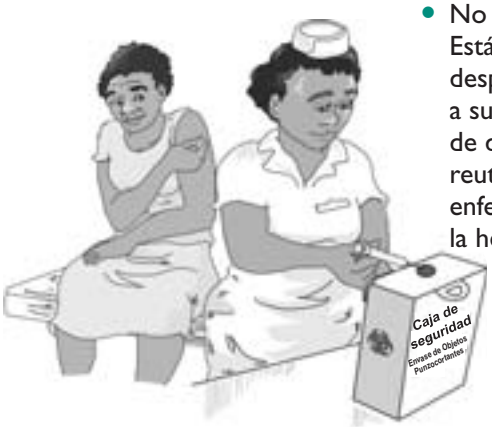
5. Inyecte la fórmula

- 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.



6. Elimine de manera segura las jeringas y agujas descartables

- 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 (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).

Apoyo a la Usuaria

Dé instrucciones específicas

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

"Vuelva cuando Quiera": Razones para Volver Antes de la Próxima Inyección

Transmítale a cada cliente que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada.

Consejo general de salud: Toda mujer que sienta repentinamente que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la Próxima Visita

1. Convenga una fecha para su próxima inyección en 3 meses (13 semanas) para AMPD, o en 2 meses (8 semanas) para EN-NET. Analice formas de recordar la fecha, tal vez, asociándola a un día feriado o a otro evento.
2. Solicítele que intente venir en fecha. Puede venir hasta 2 semanas antes de la fecha o 2 semanas después y aún recibir la inyección.
3. Sin importar lo tarde que sea, la mujer debe volver por su próxima inyección. Si se ha atrasado más de 2 semanas, deberá abstenerse de tener sexo, o utilizar condón, espermicidas o coito interrumpido hasta que reciba su inyección. Si se ha atrasado más de 2 semanas y ha tenido sexo sin protección en los últimos 5 días, puede también considerar los anticonceptivos orales de emergencia (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

Ayuda a Usuarias Continuas

Visitas para Inyecciones de Repetición

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en su sangrado. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, página siguiente).
3. Déle la inyección. La inyección puede ser dada hasta 2 semanas antes o después.
4. Programe su próxima inyección. Concerte una fecha para su próxima inyección (en 3 meses o 13 semanas para AMPD, 2 meses para EN-NET). Recuérdele que debe intentar volver en fecha, pero que aún cuando se atrase es importante que igual vuelva.
5. Controle su presión arterial de ser posible una vez al año (ver Criterios Médicos de Elegibilidad, Pregunta 3, p. 65).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha aparecido algún problema de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Por problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 77.
7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.

Manejo de Inyecciones Tardías

- Si la usuaria vuelve menos de 2 semanas tarde para la inyección de repetición, puede recibir su próxima inyección. No hay necesidad de pruebas, evaluación, o método de respaldo.
- La usuaria que vuelve 2 semanas tarde 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 o ha tomado anticonceptivos orales de emergencia (AOE) después de cualquier sexo sin protección desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse dado la última inyección, o
  - Está dando pecho exclusivo o casi exclusivo y tuve el parto hace menos de 6 meses.

  Precisará un método de respaldo los 7 primeros días después de la inyección.
- Si la usuaria llega más de 2 semanas tarde y no cumple con estos criterios, pueden tomarse pasos adicionales para estar razonablemente seguros de que no está embarazada (ver Otras Opciones para evaluar el embarazo, p. 370). Estos pasos son útiles, ya que muchas mujeres que han estado utilizando inyectables con progestina sola no tendrán su menstruación por un mínimo de algunos meses, incluso después de haberlos dejado. Así, solicitarle que vuelva durante su próxima menstruación significa que su próxima inyección podría postergarse innecesariamente, posiblemente dejándola sin la protección de su método anticonceptivo.

- Comente las razones por las que la usuaria se retrasó y analice soluciones. Si venir en fecha resulta un problema frecuente, considere el uso de un método de respaldo cuando exista atraso en su inyección, como tomar AOE, o la elección de otro método

Manejo de Problemas

Problemas Comunicados como Efectos Colaterales

Pueden o no ser debidos al método.

- Los problemas por efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase 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 con progestina sola 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 pasarse 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 con progestina sola 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 breve con 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día, o 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día, después de las comidas, durante 5 días, comenzando cuando empiece 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, pág. 77).

Aumento de peso

- Revise la dieta y aconseje de acuerdo a 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 con progestina sola 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 breve probando (de a uno por vez):
  - Anticonceptivos orales combinados (AOC), tomando una píldora diaria por 21 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
  - 50 µg de etinil estradiol diarios por 21 días, comenzando cuando empiece el sangrado profuso.
- Si el sangrado pasa a ser una amenaza a la salud, o si la mujer lo desea, ayúdela a elegir otro método. Mientras tanto, puede tomar etinil estradiol o AOC como se indica arriba, para ayudar a reducir el sangrado.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale tomar tabletas de hierro y dígale 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, página siguiente).

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 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, incluyendo cambios en su relación de pareja. Apóyela si corresponde.
- Las usuarias con cambios serios en el humor, tales como depresión mayor, deben ser derivadas para una correcta atención.
- Considere medicamntos disponibles localmente.

Mareos

- Considere medicamentos disponibles localmente.

Nuevos Problemas que Puedan Requerir Cambiar de Método

Pueden ser debidos al método o no.

Migraña (ver Identificación de Cefaleas y Auras Migrañosas, p. 368)

- Si la mujer presenta migraña sin aura puede continuar utilizando el método, si lo desea.
- Si presenta migraña con aura, no le administre la inyección. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no relacionada con el método)

- Derive a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y trátela si corresponde.
- Si no puede hallarse una causa para el sangrado, considere interrumpir los inyectables con progestina sola para facilitar el diagnóstico. Suminístrele el método que la usuaria elija para ser utilizado hasta que su patología sea evaluada y tratada (que no sean implantes ni DIU de hormonas o de cobre).
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamatoria pélvica, la mujer podrá seguir utilizando inyectables con progestina sola durante el tratamiento.

Algunas patologías graves (sospecha de estenosis o bloqueo arterial, hepatopatía, hipertensión severa, coágulos de sangre en venas profundas de piernas o en pulmones, accidente cerebrovascular, cáncer de mama, daño arterial, alteraciones de la visión, riñones, o del sistema nervioso provocados por diabetes). Ver Signos y Síntomas de Afecciones Graves de la Salud, p. 320.

- No le dé su próxima inyección.
- Déle un método de respaldo para utilizar hasta que se evalúe su condición.
- Si todavía no se está siendo atendida, derívela para su diagnóstico y atención.

Sospecha de embarazo

- Haga pruebas de detección de embarazo.
- Si se confirma embarazo, interrumpa las inyecciones.
- No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer está utilizando inyectables (ver Pregunta 11, p. 80).

Preguntas y Respuestas Sobre los Inyectables con Progestina Sola

1. ¿Puede una mujer expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS) utilizar inyectables con progestina sola?

Sí. Las mujeres con riesgo de ITS pueden utilizar inyectables con progestina sola. Los escasos estudios disponibles han hallado que las mujeres que utilizaban AMPD eran más proclives a adquirir clamydia que las mujeres que no utilizaban anticoncepción hormonal. No se conoce la razón de esta diferencia. Existen pocos estudios disponibles acerca del uso de EN-NET e ITS. Como sucede con toda persona con riesgo de ITS, hay que hacer ver a las usuarias de inyectables de progestina sola que puedan estar en riesgo de ITS que deberían utilizar condones de manera correcta cada vez que tengan sexo. El uso correcto y consistente de condones reducirá su riesgo de infectarse si se exponen a una ITS.

2. ¿Si una mujer no tiene su menstruación utilizando inyectables con progestina sola, ¿significa que está embarazada?

Probablemente no, en especial si está amamantando. Eventualmente muchas mujeres que utilizan inyectables con progestina sola 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 la puede derivar para que se la realice. Si le preocupa no tener su menstruación, puede servirle pasarse a otro método.

3. ¿Son seguros los inyectables con progestina sola para la mujer que está amamantando?

Sí. Esta es una buena elección para una madre que está amamantando y que quiera un método hormonal. Los inyectables con progestina sola son seguros tanto para la madre como para el bebé, comenzando ya a las 6 semanas después del parto. No afectan la producción de leche.

4. ¿Qué aumento de peso experimenta una mujer que utiliza inyectables con progestina sola?

Las mujeres que utilizan AMPD aumentan un promedio de 1–2 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 1–2 kg al año. Paralelamente, algunas usuarias de inyectables con progestina sola 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 AMPD.

5. ¿AMPD y EN-NET causan abortos?

No. La investigación en inyectables con progestina sola concluye que no interrumpen un embarazo en curso. No deberían ser utilizados para causar un aborto. No lo harán.

6. ¿Los inyectables con progestina sola producen infertilidad en la mujer?

No. Puede haber una demora en recuperar la fertilidad después de interrumpir el uso de inyectables con progestina sola, 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 con progestina sola, 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 AMPD o EN-NET?

Las mujeres que dejan de utilizar 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 EN-NET esperan, promedialmente, 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 con progestina sola, 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 AMPD provocan cáncer?

Varios estudios muestran que los AMPD no causan cáncer. El uso de AMPD ayuda a la protección contra el cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial). Los hallazgos de los escasos estudios sobre el uso de AMPD y cáncer de mama son similares a los hallazgos para los anticonceptivos orales combinados: Las mujeres que utilizaron AMPD fueron ligeramente más proclives a presentar cáncer de mama mientras estaban utilizando AMPD o dentro de los 10 años de haberlos dejado. No resulta claro si estos hallazgos se explican por una detección más temprana de cánceres existentes entre usuarias de AMPD o por un efecto biológico del AMPD en el cáncer de mama. Unos pocos estudios sobre el uso de AMPD y cáncer cervical sugieren que podría haber un ligero incremento del riesgo de cáncer cervical entre mujeres que utilizaron AMPD por 5 años o más. Sin embargo, el cáncer cervical no puede aparecer solamente por el uso de AMPD. Es causado por una infección persistente con papilomavirus humano. Existe escasa información disponible sobre EN-NET. Se supone sea tan seguro como AMPD y otros métodos anticonceptivos que contienen sólo una progestina, tales como implantes y píldoras con progestina sola.

9. ¿Puede pasarse una mujer de un inyectable con progestina sola a otro?

El cambio de inyectable es seguro y no reduce la eficacia. Si es necesario cambiarse 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 AMPD la densidad ósea?

El uso de AMPD reduce la densidad ósea. Sin embargo, la investigación no ha encontrado que las usuarias de AMPD 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 AMPD. Entre mujeres adultas que dejaron de usar AMPD, después de 2 o 3 años, la densidad ósea parece ser similar a la de las mujeres que nunca utilizaron AMPD. Entre las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea. No existen datos disponibles sobre EN-NET y pérdida ósea, pero se supone que los efectos sean similares a los de AMPD.

11. ¿Los inyectables con progestina sola causan defectos de nacimiento? ¿Si una mujer utiliza inyectables con progestina sola estando embarazada le hace daño al feto?

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

12. ¿Los inyectables con progestina sola 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 con progestina sola o a otras razones. El proveedor puede ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (ver Cambios del humor o el impulso sexual, p. 76). No hay pruebas de que los inyectables con progestina sola afecten el comportamiento sexual de la mujer.

13. ¿Qué hacer si la mujer regresa tarde para su próxima inyección?

Las actuales orientaciones de la OMS recomiendan dar a la mujer su siguiente inyección con progestina sola aún si llega hasta 2 semanas tarde, sin necesidad de más evidencia de que no está embarazada. Sin embargo, algunas mujeres demoran la repetición de su inyección. El proveedor puede Utilizar Otras Opciones para Evaluar el Embarazo (ver p. 370) si la usuaria tiene más de 2 semanas de atraso para su inyección de repetición.

Inyectables Mensuales

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **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 Inyectables Mensuales?

- Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas—una progestina 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 combinados, AIC, o "la inyección".
- La información de este capítulo se aplica al acetato de medroxiprogesterona (AMP)/cipionato de estradiol y al enantato de noretisterona (EN-NET)/valerato de estradiol. La información puede también aplicarse a formulaciones anteriores, sobre las que se sabe menos.
- El AMP/cipionato de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo-Provera, Feminena, Lunella, Lunelle, Novafem, y otros. El EN-NET/valerato. de estradiol se comercializa bajo los nombres comerciales Mesigyna y Norigynon.
- Funcionan fundamentalmente evitando 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 los utiliza comúnmente, se producen cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales en el correr del 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 en el correr del primer año (5 por 10.000 mujeres).

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de las inyecciones: En promedio, aproximadamente 1 mes más que con la mayoría de los otros métodos (ver Pregunta 11, p. 100)

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Inyectables Mensuales

- No requieren de ninguna acción diaria
- Son privadas: Nadie se entera si una mujer está usando anticoncepción
- Las inyecciones pueden interrumpirse en cualquier momento
- Son buenas para regular la separación entre partos

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales (ver Manejo de los Problemas, p. 95)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
  - Sangrado más leve y de menos días
  - Sangrado irregular
  - Sangrado infrecuente
  - Sangrado prolongado
  - Sin menstruación
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Dolorimiento mamario

Beneficios y Riesgos Conocidos para la Salud

Son limitados los estudios a largo plazo sobre los inyectables mensuales, pero los investigadores preveen 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, p. 3). Sin embargo, podría haber algunas diferencias en los efectos sobre el hígado (ver Pregunta 2, p. 98).

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 98)

Inyectables mensuales:

- Pueden interrumpir las menstruaciones, pero eso no es perjudicial. Es como no menstruar durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- No están en fases experimentales de estudio. Han sido aprobados por los organismos gubernamentales.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan adelanto de la menopausia.
- No causan defectos de nacimiento o nacimientos múltiples.
- No provocan prurito.
- No alteran el comportamiento sexual de la mujer.

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar Inyectables Mensuales

Seguro y Adecuado para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables mensuales de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años
- Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo
- Fumen cigarrillos, cualquiera sea 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 antiretroviral (ver Inyectables mensuales para mujeres con VIH, p. 88)

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, p. 372)

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Inyectables Mensuales

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 un bebé de menos de 6 meses?

❑ NO ❑ **SI**

- Si está dando pecho exclusivo o casi exclusivo: Puede comenzar 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé—lo que ocurra primero (ver Pecho exclusivo o casi exclusivo, p. 89).
- Si amamanta parcialmente: La mujer puede comenzar los inyectables mensuales ya a las 6 semanas después del parto (ver Amamantando parcialmente, p. 90).

2. ¿Ha tenido usted un bebé hace menos de 3 semanas y no lo está amamantando?

❑ NO ❑ **SI** Puede comenzar con inyectables mensuales ya a las 3 semanas después del parto (ver No amamantando, p. 90).

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 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, hepatitis activa, cirrosis severa, 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).

(Continúa en la página siguiente)

Criterios Médicos de Elegibilidad para Inyectables Mensuales (continuación)

5. ¿Tiene hipertensión?

❑ NO ❑ **SI** Si no le puede controlar la presión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, o si está siendo tratada por hipertensión, no le dé inyectables mensuales. Si es posible, derívela a un control de presión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Si es posible, controle la presión arterial:

- Si la presión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, suministre inyectables mensuales.
- Si su presión arterial sistólica es de 140 mm Hg o más, o si la presión arterial diastólica es de 90 o más, no suministre inyectables mensuales. Si la presión arterial sistólica es de 160 o más o la presión diastólica es de 100 o más, ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean los inyectables que sólo contienen progestina.

(Una lectura de la presión arterial en el rango 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 presión arterial, o ayúdela ahora a elegir otro método si ella lo prefiere. Si en el siguiente control su presión arterial está por debajo de 140/90, puede utilizar inyectables mensuales.)

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 inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno, que no sean inyectables con progestina sola.

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 declara 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 con progestina sola. Si actualmente presenta un coágulo en venas profundas de piernas o pulmones (no coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

* *Los métodos de respaldo incluyen abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficientes. Si es posible, proporciónele condones.*

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

❑ NO ❑ **SI** No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un metodo 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. (ver Migrañas, Jaquecas y Auras, p. 368).

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** No dar inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método sin estrógenos, pero no inyectables con progestina sola.

Para ver las clasificaciones completas, ver Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que haya de utilizar la usuaria. También destaque cualquier afección que pueda hacer que el método sea desaconsejable, cuando sea pertinente para la usuaria.

Uso del Juicio Clínico en Casos Especiales

Habitualmente, una mujer con cualquiera de las condiciones enumeradas a continuación no debería utilizar inyectables mensuales. En circunstancias especiales, sin embargo, cuando no se dispone de otros métodos apropiados o aceptables para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar cuidadosamente la condición y situación de una mujer determinada, puede decidir que pueda usar inyectables mensuales. El proveedor debe considerar la gravedad de su afección y para la mayoría de las afecciones, si tendrá acceso a control.

- No está amamantando y hace menos de 3 semanas del parto
- Amamantando primariamente entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.
- 35 años de edad o más y fuma más de 15 cigarrillos por día
- Hipertensión (presión sistólica entre 140 y 159 mm Hg o presión diastólica entre 90 y 99 mm Hg)
- Presión arterial controlada, en los lugares donde es posible una evaluación continua
- Antecedentes de hipertensión, donde no se pueda medir la presión (incluyendo hipertensión inducida por el embarazo)
- Enfermedad hepática severa, infección, o tumor hepático
- 35 años o más y tiene migrañas (jaquecas) sin aura
- Menor de 35 años y tiene migrañas (jaquecas) que aparecieron o empeoraron mientras usaba inyectables mensuales
- Tuvo cáncer de mama hace más de 5 años y no ha recidivado
- Diabetes durante más de 20 años o daño arterial, de la visión, renal o del sistema nervioso provocado por diabetes
- Factores de riesgo múltiples para patología cardiovascular arterial, tales como, edad más avanzada, tabaquismo, diabetes e hipertensión

Inyectables Mensuales Para Mujeres con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antiretroviral (ARV) pueden usar inyectables mensuales de manera segura.
- Recomiende a estas mujeres a utilizar condones junto con los inyectables mensuales. Utilizados de manera consistente y correcta, los condones ayudan a evitar la transmisión de VIH y otras ITS.

Administración de Inyectables Mensuales

Cuándo Iniciar

IMPORTANTE: 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 (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Está teniendo ciclos menstruales o se pasa de un método no hormonal	**Cualquier momento del mes** • 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 (ver DIU de cobre, pasaje de un DIU a otro método, p. 148).
Pasaje desde un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera consistente y correctamente 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 pasando desde otro inyectable, puede recibir el nuevo inyectable cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.
Dando pecho exclusivo o casi exclusivo	
Menos de 6 meses después del parto	• Retrase la primera inyección hasta 6 meses después del parto o cuando el pecho ya no sea el principal alimento del bebé, lo que ocurra primero.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Diga a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Dando pecho exclusivo o casi exclusivo (continuación)	
Más de 6 meses después del parto	• Si no ha reinstalado 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 (ver p. 89).
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	• Retrase la primera inyección hasta por lo menos 6 semanas después del parto.
Más de 6 semanas después del parto	• 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 (ver p. 89).
No amamanta	
Menos de 4 semanas después del parto	• Puede comenzar con inyectables en cualquier momento en los días 21–28 después del parto. No necesita un método de respaldo.
Más de 4 semanas después del parto	• 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 (ver p. 89).

† *En los lugares donde se recomienda de rutina un control a las 6 semanas y haya limitaciones para conseguir métodos anticonceptivos algunos proveedores y programas pueden dar la primera inyección en el control de las 6 semanas, sin más evidencias que la mujer no está embarazada, si no le ha vuelto la menstruación.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
No menstrúa (no relacionado con lactancia o parto)	• 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 pérdida de embarazo o aborto	• Inmediatamente. Si comienza dentro de 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.
Después de anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Puede comenzar con inyectables el mismo día de los AOEs. No es preciso esperar a la próxima menstruación para recibir la inyección. Necesitará un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

IMPORTANTE: Antes de administrar la inyección hay que dar un asesoramiento minucioso sobre los cambios en el sangrado y otros efectos colaterales. El asesoramiento sobre cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método.

Describa los efectos colaterales más comunes	• Sangrado más escaso y de menor duración, sangrado irregular y sangrado infrecuente. • Aumento de peso, cefaleas, mareos, tensión mamaria y posiblemente otros efectos colaterales.
Explique los efectos colaterales	• Los efectos colaterales 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 colaterales le molestan.

Administración de la Inyección

1. Obtener una dosis de inyectable, aguja y jeringa

- 25 mg AMP/ cipionato de estradiol o 50 mg EN-NET/valerato de estradiol, aguja de inyección intramuscular, y jeringa de 2 ml o 5 ml. (EN-NET/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 vencimiento y no dañado), si se encuentra disponible.

2. Lavado

- Lávese las manos con agua y jabón, de ser posible.
- Si el sitio de inyección esta sucio, lávelo con agua y jabón.
- No necesita secar el sitio con antiséptico.

3. Prepare el vial

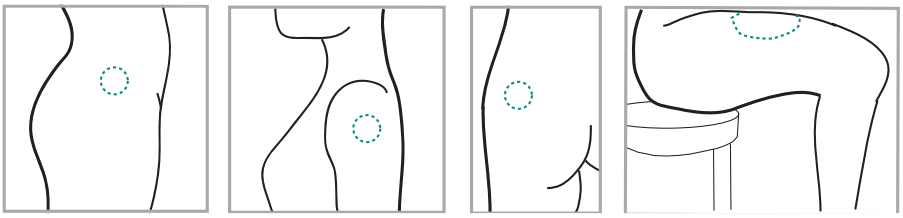
- AMP/cipionato de estradiol: Agite suavemente el vial.
- EN-NET/valerato de estradiol: No es necesario agitar el vial.
- No necesita limpiar la parte superior del vial con antiséptico.
- Si el vial esta frío, caliéntelo a temperatura cutánea antes de administrar la inyección.

4. Llenar la jeringa

- 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.)

5. Inyectar la fórmula

- Inserte la aguja estéril profundamente en la cadera (músculo ventroglúteo), parte superior del brazo (músculo deltoides), nalgas (músculo glúteo, porción supero externa), o en parte exterior de muslo (anterior), a elección de la mujer. Inyecte el contenido de la jeringa.
- No masajee el sitio de inyección.



6. Descarte las jeringas descartables y las agujas de manera segura

- No vuelva a ponerle el capuchón, no doble ni rompa las agujas antes de descartarlas.
- Colóquelas en un recipiente para elementos punzantes y filosos.

- No reutilice las jeringas y agujas descartables. Están hechas para ser destruidas luego de un uso único. Dada su forma son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, la reutilización puede transmitir enfermedades como VIH y hepatitis.
  - Si se vuelve a utilizar la jeringa y la aguja, deben ser esterilizadas nuevamente después de cada uso (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).

Apoyo a la Usuaria

Dar instrucciones específicas

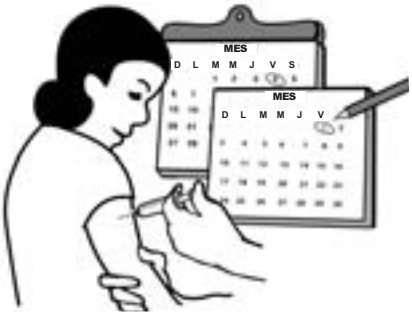
- Dígale que no masajee el sitio de inyección.
- Dígale a la usuaria el nombre de la inyección y programe la fecha de su próxima inyección para dentro de alrededor de 4 semanas

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver Antes de la Próxima Inyección

Asegúrele a la usuaria que será bien recibida si quiere volver en cualquier momento—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o quiere otro método; si tiene un cambio importante en el estado de su salud; o si piensa que puede estar embarazada.

Consejo general: Toda mujer que sienta súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente a personal de enfermería o a un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.

Planificación de la Próxima Inyección



1. Acuerde una fecha para su próxima inyección en 4 semanas.
2. Pídale que trate de venir en fecha. Puede venir hasta 7 días antes o 7 días después y aún así recibir la inyección.
3. Debe volver aún cuando sea muy tarde para su próxima inyección. Si tiene un atraso mayor de 7 días, debe abstenerse de sexo o utilizar condones, espermicidas, o retiro hasta que pueda recibir la inyección. También puede considerar los anticonceptivos orales de emergencia si tiene más de 7 días de atraso y si ha tenido sexo no protegido en los últimos 5 días (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

Ayuda a las Usuarias Continuas

Consultas para Repetición de la Inyección

1. Pregúntele a la usuaria cómo le esta yendo con el método y si está contenta. Pregúntele si tiene alguna pregunta o algo que hablar.
2. Pregunte especialmente si está preocupada por cambios en el sangrado. Déle cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, página siguiente).
3. Adminístrele la inyección. La inyección se puede administrar hasta 7 días antes o 7 días después de la fecha.
4. Planifique su próxima inyección. Póngase de acuerdo en la fecha de su próxima inyección (en 4 semanas). Recuérdele que debe tratar de llegar en fecha, pero que debería venir aún cuando se le haga muy tarde.

5. De ser posible, controle la presión arterial alrededor de una vez al año (ver Criterios Médicos de Elegibilidad, pregunta 5, p. 86).
6. Pregúntele a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud. Aborde cualquier problema si corresponde. Si presenta algún problema de salud que pueda requerir cambio de métodos (ver p. 97).
7. Pregúntele a la usuaria de larga data si ha tenido cambios importantes en la vida que puedan afectar sus necesidades—particularmente planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.

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 o ha recibido anticonceptivos orales de emergencia (AOE) después de tener sexo no protegido desde *7 días después de la fecha en que debería haber recibido la última inyección.*

  Necesitara 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 (ver Otras Opciones para Evaluar el Embarazo, p. 370).
- 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, como recibir AOE, o elegir otro método.

Manejo de Problemas

Problemas Comunicados como Efectos Colaterales

Pueden o no ser debidos al método.

- Los problemas con los efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de inyectables. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales, escuche sus inquietudes, brinde consejos y si corresponde, trátela.
- Ofrézcale 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 anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), comenzando a recibirlos cuando comienza el sangrado irregular. Los AINE brindan cierto alivio al sangrado irregular para implantes, inyectables de progestina sola 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 97).

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. Habitualmente 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 inicie el sangrado profuso para un alivio modesto a corto plazo. Los AINE alivian algo el sangrado profuso de los implantes, inyectables solo con progestina, DIU y también pueden ayudar con inyectables mensuales.
- Para ayudar a evitar la anemia, sugiera la ingesta de comprimidos de hierro y dígale que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, (tales como carne y ave, especialmente carne vacuna e hígado de pollo, pescado, hortalizas de hoja verde, 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, próxima página).

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 migrañosas)

- Sugiera aspirina (325–650 mg), 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.

Tensión mamaria

- 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.

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambio de Métodos

Pueden o no ser debidos al método.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiera una afección médica no relacionada con el método)

- Derive a la paciente o evalúe mediante anamnesis y examen pélvico. Diagnostique y trate según corresponda.
- Puede seguir utilizando los inyectables mensuales mientras que se está evaluando su condición.
- Si el sangrado es provocado por una infección de transmisión sexual o por enfermedad inflamatoria pélvica puede seguir utilizando los inyectables mensuales durante el tratamiento.

Cefaleas migrañosas (ver Identificación de las Cefaleas Migrañosas y Auras, p. 368)

- Independientemente de su edad, una mujer en la que aparecen cefaleas migrañosas con o sin aura, o cuya cefaleas migrañosas empeoren mientras que está usando los inyectables mensuales, debería dejar de usar los inyectables.
- Ayúdela a elegir un método sin estrógenos.

Circunstancias que le impidan caminar durante una semana o más

- Si va a realizarse cirugía mayor, o si tiene una pierna con un yeso, o por alguna otra razón no va a poder moverse durante varias semanas, debería:
  - Decirle al médico que está utilizando inyectables mensuales.
  - De ser posible, interrumpir las inyecciones un mes antes de la cirugía programada y utilizar un método de respaldo durante este periodo.
  - Volver a comenzar los inyectables mensuales a las 2 semanas de que se pueda mover nuevamente.

Ciertas condiciones de salud graves (sospecha de enfermedad cardíaca o hepática, hipertensión, coágulos sanguíneos en venas profundas de piernas o pulmón, accidente cerebrovascular, cáncer de mama o patología arterial de la visión, renal o del sistema nervioso provocado por diabetes). Ver Signos y Síntomas de Afecciones Graves de la Salud, p. 320.

- No administrar la próxima inyección.
- Administrar un método de respaldo para usar hasta que se evalúe la condición.
- Derivar para diagnóstico y atención si todavía no está recibiendo tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Evaluar para embarazo.
- Interrumpir las inyecciones si se confirma el embarazo.
- No hay riesgos conocidos para el feto concebido mientras que una mujer esta utilizando inyectables. (Ver pregunta 3, p. 98).

Preguntas y Respuestas Sobre los Inyectables Mensuales

1. ¿Qué diferencias hay entre los inyectables mensuales y DMPA o NET-EN?

La principal diferencia entre los inyectables mensuales y AMPD o EN-NET es que un inyectable mensual contiene un estrógeno así como una progestina, convirtiéndolo en un método combinado. Por el contrario, AMPD y EN-NET contienen sólo progestina. Además, los inyectables mensuales contienen menos progestina. Estas diferencias provocan un sangrado más regular y menos trastornos del sangrado que con AMPD o EN-NET. Los inyectables mensuales requieren una inyección mensual, mientras que EN-NET 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 presión sanguínea, 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 a 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 accidentalmente comienza con 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 dar 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 la 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 que por dar 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 darle 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 una cantidad cualquiera de cigarrillos y las mujeres de 35 años y mayores que fuman menos de 15 cigarrillos por día pueden usar inyectables mensuales con seguridad. (Por el contrario, las mujeres de 35 años y más que fumen cualquier cantidad de cigarrillos 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 con progestina sola, 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 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 de tamaño 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 de venas profundas). 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 vuelve tarde a su próxima inyección?

La pauta actual de la OMS 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 inclusive más tarde a repetir su inyección. Los proveedores pueden usar Otras Opciones para Evaluar el Embarazo (ver p. 370) si una usuaria de inyectables llega a repetirse la inyección más de 7 días tarde.

Parches Combinados

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Requiere usar un pequeño parche adhesivo.** Se usa sobre el cuerpo todos los días y todas las noches. Se coloca un nuevo parche cada semana, durante 3 semanas, seguido de una semana sin parche.
- **Reemplace el parche a tiempo para obtener la mayor efectividad**.
- **Las alteraciones del sangrado son comunes pero no son perjudiciales.** Habitualmente, hay sangrado irregular los primeros meses y luego el sangrado se hace más regular.

¿En qué Consiste el Parche Combinado?

- Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, de plástico flexible, que se usa contra el cuerpo.
- Libera continuamente 2 hormonas—una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno en el cuerpo de la mujer— directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.
- Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.
- También conocido como Ortho Evra y Evra.
- Actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Cuál es Su Eficacia?

La eficacia depende del usuario: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.

- El parche es nuevo y se cuenta con investigación limitada sobre su eficacia. Las tasas de eficacia en los ensayos clínicos del parche sugieren que podría ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, tal como se los usa comúnmente y con el uso correcto (ver Anticonceptivos Orales Combinados, ¿Cuál es su Eficacia?, p. 1).

- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesen 90 kg o más.

Recuperación de la fertilidad al interrumpir el parche: No hay demora

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales

Algunas usuarias relatan lo siguiente:

- Irritación cutánea o erupción en el sitio de aplicación del parche
- Cambios en la menstruación:
  - – Sangrado más leve y menos días de sangrado
  - – Sangrado irregular
  - – Sangrado prolongado
  - – No hay menstruación
- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Tensión y dolor mamarios
- Dolor abdominal
- Síntomas gripales/infección de la vía respiratoria alta
- Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis)

Beneficios para la Salud Conocidos y Riesgos para la Salud

Los estudios del parche a largo plazo son limitados, pero los investigadores piensan que los beneficios y riesgos a la salud sean como los de los anticonceptivos orales combinados (ver Anticonceptivos Orales Combinados, Beneficios y Riesgos a la Salud, p. 3).

> Los Criterios médicos de elegibilidad (ver p. 6), las pautas para cuándo comenzar (ver p. 10) y ayuda a las usuarias continuas (ver p. 16) son los mismos para el parche combinado que para los anticonceptivos orales combinados.

Proporcionando el Parche Combinado

Explicación de Su Uso

Explique cómo retirar el parche de la bolsa y la capa de atrás	• Explicar que debe romper la bolsa de papel de aluminio a lo largo del borde. • Luego debe retirar el parche y despegarle la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa.
Mostrarle dónde y cómo aplicar el parche	• Explicar que se lo puede aplicar en la parte superior externa del brazo, espalda, estómago, abdomen o nalgas, en algún lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas. • Debe apretar contra su piel la parte pegajosa que tiene el medicamento durante 10 segundos. Debe deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse que se pegue. • El parche quedará en ese lugar inclusive durante el trabajo, ejercicio, natación y baño.
Debe cambiarse el parche todas las semanas durante 3 semanas seguidas	• Debe aplicarse cada nuevo parche el mismo día de cada semana—el "día del cambio del parche." Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, todos sus parches deben aplicarse un domingo. • Explicar que para evitar la irritación no debe aplicarse el parche nuevo en el mismo lugar de la piel donde se había puesto el parche anterior.
No debe usar un parche en la cuarta semana	• Probablemente presente la menstruación esa semana.
Después de la semana sin parche debe aplicarse un nuevo parche	• Nunca deben pasar más de 7 días sin que use parche. De hacerlo corre riego de embarazo.

Apoyo a la Usuaria

Instrucciones para la Extracción o Reemplazo Tardío

¿Se olvidó de aplicar un nuevo parche al inicio de un ciclo de parche (durante la primera semana)**?**	• Aplique un nuevo parche lo antes posible. • Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche. • Utilice un método de respaldo* los 7 primeros días que usa el parche. • Además, si se aplicó el nuevo parche con 3 o más días de atraso (no usó parche durante 10 días o más seguidos) y ha tenido sexo no protegido los últimos 5 días, considere usar anticonceptivos orales de emergencia. Ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).
¿Se olvidó de cambiarse el parche en el medio del ciclo del parche (durante la semana 2 ó 3)**?**	• Si se atrasa 1 o 2 días (hasta 48 horas): – Aplique un nuevo parche en cuanto lo recuerde – Mantenga el mismo día de cambio de parche – No necesita un método de respaldo • Si se atrasa más de 2 días(más de 48 horas): – Interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando un nuevo parche inmediatamente – Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio de parche – Use un método de respaldo los primeros 7 días de uso del parche
¿Se olvidó de retirar el parche al final del ciclo del parche (semana 4)**?**	• Retire el parche. • Comience el próximo ciclo el día habitual del cambio de parche. • No necesita un método de respaldo.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Diga a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.*

Anillo Vaginal Combinado

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Necesita mantener un anillo flexible en la vagina.** Se mantiene colocado constantemente todos los días y noches durante 3 semanas, seguido de una semana sin colocación de anillo.
- **Comience cada nuevo anillo a tiempo para obtener su mayor eficacia.**
- **Es frecuente que haya cambios de sangrado pero no son perjudiciales.** Habitualmente hay sangrado irregular durante los primeros meses y luego se hace más liviano y más regular.

¿En qué Consiste el Anillo Vaginal Combinado?

- Se trata de un anillo flexible que se coloca en la vagina.
- Libera 2 hormonas de forma continua —una progestina y un estrógeno, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno producidas en el organismo de la mujer - dentro del anillo. Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo.
- Se mantiene el anillo colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.
- También se llama NuvaRing.
- Funciona fundamentalmente evitando la liberación de óvulos desde los ovarios (ovulación).

¿Cuál es Su Eficacia?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se atrasa en comenzar con un nuevo anillo.

- El anillo vaginal combinado es nuevo y se dispone de investigación limitada sobre su eficacia. Las tasas de eficacia en los ensayos clínicos del anillo vaginal sugieren que puede ser más eficaz que los anticonceptivos orales combinados, tanto como se los usa comúnmente, como con el uso consistente y correcto (ver Anticonceptivos Orales Combinados, ¿Cuál es su Eficacia?, p. 1).

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo: No hay atraso.
Protección contra infecciones de trasmisión sexual: Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales

Algunas usuarias relatan los siguiente:

- Cambios en la menstruación
  - Sangrado más leve y menos días de sangrado
  - Sangrado irregular
  - Sangrado prolongado
  - No hay menstruación
- Cefaleas
- Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis)
- Flujo vaginal blanco

Beneficios y Riesgos a la Salud Conocidos

Los estudios a largo plazo sobre el anillo vaginal son limitados, pero los investigadores esperan que sus beneficios y riesgos a la salud sean como los de los anticonceptivos orales combinados(ver Anticonceptivos Orales Combinados, Beneficios y Riesgos para la Salud, p. 3).

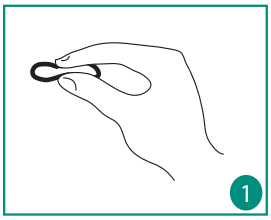
> Los Criterios médicos de elegibilidad (ver p. 6), las pautas para cuándo comenzar (ver p. 10), y la ayuda a las usuarias continuas (ver p. 16) son los mismos para el anillo combinado que para los anticonceptivos orales combinados.

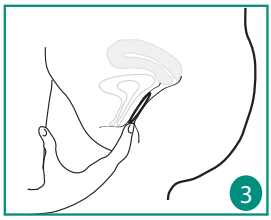
Suministro del Anillo Vaginal Combinado

Explicación de Cómo Usarlo

Explique cómo insertar el anillo

- 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.





Explique que el anillo debe quedar colocado 3 semanas

- 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 arrojarlo a la basura.

Debe quitarse el anillo la cuarta semana

- Para retirar el anillo, debe engancharlo con su dedo índice, o apretar el anillo entre su índice y el dedo medio y jalar hacia afuera.
- Probablemente tenga la menstruación esta semana.
- Si se olvida y deja el anillo colocado durante la cuarta semana no se necesita ninguna acción especial.

Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas hasta la cuarta semana

- 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, volviéndolo a colocar inmediatamente.

Apoyo a la Usuaria

Instrucciones para el Reemplazo o Extracción Tardíos

¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante las semanas 1 o 2?	• Vuelva a poner el anillo lo antes posible. Use un método de respaldo* los 7 días siguientes.
¿Se quitó el anillo más de 3 horas durante la semana 3?	• 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. (Otra opción: si el anillo fue utilizado de manera continua y correcta durante los últimos 7 días: deje el anillo fuera y pase los próximos 7 días de la semana sin anillo. Luego de esos 7 días, inserte un nuevo anillo, comenzando un nuevo ciclo y manténgalo colocado durante 3 semanas. Utilice un método de respaldo durante los 7 primeros días con el anillo nuevo)
¿Esperó más de 7 días antes de insertarse un nuevo anillo o mantuvo el anillo colocado más de 4 semanas?	• Inserte un nuevo anillo lo antes posible y comience un nuevo ciclo 4 semanas. • Utilice un método de respaldo durante los primeros 7 días del uso del anillo. • Además, si se inserta un nuevo anillo con 3 o más días de atraso (se dejó el anillo afuera durante 10 días o más seguidos) y tuvo sexo no protegido dentro de los últimos 5 días, considere tomar anticonceptivos orales de emergencia (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Diga a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.*

CAPITULO 8

Implantes

Puntos Claves para Proveedores y Clientes

- **Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas flexibles** que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.
- **Brinda protección contra embarazo a largo plazo.** Muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante, inmediatamente reversible.
- **Requiere un proveedor específicamente entrenado para insertarlo y quitarlo.** La mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta.
- **Se precisa poco de la usuaria una vez que se han colocado los implantes.**
- **Las alteraciones del sangrado son comunes pero no perjudiciales.** Habitualmente 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 una progestina parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer.
- Un proveedor específicamente entrenado 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 lo puede utilizar durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógeno.
- Hay muchos tipos de implantes:

  Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años

  – Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años (hay estudios en curso para ver si dura 4 años)
  – Norplant: 6 cápsulas, la etiqueta indica 5 años de uso. (Hay estudios de gran tamaño que han encontrado que su eficacia dura 7 años).
  – Sinoplant: 2 cilindros, eficaz durante 5 años
- Actúa primariamente por:
  – Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea los espermatozoides, no permitiéndoles llegar al óvulo)
  – Distorsión del ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

¿Cuál es Su Eficacia?

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

- Menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan los implantes el primer año (5 por 10.000 mujeres). Esto significa que 9.995 de cada 10.000 mujeres que utilizan implantes no va a quedar embarazada.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo mas allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.
  - En los últimos 5 años de uso de Jadelle: Alrededor de 1 embarazo cada 100 mujeres.
  - En los 3 años del uso de Implanon: Menos de 1 embarazo cada 100 mujeres (1 en 1.000 mujeres)
  - En los 7 años de uso de Norplant: Alrededor de 2 embarazos cada 100 mujeres
- Los implantes de Jadelle y Norplant comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso:
  - para mujeres que pesan 80 kg o más, Jadelle y Norplant pierden eficacia después de 4 años de uso.
  - Para las mujeres que pesan 70–79 kg, Norplant pierden eficacia después de 5 años de uso.
  - Es aconsejable que estas usuarias reemplacen sus implantes antes (ver Pregunta 9, p. 130).

Recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes: no hay demora

Protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

¿Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Implantes?

- No requieren que la usuaria haga nada una vez que se colocó el implante
- Previene el embarazo muy eficazmente
- Son de larga duración
- No interfieren con el sexo

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos a la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales (ver Manejo de Problemas, p. 124)

Algunas usuarias relatan lo siguiente

- Alteraciones de los patrones de sangrado, incluyendo:

  Los primeros meses:
  - Sangrado mas liviano y menos días de sangrado
  - Sangrado irregular que dura más de 8 días
  - Sangrado Infrecuente
  - No hay menstruación

  Después de alrededor de 1 año:
  - Sangrado mas liviano y menos días de sangrado
  - Sangrado irregular
  - Sangrado Infrecuente

  Las usuarias de Implanon tienen mas probabilidades de tener menstruación infrecuente o ausencia de menstruación que sangrado irregular que dure mas de 8 días.
- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Cambios de peso
- Tensión mamaria
- Mareos
- Cambios de humor
- Náuseas

Otros cambios físicos posibles:

- Aumento del tamaño de los folículos ováricos

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad inflamatoria pélvica sintomática

Puede ayudar a proteger contra:

- Anemia ferropénica

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

Complicaciones

Infrecuente

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

Raro:

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

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 128)

Implantes:

- Dejan de funcionar una vez que se retiran. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer.
- Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no hace mal. Es similar a no tener la menstruación durante el embarazo. No se acumula sangre en el interior de la mujer.
- No producen infertilidad en las mujeres.
- No se mueve a otras partes del cuerpo.
- Reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

¿Quién Puede y Quién no Puede Usar Implantes?

Son Seguros y Adecuados para casi Todas las Mujeres.

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

- Hayan o no hayan tenido hijos
- No estén casadas
- De cualquier edad incluyendo adolescentes y mujeres mayores de 40 años de edad
- Se acaban de hacer un aborto, o han tenido una pérdida de embarazo o embarazo ectópico
- Fuman cigarrillos, independientemente de la edad de la mujer o del numero de cigarrillos que fume
- Estén amamantando (comenzando ya en la sexta semana después del parto, con anemia actual o en el pasado)
- Tengan venas varicosas
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral (ver Implantes para mujeres con VIH, p. 115)

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
- Inclusive cuando una mujer no esté teniendo menstruación en el momento, si esta razonablemente segura de no estar embarazada (ver Lista de Verificación de Embarazo, p. 372)

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Implantes

Haga a la usuaria las preguntas a continuación sobre las afecciones medicas 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 aún así comenzar a usar implantes.

1. ¿Está dando pecho a un bebé menor de 6 semanas?

❑ NO ❑ **SI** Puede comenzar a utilizar implantes ya a las 6 semanas del parto (ver Lactancia exclusiva, o casi exclusiva, o Lactancia parcial p. 117).

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

❑ NO ❑ **SI** Si la usuaria relata hepatopatía activa grave (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor de hígado). No le indique implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

❑ NO ❑ **SI** Si relata un coágulo de sangre actual (no coágulos superficiales), no indicar implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

❑ NO ❑ **SI** ISi 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 progestina sola, o un DIU de cobre u hormonal). Después del tratamiento, reevaluar para el uso de implantes.

5. ¿Usted está tomando medicación por convulsiones? Está tomando rifampicina por tuberculosis u otras enfermedades?

❑ NO ❑ **SI** Si está recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, o rifampicina, no indicar implantes. Pueden hacer también que el implante sea menos eficaz. Ayúdela a elegir otro método, pero no anticonceptivos orales combinados o con progestina sola.

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

❑ NO ❑ **SI** No indique implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos a la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria quiera utilizar. Además, señale cualquier afección que pudiera contraindicar el método, cuando sea pertinente para la usuarias.

Utilización del Juicio Clínico en Casos Especiales

Habitualmente, las mujeres con cualquiera de las condiciones abajo enumeradas no deberían usar implantes. En circunstancias especiales, sin embargo, cuando no se disponga de otros métodos apropiados o aceptables para la mujer, un proveedor calificado que pueda evaluar la condición y situación de una mujer especifica puede decidir que puede usar implantes. El proveedor debe considerar la gravedad de su condición y para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a un control.

- Lactancia y menos de 6 semanas desde el parto
- Coágulo de sangre actual en venas profundas de miembros o pulmones
- Sangrado vaginal inexplicado antes de evaluación por posibles afecciones subyacentes graves
- Tuvo cáncer de mama hace más de 5 años y no ha recidivado.
- Hepatopatía severa, infección o tumor de hígado.
- Esta recibiendo barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoina, primidona, topiramato, o rifampicina. Debe usar un método de respaldo porque estos fármacos reducen la eficacia de los implantes.

Implantes para las Mujeres Con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA o que están recibiendo terapia antiretroviral (ARV) pueden utilizar los implantes de manera segura.
- Recomiende a estas mujeres a utilizar condones además de los implantes. Utilizados consistente y correctamente los condones puedes ayudar a evitar la transmisión de VIH y otras ITS. Los condones también brindan una protección adicional anticonceptiva para las mujeres que están en terapia ARV. No es seguro si las medicaciones ARV reducen la eficacia de los implantes.

Suministro de los Implantes

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: La mujer puede comenzar a usar implantes en cualquier momento que quiera, si está razonablemente segura de no estar embarazada. Para estar razonablemente segura de no estar embarazada, usar la Lista de Verificaciones de Embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Está teniendo ciclos menstruales o pasando de un método no hormonal	**En cualquier momento del mes** • Si esta comenzando dentro de los 7 días después de iniciada su menstruación (5 días para IMPLANON), no necesita método de respaldo. • Si hace mas de 7 días del inicio de su menstruación (más de 5 días para IMPLANON), 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 pasando de un DIU puede insertarse un implante inmediatamente. (Ver DIU de cobre, Pasaje de un DIU a Otro Método, p. 148).
Pasando de un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado usando el método hormonal consistentemente 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 pasando de inyectables, puede insertarse implantes cuando hubiera correspondido repetir la inyección. No necesita un método de respaldo.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Diga a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Dando pecho exclusivo o casi exclusivo	
Menos de 6 meses después del parto	• Si tuvo el parto hace menos de 6 semanas, espere por lo menos 6 semanas después del parto para colocarlo. • 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 (ver página anterior).
Más de 6 meses después del parto	• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitara 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 (ver página anterior).
Lactancia parcial	
Menos de 6 semanas después del parto	• Espere por lo menos 6 semanas después del parto para colocarse los implantes.
Más de 6 semanas después del parto	• Si no ha vuelto la menstruación, puede insertarse los implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.† Necesitara 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 (ver página anterior).
No está dando pecho	
Menos de 4 semanas después del parto	• Puede insertarse los implantes en cualquier momento. No necesita método de respaldo

† *En los lugares donde se recomienda de rutina un control a las 6 semanas y haya limitaciones para conseguir métodos anticonceptivos algunos proveedores y programas pueden insertar implantes en el control de las 6 semanas, sin más evidencias que la mujer no está embarazada, si no le ha vuelto la menstruación.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
No está dando pecho (continuación)	
Más de 4 semanas después del parto	• 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 insertarse los implantes tal como se aconseja para las mujeres que están teniendo ciclos menstruales (ver p. 116).
No tiene menstruación (no vinculado con parto o lactancia)	• Puede insertarse 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 pérdida de embarazo o aborto	• Inmediatamente. Si se insertan implantes dentro de 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 puede insertarse implantes en cualquier momento que esté razonablemente segura que no está embarazada. Necesitara un método de respaldo los primeros 7 días después de la colocación.
Después de recibir anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Se pueden insertar implantes dentro de los 7 días después de iniciar su próxima menstruación (dentro de 5 días para Implanon) o en cualquier otro momento que esté razonablemente segura de no estar embarazada. Suminístrele un método de respaldo, o anticonceptivos orales para iniciar el día que termina de recibir los AOE, para utilizar hasta que se inserte los implantes.

† *En los lugares donde se recomienda de rutina un control a las 6 semanas y haya limitaciones para conseguir métodos anticonceptivos algunos proveedores y programas pueden insertar implantes en el control de las 6 semanas, sin más evidencias que la mujer no está embarazada, si no le ha vuelto la menstruación*

Asesoramiento Sobre Efectos Colaterales

IMPORTANTE: Debe hacerse un asesoramiento minucioso sobre las alteraciones en el sangrado y otros efectos colaterales 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.

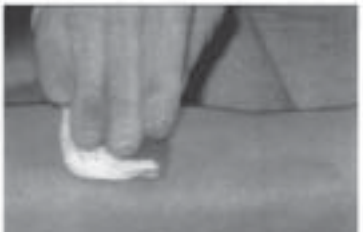
Describir los efectos colaterales más comunes	• Alteraciones del patrón de sangrado: – Sangrado irregular que dura más de 8 días alguna vez en el primer año. – Sangrado regular, infrecuente o falta de sangrado más adelante. • Cefaleas, dolor abdominal, tensión mamaria y posiblemente otros efectos colaterales.
Explicar estos efectos colaterales	• Los efectos colaterales no son signo de enfermedad. • La mayoría de los efectos colaterales habitualmente disminuyen o desaparecen dentro del primer año. • Son comunes pero hay mujeres que tal vez no los presenten. • La usuaria puede volver a consultar si los efectos colaterales la molestan.

Inserción de los Implantes

Explicación del Procedimiento de Inserción de Jadelle y Norplant

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 entrenamiento y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas.

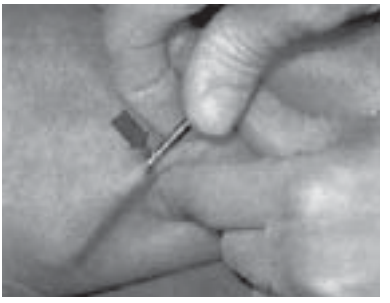
La inserción de los implantes habitualmente lleva unos pocos minutos pero algunas veces puede llevar más, dependiendo de la habilidad del proveedor. Las complicaciones son raras y también dependen de la destreza del proveedor. Implanon se inserta con un aplicador hecho especialmente para tales efectos similar a una jeringa. (No se precisa una incisión.)



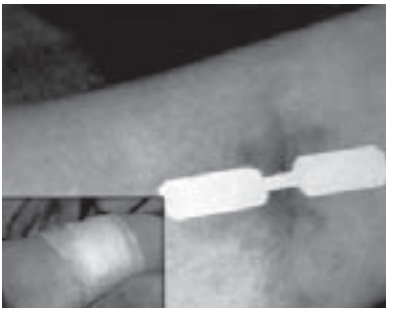
1. El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infección.

2. 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.

3. El proveedor hace una pequeña incisión en la piel en el interior de la parte superior del brazo.



4. El proveedor inserta los implantes justo debajo de la piel. La mujer puede sentir sensación de presión o tironeamiento.



5. 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.

Remoción de los Implantes

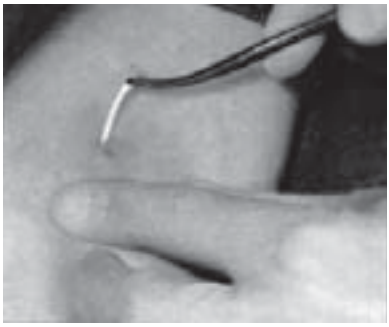
IMPORTANTE: Los proveedores no deben rechazar o demorarse cuando una mujer solicite que se le extraigan los implantes, por la razón que sea, ya sea personal o médica. Todo el personal debe comprender y concordar con que no se la debe presionar o forzar a seguir usando los implantes.

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 jalar 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 o 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.

Apoyo a la Usuaria

Dar Instrucciones Específicas

Mantenga el brazo seco	• 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, equímosis	• Después que haya pasado el efecto anestésico, le dolerá el brazo unos pocos días. Puede también tener hinchazón y equímosis en el sitio de inserción. Esto es común y desaparece sin tratamiento.
Duración de la protección de embarazo	• Hable con la usuaria qué sistema usar para recordar la fecha en que tiene que regresar. • De a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta de recordatorio, como la que se muestra a continuación, de ser posible y explique: El tipo de implante que tiene – La fecha de inserción – El mes y el año en que hay que retirar o sustituir los implantes. – Dónde debe acudir si tiene problemas o preguntas con sus implantes
Hágase retirar los Implantes antes que comiencen a perder eficacia	• Dígale que vuelva a la consulta o que vea a otro proveedor antes de que los implantes comiencen a perder eficacia (para extracción o, si quiere, sustitución).

Tarjeta de recordatorio del implante

Nombre de la usuaria: _____

Tipo de implante: _____

Fecha de inserción: _____

Extracción o reemplazo: Mes: _____ Año: _____

Si usted tiene cualquier problema o pregunta, acuda a:

(Nombre y dirección de la dependencia)

"Vuelva en Cualquier Momento": Razones para Volver

Asegure a toda usuaria que es bienvenida si quiere volver en cualquier momento, por ejemplo, si tiene problemas, preguntas o si quiere otro método, si tiene un cambio importante en el estado de salud, o si piensa que puede estar embarazada. También sí:

- Tiene dolor, calor, pus, o rubor en el sitio de inserción que empeora o que no desaparece, o que ve un cilindro que se está saliendo.
- Si ha aumentado mucho de peso. Esto puede reducir el tiempo de eficacia alta de sus implantes.

Consejo general: Toda mujer que sienta súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente al personal de enfermería o a un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.

Ayuda a las Usuarias Continuas

IMPORTANTE: No se necesita visita de control hasta que sea fecha de quitar los implantes. Sin embargo, hay que decirle a la usuaria claramente que será bien recibida en cualquier momento que quiera regresar.

1. Pregúntele a la usuaria cómo le esta yendo con el método y si está contenta. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que quisiera hablar.
2. Pregunte especialmente si está preocupada por cambios en el sangrado. Déle cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, página. 124).
3. Pregúntele a una usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde la última visita. Aborde cualquier problema si corresponde. Si presenta algún problema de salud que pueda requerir cambio de métodos, ver p. 127.
4. Pregúntele a una usuaria de larga data si ha tenido cambios importantes en la vida que puedan afectar sus necesidades—particularmente planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.
5. De ser posible, controle el peso de la usuaria que está usando implantes de Jadelle o Norplant. Si ha variado su peso lo suficiente como para afectar la duración de la eficacia de sus implantes, actualice su tarjeta de recordatorio, si la tiene, o déle una tarjeta nueva con la fecha correcta (ver Pregunta 9, p. 130).
6. Si la usuaria quiere seguir usando implantes y no tiene ninguna condición médica que se lo impida, recuérdele cuánto tiempo más la protegerán los implantes contra el embarazo.

Manejo de Problemas

Problemas Comunicados como Efectos Colaterales

Pueden o no ser debidos al método.

- Los problemas con los efectos colaterales afectan la satisfacción de la mujer y el uso de implantes. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales 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 esta medicación no le ayuda, puede probar uno de los siguientes, comenzando cuando comienza el sangrado irregular:
  - Anticonceptivos orales combinados con progestina 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 127).

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. Habitualmente no es perjudicial y disminuye o se interrumpe después de unos pocos meses.
- Para un alivio modesto y a corto plazo, puede probar con los tratamientos para sangrado irregular arriba mencionados, comenzando cuando comienza 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 dígale que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro, tales como carne y ave (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, hortalizas 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 127).

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- 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 pasarse a AOCs. El acné de muchas mujeres mejora con el uso de AOC.
- Considere medicamentos disponibles localmente.

Alteraciones de peso

- Revise la dieta y asesore según corresponda.

Tensión mamaria

- Recomiende el uso de un corpiño de soporte (inclusive 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, incluyendo cambios en su relación de pareja. Déle apoyo según corresponda.
- Las usuarias que tienen variaciones graves del humor como depresión mayor deben ser derivadas 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, controle 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 unos pocos días.
- Déle 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 vuelva después de terminar los antibióticos si la infección no ha desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, retire los implantes o derive 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 vuelve, retire los implantes o derive a la usuaria para su extracción.

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

- Raro. Habitualmente ocurre dentro de los primeros meses de inserción o con infección.
- Si no hay infección, remplace el cilindro o cápsula expulsados a través de una nueva incisión cerca de los otros cilindros o cápsulas o derive a la usuaria para su reemplazo.

Dolor severo en el abdómen inferior (sospecha de embarazo)

- Hay muchas entidades que pueden provocar un dolor abdominal severo. Esté particularmente alerta para detectar la aparición de otros signos o síntomas de embarazo ectópico, que si bien son raros, pueden amenazar la vida (ver Pregunta 7, p. 129).

- En las etapas iniciales del embarazo ectópico puede no haber síntomas o estos pueden ser leves, pero es posible que eventualmente se vuelvan severos. Si se combinan algunos de los siguientes signos o síntomas, debería aumentar la sospecha de embarazo ectópico:
  - Dolor o dolorimiento abdominal inusual
  - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado
  - Vahídos o mareos
  - Desvanecimiento
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, derívela para su inmediato diagnóstico y atención. (Por más información acerca de Embarazos Ectópicos, ver Esterilización Femenina, Manejo del Embarazo Ectópico, p. 179.)
- El dolor abdominal puede ser debido a otros problemas, tales como folículos ováricos aumentados de tamaño o quistes.
  - La mujer puede seguir utilizando los implantes mientras que se la evalúa.
  - No es necesario tratar los quistes o folículos ováricos aumentados de tamaño a menos que crezcan anormalmente, presenten torsión o estallido. Tranquilice a la paciente, transmitiéndole que normalmente desaparecen solos. Para asegurarse que el problema se esté resolviendo, de ser posible, vea nuevamente a la paciente en 6 semanas.

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambio de Método

Pueden ser debidos al método o no.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no relacionada con el método)

- Derive a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Haga el diagnóstico y el tratamiento si corresponde.
- Si no pudiera hallarse ninguna causa para este sangrado, considere la posibilidad de interrumpir los implantes para facilitar el diagnóstico. Suminístrele otro método que ella elija, para que pueda usar hasta que se evalúe y trate su condición (que no sean inyectables con progestina sola, o DIU con hormonas o de cobre).
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamatoria pélvica, podrá seguir utilizando implantes durante el tratamiento.

Comienzo de tratamiento con anticonvulsivantes o rifampicina

- La administración conjunta de barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, y rifampicina puede disminuir la eficacia de los implantes. Si resulta necesario usar estos medicamentos por un período prolongado, tal vez prefiera elegir otro método, como los inyectables mensuales, inyectables con progestina sola, o un DIU con hormonas o de cobre.
- Si utiliza estos medicamentos por un período corto, puede utilizar un método de respaldo junto con los implantes.

Migraña (ver Identificación de Cefaleas y Auras Migrañosas, p. 368)

- Si presenta migrañas sin aura, si lo desea, puede seguir utilizando implantes.
- Si presenta migrañas con aura, retire los implantes. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Algunas afecciones graves de salud (sospecha de coágulo sanguíneo en venas profundas de piernas o pulmones, enfermedad hepática, o cáncer de mama). Ver Signos y Síntomas de Afecciones Graves. p. 320.

- Retire los implantes o derive a la usuaria para su remoción.
- Déle un método de respaldo para utilizar mientras es evaluada.
- Si no se encuentra ya bajo atención, derívela para su diagnóstico y atención.

Cardiopatía por estenosis o bloqueo arterial (cardiopatía isquémica) **o accidente CV**

- Si la mujer presenta una de estas patologías, puede comenzar con implantes con seguridad. Sin embargo, si el problema aparece con el uso de los implantes:
  - Retire los implantes o derive a la usuaria para su remoción.
  - Ayúdela a elegir un método sin hormonas.
  - Si no se encuentra todavía bajo atención, derívela para su diagnóstico y atención.

Sospecha de embarazo

- Haga pruebas de detección de embarazo, incluyendo la detección de embarazo ectópico.
- Si la mujer prevé llevar su embarazo a término, retire los implantes o derívela para su remoción.
- No se conocen riesgos para un feto concebido mientras la mujer utiliza implantes (ver Pregunta 5, página siguiente).

Preguntas y Respuestas Sobre los Implantes

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

No. Las usuarias de implantes no precisan controles periódicos de rutina. Las visitas 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 volver 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 decaer 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 remoción 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 luego de retirarlos. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar implantes en general se recupera una vez que estos se retiran. 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 los inserta hasta que se los retire. Alguna rara vez, puede comenzar a salirse un cilindro, en general dentro de los 4 primeros meses después de la inserción. Habitualmente 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 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. ¿Los implantes modifican el estado de ánimo o el impulso sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que utilizan implantes se quejan de eso. Sin embargo, la gran mayoría de las usuarias de implantes no refieren cambios de este tipo y algunas manifiestan que hay una mejoría tanto del estado de ánimo como del impulso sexual. Resulta difícil determinar si tales cambios se deben a los implantes o alguna otra razón. No existe evidencia de que los implantes afecten el comportamiento sexual de la mujer.

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

No. Sin embargo, estas mujeres deberían saber que necesitan cambiar sus implantes Jadelle o Norplant antes para mantener un alto nivel de protección al embarazo. En estudios sobre los implantes Norplant, las tasas de embarazo entre mujeres que pesaban 70–79 kg fue de 2 por 100 mujeres en el sexto año de uso. Estas mujeres deberían recambiar sus implantes a los 5 años si desean seguir usando ese método. Entre mujeres que usaban implantes Norplant o Jadelle y con un peso igual o mayor a 80 kg, la tasa de embarazos fue de 6 por 100 en el quinto año de uso. Estas mujeres deberían recambiar sus implantes luego de 4 años. Estudios sobre Implanon no encontraron que el peso reduzca la eficacia dentro del período de vida útil aprobado para este tipo de implante.

10. ¿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 únicamente requieren tratamiento si crecen a un tamaño anormalmente grande, si presentan torsión o estallido. En general estos folículos desaparecen sin tratamiento (ver Dolor severo en el abdomen inferior, p. 126).

11. ¿Cuándo dejarán de estar disponibles los implantes Norplant?

El fabricante pretende producir los implantes Norplant hasta el año 2011 y aspira a sustituir el Norplant con un producto más nuevo, Jadelle. El implante Jadelle es similar al Norplant (ver Comparación de Implantes, p. 360). Jadelle es más fácil y rápido de insertar o retirar porque posee únicamente 2 cilindros, comparado con las 6 cápsulas de Norplant. Un estudio encontró que los proveedores pueden fácilmente pasar de proveer Norplant a proveer Jadelle. Sostienen que la colocación y remoción de Jadelle son más fáciles.

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

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

13. ¿Hay que realizarse 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, p. 372). No hay ninguna patología que contraindique el uso de implantes que se pueda detectar en un examen pélvico.

Dispositivo Intrauterino de Cobre

Este capítulo describe fundamentalmente el dispositivo intrauterino TCu-380A (por el Dispositivo intrauterino Levonorgestrel, ver p. 157).

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **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 entrenado.**
- **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.

¿En qué Consiste el Dispositivo Intrauterino?

- El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de mangas o alambres de cobre. Un proveedor con entrenamiento específico 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.
- Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al esperma 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 1.000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1.000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas.
- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y hasta tanto la mujer siga utilizando el DIU.
  - Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por 100 mujeres

- Los estudios han encontrado que el TCu-380A funciona durante 12 años. Sin embargo, la etiqueta del TCu-380A establece un uso máximo de 10 años. (Los proveedores deberán seguir las orientaciones del programa hasta que corresponda retirar el DIU)

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales (ver Manejo de los Problemas, 149)

Algunas usuarias relatan:

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

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer del recubrimiento uterino (cáncer endometrial)

Riesgos Conocidos para la Salud

No comunes:

- 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 profusa

Raro:

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

Complicaciones

Raro:

- 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, para el raro caso que la mujer quede embarazada estando con el DIU colocado.

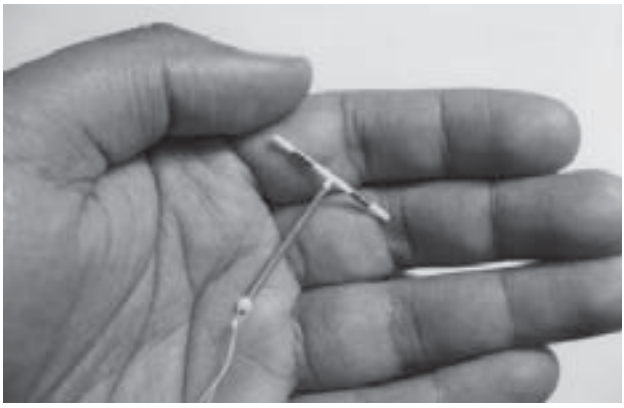
Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p.154)

Los dispositivos intrauterinos:

- Rara vez provocan EIP.
- No aumentan el riesgo de contraer ITS, incluyendo VIH.
- No aumentan el riesgo de pérdida de embarazo cuando una mujer queda embarazada después que se le retira el DIU.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan defectos de nacimiento.
- No causan cáncer.
- No se desplazan al corazón ni al cerebro.
- No causan incomodidad ni dolor a la mujer durante el sexo.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta el DIU

- Previene el embarazo con mucha eficacia
- Tiene larga duración
- Una vez insertado, el DIU no supone más costos
- Una vez insertado, el DIU no requiere que la usuaria haga nada



Quién Puede y Quién no Puede Utilizar DIU de Cobre

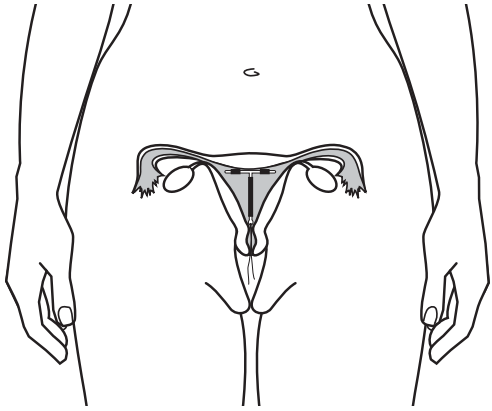
Seguro y Adecuado para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar DIU de manera segura y efectiva, incluyendo mujeres que:

- Hayan tenido hijos o no
- No estén casadas
- Tengan cualquier edad, incluyendo 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 inflamatoria pélvica (EIP)
- Presenten infecciones vaginales
- Tengan anemia
- Estén infectadas con VIH o estén en terapia antiretroviral y evolucionando bien (ver DIU para mujeres con VIH, p. 138)

La mujer puede comenzar a utilizar 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 pesquisa de cáncer cervical
- Sin realizarse un examen de mamas



Criterios Médicos de Elegibilidad para

DIU de Cobre

Pregunte a la usuaria las preguntas a continuación sobre afecciones médicas 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 (ver p. 160).

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

❑ NO ❑ **SI** Posponga la inserción del DIU hasta 4 semanas o más después del parto (ver Poco después del parto, p.140).

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

❑ NO ❑ **SI** Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las 6 primeras 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, derívela 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 en usted?

❑ NO ❑ **SI** Si presenta un sangrado vaginal inexplicado que sugiera embarazo o una patología médica 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 con progestina sola, 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, derívela para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis pélvica, luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

(Continúa en la página siguiente)

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

Criterios Médicos de Elegibilidad para DIU de Cobre (continuación)

5. ¿Tiene SIDA?

❑ NO ❑ **SI** Si tiene SIDA no le coloque un DIU, a menos que se encuentre bien clínicamente, recibiendo antiretrovirales. Si está infectada con VIH pero no tiene SIDA, puede utilizar un DIU. Si una mujer que tiene colocado un DIU desarrolla SIDA, puede mantenerlo (ver DIU en mujeres con VIH, p. 138).

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

Las mujeres que están muy expuestas a contraer gonorrea o clamidia no deberían colocarse un DIU (ver Evaluación del Riesgo de la Mujer a Infecciones de Transmisión Sexual, p. 138).

7. Evalúe si la paciente puede estar embarazada.

Realice a la paciente las preguntas de la lista de Verificación de Embarazo (ver p. 372). Si contesta "si" a alguna de las preguntas, puede colocársele un DIU (ver también Cuándo Comenzar, p. 140).

Para una clasificación completa, ver Criterios Médicos de Elegibilidad para Uso de Anticonceptivos, p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la paciente vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

En Casos Especiales Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones arriba enumeradas no debería utilizar un DIU. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar el DIU. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y, para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)
- Cáncer ovárico en curso
- Está en muy alto riego individual de contraer gonorrea o clamidia al momento de colocárselo
- Tiene SIDA y no está en terapia antiretroviral o no está bien clínicamente

Preguntas de Pesquisa para el Examen Pélvico Antes de Colocar el DIU

Deben hacerse las preguntas a continuación mientras se realiza el examen pélvico, para detectar signos de patologías que podrían contraindicar la colocación del DIU. Si la respuesta a todas las preguntas es "no," entonces se puede colocar el DIU. Si la respuesta a cualquiera de las preguntas es "sí," no coloque un DIU.

Para las preguntas 1 hasta la 5, si la respuesta es "sí," derívela para diagnóstico y tratamiento, si corresponde. Ayúdela a elegir otro método y si presenta algún riesgo de enfermedades de transmisión sexual (ITS), aconséjela sobre el uso del condón. Si es posible, suminístrele condones. Si se confirma una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) y aún desea un DIU, puede hacérselo colocar tan pronto termine su tratamiento, si es que no existe riesgo de reinfección antes de la inserción.

1. ¿Tiene algún tipo de úlcera en la vulva, vagina o cérvix?

❑ NO ❑ **SI** Posible ITS.

2. ¿La paciente siente dolor en el abdomen inferior al mover el cérvix?

❑ NO ❑ **SI** Posible EIP.

3. ¿Hay dolorimiento en el útero, ovarios o trompas de Falopio (dolorimiento de los anexos)?

❑ NO ❑ **SI** Posible EIP.

4. ¿Presenta flujo cervical purulento?

❑ NO ❑ **SI** Posible ITS o EIP.

5. ¿El cérvix sangra con facilidad cuando se lo toca?

❑ NO ❑ **SI** Posible ITS o cáncer cervical.

6. ¿Existe alguna anormalidad anatómica en la cavidad uterina que impida la correcta inserción del DIU?

❑ NO ❑ **SI** Si la cavidad uterina presenta una anomalía anatómica distorsionante, tal vez no sea posible colocar el DIU correctamente. Ayúdela a elegir otro método.

7. ¿No pudo determinar el tamaño y/o la posición del útero?

❑ NO ❑ **SI** Es esencial determinar el tamaño y la posición del útero antes de colocar el DIU, para asegurar una colocación alta del mismo y minimizar el riesgo de una perforación. Si no es posible determinar el tamaño y la posición, no coloque el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

Dispositivos Intrauterinos para Mujeres Con VIH

- Las mujeres en riesgo de VIH o ya infectadas de VIH pueden colocarse el DIU con seguridad.
- Las mujeres con SIDA, en terapia antiretroviral (ARV), que estén clínicamente bien, pueden colocarse el DIU con seguridad.
- Las mujeres con SIDA pero que no estén en terapia ARV, o que no estén clínicamente bien no deberían colocarse el DIU.
- Si una mujer desarrolla SIDA teniendo un DIU colocado, no necesita quitárselo.
- Las usuarias de DIU con SIDA deberán ser monitoreadas para detectar enfermedad inflamatoria pélvica.
- Recomiende a la mujer a utilizar condones junto con el DIU. La utilización correcta y consistente del condón ayuda a prevenir la transmisión de VIH y de otras ITS.

Evaluación de la Mujer Frente al Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual

Una mujer con gonorrea o clamidia en curso no debe colocarse un DIU. El tener estas infecciones de transmisión sexual (ITS) al momento de la colocación puede aumentar el riesgo de una enfermedad inflamatoria pélvica. Sin embargo, estas ITS pueden ser difíciles de diagnosticar clínicamente y las pruebas confiables de laboratorio llevan tiempo, son costosas y a veces no se encuentran disponibles. Sin síntomas ni signos clínicos y sin análisis de laboratorio, el único indicador de que una mujer pueda ya tener una ITS es si su comportamiento o su situación la colocan en un *muy alto riesgo individual de infección*. Si este riesgo resulta muy alto, para la paciente individual, en general, no debería colocarse un DIU.‡ (Las tasas locales de prevalencia de ITS no sirven de base para juzgar el riesgo individual.)

No existe un conjunto de preguntas universal que determine si una mujer está en muy alto riesgo individual ante la gonorrea y la clamidia. En lugar de realizar preguntas, el proveedor puede analizar con la paciente los comportamientos personales y las situaciones en la comunidad que sean más proclives a exponerla a ITS.

Pasos a seguir:

1. Dígale a la paciente que, en general, una mujer que enfrenta un muy alto riesgo individual de una ITS, no debería colocarse un DIU.

‡ Por el contrario, si hay un cambio en la situación de una usuaria actual de DIU y se encuentra en muy alto riesgo individual de gonorrea o clamidia, puede seguir usando el DIU.

2. Pídale a la mujer que considere su propio riesgo y que piense si podría tener una ITS. Frecuentemente la mujer quien mejor juzga su propio riesgo.[§] No tiene que contarle al proveedor acerca de su comportamiento sexual ni del de su pareja. El proveedor podrá explicar situaciones posiblemente riesgosas que pueden poner a la mujer en muy alto riesgo individual. La paciente podrá pensar si en los últimos tiempos se expuso a tales situaciones (aproximadamente en los 3 últimos meses). Si es así, tal vez esté cursando una ITS y puede que prefiera elegir otro método.

Las situaciones posiblemente riesgosas incluyen:

- Una pareja sexual que presente síntomas de ITS tales como pus saliendo del pene, dolor o ardor al orinar, o llaga abierta en el área genital
- Se diagnosticó una ITS recientemente, en ella o su pareja sexual
- Ha tenido más de una pareja sexual recientemente
- La mujer tiene una pareja sexual que ha tenido otras parejas recientemente

Todas estas situaciones presentan menos riesgo si la mujer o su pareja utilizan condones de manera consistente y correcta.

Además, el proveedor podrá mencionar otras situaciones de alto riesgo a nivel local.

3. Pregúntele si cree ser una buena candidata para un DIU o si prefiere considerar otros métodos anticonceptivos. Si luego de considerar su riesgo individual cree ser una buena candidata y es elegible, provéala con un DIU. Si la mujer prefiere considerar otros métodos, o si Ud. tiene razones de peso para creer que la paciente está en muy alto riesgo de infección, ayúdela a elegir otro método.

Nota: Si, aún presentando muy alto riesgo individual de gonorrea o clamidia, ella quiere el DIU y existe un análisis confiable disponible, la mujer cuyo análisis resulte negativo puede colocarse el DIU. La mujer cuyo análisis resulte positivo puede colocarse el DIU en cuanto finalice su tratamiento, si al momento de colocárselo no presenta riesgo de reinfección.

En circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado que pueda evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer podrá decidir la colocación de un DIU a una mujer en muy alto riesgo individual, incluso sin tener disponible un análisis de ITS (Según las circunstancias, el proveedor podrá considerar tratarla de manera presuntiva con una dosis curativa completa de antibióticos eficaces tanto para gonorrea como para clamidia y colocarle el DIU después de finalizado el tratamiento.) Ya sea que recibe o no el tratamiento presuntivo, el proveedor deberá asegurarse que la paciente regrese para la visita de seguimiento, que se la revisa cuidadosamente por una eventual infección y que se la trate de inmediato si lo requiere. Deberá solicitársele que vuelva de inmediato si presenta fiebre y dolor de abdomen inferior, o flujo vaginal anormal, o ambos.

[§] Toda mujer que crea tener una ITS deberá consultar inmediatamente.

Administración del Dispositivo Intrauterino

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: 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 (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales	**En cualquier momento del mes** • Si comienza dentro de 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.
Cambio desde otro método	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y consistente 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 se está pasando de inyectables, puede colocársele el DIU cuando hubiese correspondido la siguiente inyección. No necesita un método de respaldo.
Inmediatamente después del parto	• En cualquier momento dentro de las 48 horas después del parto (requiere un proveedor con entrenamiento específico en inserción postparto). • 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	• Si no se ha reestablecido 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 reestablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver arriba).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia exclusiva o casi exclusiva (continuación)	
Más de 6 meses después del parto	• Si no se ha reestablecido su menstruación, puede colocársele el DIU en cualquier momento si existe una razonable certeza de que no esté embarazada. No hay necesidad de método de respaldo. • Si la menstruación se ha reestablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).
Amamantando parcialmente o no amamantando	
Más de 4 semanas después del parto	• Si la menstruación no se ha reestablecido, puede colocársele el DIU *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo. • Si la menstruación se ha reestablecido, puede colocársele el DIU como se indica para mujeres con su ciclo menstrual (ver página anterior).
Sin menstruación (no vinculado con parto o lactancia)	• En cualquier momento *si es posible determinar que no está embarazada*. No necesita método de respaldo.
Después de pérdida de embarazo o aborto	• Inmediatamente, si el DIU es colocado dentro de los 12 días posteriores al aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre y no hay infección presente. No necesita método de respaldo. • Si pasaron más de 12 días del aborto o pérdida de embarazo del primer o segundo trimestre 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 derive 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 entrenamiento específico. Sin entrenamiento específico, postergue la colocación hasta un mínimo de 4 semanas después del aborto o la pérdida.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Para anticoncepción de emergencia	• Dentro de los 5 días posteriores al sexo sin protección. • Cuando pueda estimarse el momento de la ovulación puede colocársele el DIU hasta 5 días después de la misma. Algunas veces puede ser más de 5 días después sexo sin protección.
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Puede colocarse el DIU el mismo día en que toma los AOE. No hay necesidad de método de respaldo.

Prevención de Infecciones en la Inserción del DIU

El uso de una técnica de inserción adecuada puede ayudar a evitar muchos problemas, como infección, expulsión y perforación.

- Siga los procedimientos de prevención de infección apropiados.
- Utilice instrumentos estériles o sometidos a desinfección de alto nivel, mediante hervido, vapor, o remojo en desinfectantes químicos.
- Utilice un DIU preesterilizado nuevo, envasado con su colocador.
- La mejor técnica es la de inserción "sin contacto". Esto incluye el no permitir que el DIU cargado o la sonda uterina toquen ninguna superficie no esterilizada (por ejemplo, manos, espéculo, vagina, superficie de la mesa). La técnica de inserción sin contacto implica:
  - Cargar el DIU en el dispositivo de colocación mientras está aún en su envase, para evitar tocarlo directamente
  - Limpiar minuciosamente el cérvix con antiséptico antes de la inserción del DIU
  - Cuidar de no tocar la pared de la vagina o las hojas del espéculo con la sonda uterina o el dispositivo de colocación cargado con el DIU
  - Pasar tanto la sonda uterina como el dispositivo de colocación cargado con el DIU sólo una vez por el canal cervical

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

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 colaterales más comunes	• Cambios en su patrón de sangrado: – Menstruación prolongada y profusa – Sangrado irregular – Más calambres y dolor durante la menstruación
Dé una explicación sobre estos efectos colaterales	• 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.

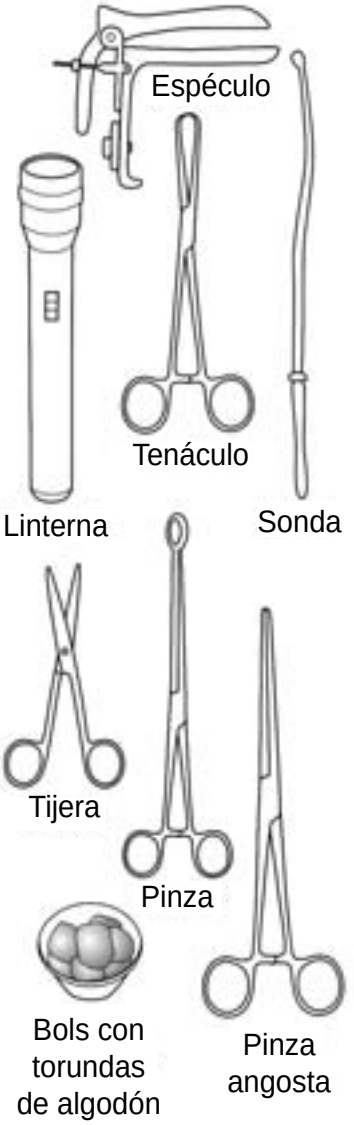
Colocación del DIU

Hable con la paciente antes del procedimiento	• Explique el procedimiento de colocación (ver p. 144). • Muéstrele el espéculo, el tenáculo, el DIU y el dispositivo de colocación en su embalaje. • Dígale que va a sentir alguna molestia o calambres durante el procedimiento y que eso es lo esperable. • Pídale que diga si en algún momento siente dolor o molestia. • Puede administrarle 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	• Dígale 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 requiere entrenamiento 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 (ver Preguntas de Pesquisa del Examen Pélvico Previo a la Colocación del DIU, p. 137). 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 en el dispositivo de colocación mientras ambos están aún en su envase estéril.
6. El proveedor introduce lenta y suavemente el DIU y retira el dispositivo de colocación.
7. El proveedor corta los hilos del DIU, 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.



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 (ver Pregunta 10, p. 156).

Duración de la protección al 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

Tarjeta recordatoria del DIU

Nombre de la paciente: _____

Tipo de DIU: _____

Fecha de colocación: _____

Retirado o sustituido por: Mes _____ Año _____

Por problemas o preguntas, dirijase a:

(Nombre y ubicación de la dependencia)

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.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a toda usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud. También si:

- Cree que el DIU está fuera de posición. Por ejemplo:
  - Nota que faltan los hilos.
  - Percibe que la parte de plástico duro del DIU sale parcialmente.
- Tiene síntomas de enfermedad inflamatoria pélvica (dolor severo o en aumento en el bajo abdomen, dolor durante el sexo, descarga vaginal inusual, fiebre, escalofríos, náuseas y/o vómitos), en especial en los primeros 20 días posteriores a la colocación.
- Cree que puede estar embarazada.

Consejo general de salud: Toda persona que sienta repentinamente que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Ayuda a Usuarias Continuas

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 algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, p. 149).
3. Pregúntele si tiene:
   - Dolor severo 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 (por síntomas y signos comunes, ver p. 371)
   - 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 inflamatoria pélvica
   - El DIU se ha salido parcial o totalmente

En Toda Consulta

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con el método y con los cambios en el sangrado (ver Consulta de Seguimiento Post Colocación, Puntos 1 y 2, página anterior).
2. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud. Refiérase a los problemas si corresponde. Por problemas nuevos de salud que puedan requerir de un cambio de método, ver p. 153.
3. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.
4. Recuérdele por cuánto tiempo más la protegerá del embarazo el DIU.

Remoción del Dispositivo Intrauterino

IMPORTANTE: Si la mujer lo solicita, cualquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor no debe negar ni postergar la remoción 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 colaterales difíciles de tolerar, primero hable con ella los problemas que tiene (ver Manejo de Problemas, p. 149). Vea si prefiere intentar manejar esos problemas o si prefiere hacerse retirar el DIU de inmediato.

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

Explicación del Procedimiento de Remoción

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

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 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 sale completamente del cérvix.

Cambio del Método del DIU para Otro Método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la paciente frente al embarazo cuando se pasa 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 progestina sola** (AOP), **inyectables de progestina sola, inyectables mensuales parche combinado, anillo vaginal combinado, o implantes**	• Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación (5 primeros días para AOC y AOP), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No necesita método de respaldo. • Si comienza después de los 7 primeros 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 ahora. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta su próxima menstruación. • Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación (después de los 5 primeros días para AOC y POP) y no ha tenido sexo después de su última menstruación, puede mantenerse el DIU colocado y retirarlo durante su próxima menstruación, o puede retirársele el DIU y la paciente utilizar un método de respaldo durante los próximos 7 días (2 días para AOPs).
Condones masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales, o retiro	• Inmediatamente, la próxima vez que tenga sexo después de retirarse el DIU.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	• Inmediatamente después de quitarse el DIU.
Esterilización femenina	• Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento de esterilización femenina. No hay necesidad de método de respaldo. • Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización. 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.

Cambio a	Cuándo comenzar
Vasectomía	• En cualquier momento • La mujer puede conservar el DIU por 3 meses después de la vasectomía de su pareja, para seguir evitando el embarazo hasta que ésta sea completamente efectiva.

Manejo de Problemas

Problemas Informados Como Efectos Colaterales o Complicaciones

Pueden, o no, deberse al método.

- Los problemas provocado por los efectos colaterales y las complicaciones afectan la satisfacción de la mujer y el uso de los DIU. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales 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 mal 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 (con uno por vez):
  - Ácido tranexámico (1500 mg) 3 veces al día durante 3 días, luego 1000 mg una vez al día por 2 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso.
  - Anti inflamatorio no esteroideo (AINE) como ibuprofeno (400 mg) o indometacina (25 mg) 2 veces por día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empieza 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 subraye la importancia de ingerir alimentos con hierro (ver Posible anemia, p. 150).
- 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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

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 (ver Sangrado vaginal inexplicado, p. 153).

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 habitualmente 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 derive a la usuaria.
- Si no se encuentra ninguna patología subyacente y los calambres son severos, consideren 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 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 en menos de 9 g/dl o hematocrito menor de 30.
- Si es posible, adminístrele comprimidos de hierro.
- Dígale que es importante que ingiera alimentos con hierro, como carnes y aves (especialmente carne vacuna e hígado de pollo), pescado, hortalizas de hoja verde, 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 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 3 centímetros sobresalgan del cérvix.)

Dolor severo en el abdomen inferior (sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica [EIP])

- Algunos signos y síntomas comunes de EIP pueden aparecer también con otras patologías abdominales, como el embarazo ectópico. Si logra descartar el embarazo ectópico, haga los exámenes para EIP.
- Si es posible, realice exámenes abdominales y pélvicos (por signos del examen pélvico que puedan indicar EIP, ver Signos y Síntomas de Patologías Graves, p. 320).
- 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 EIP:
  - Descarga 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
  - Dolor al presionar suavemente el abdomen (dolorimiento abdominal directo) o al soltar repentinamente después de presionar suavemente (dolor de rebote)
- Trate la EIP, o derive a la paciente inmediatamente para tratamiento:
  - Debido a las graves consecuencias de una EIP, 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 retirarle el DIU si ella desea seguir usándolo. Si la mujer desea que se lo retiren, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (Si se retira el DIU, ver Cambio del DIU a Otro Método, p. 148.)

Dolor severo en el abdómen 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, puede presentar riesgo de muerte (ver Pregunta 11, p. 156).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico los síntomas pueden ser inexistentes o leves, pero eventualmente pueden volverse severos. Una combinación de estos signos o síntomas deberían hacer crecer la sospecha de embarazo ectópico:
  - Dolor o dolorimiento abdominal inusuales
  - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si este cambio constituye una modificación de los patrones de sangrado
  - Vahídos o mareos
  - Desvanecimiento
- En caso de sospecha de embarazo u otra afección grave, derívela para su diagnóstico y atención inmediatos. (Por más información acerca de embarazos ectópicos, ver Esterilización Femenina, Manejo del Embarazo Ectópico, p. 179).
- Si la paciente no presenta estos signos o síntomas adicionales, realice los exámenes para enfermedad inflamatoria pélvica (ver Dolor severo en el abdomen inferior, p. 151).

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 retire el DIU si ya lo colocó). Observe a la paciente minuciosamente en clínica:
  - Mantenga a la paciente en reposo en cama durante la primera hora y revise sus signos vitales (presión sanguínea, 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 presión sanguínea, o aparición de nuevos dolores o dolor en aumento en la zona del útero, derívela a un nivel de atención superior.
  - Si dentro de las 6 semanas de la colocación existe sospecha de perforación uterina, o si aparece luego una sospecha y presenta síntomas, derive a la paciente para ser evaluada por un médico con experiencia en la extracción de estos dispositivos (ver Pregunta 6, p. 155).

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, retírelo. 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. Derive a la paciente para su evaluación. Déle un método de respaldo para utilizar mientras tanto, por si el DIU se ha salido.

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambiar de Método

Pueden ser debidos al método o no.

Sangrado vaginal inexplicado (que sugiere una patología médica no vinculada con el método)

- Derive a la paciente o evalúela en base a los antecedentes y el examen pélvico. Diagnostíquela y trátela si corresponde.
- Puede seguir utilizando DIU mientras se evalúa su condición.
- Si el sangrado es causado por una infección de transmisión sexual o por una enfermedad inflamatoria pélvica, la mujer podrá seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Evalúe en busca de embarazo, incluyendo embarazo ectópico.
- Explique que el DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de pérdida de embarazo, incluyendo pérdida de embarazo infectada (séptica) durante el primer o segundo trimestre, lo que puede amenazar la vida.

- Si la mujer no desea continuar el embarazo, asesórela de acuerdo a las pautas del programa.
- Si continúa con el embarazo:
  - Adviértale que es mejor retirar el DIU.
  - Explique los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La remoción temprana del DIU reduce estos riesgos, a pesar de que el procedimiento mismo de remoción implica un pequeño riesgo de pérdida del embarazo.
  - Si ella accede a la remoción, retire el DIU con delicadeza o derive a la paciente para su remoción.
  - Explíquele que debe regresar de inmediato en caso de que aparezca algún signo de pérdida de embarazo o pérdida de embarazo séptica (sangrado vaginal, calambres, dolor, flujo vaginal anormal, o fiebre).
  - Si elige mantener el DIU, su embarazo debe ser seguido de cerca por una enfermera o un médico. Deberá ver inmediatamente una una enfermera o un médico si desarrolla signos de pérdida séptica de embarazo.
- Si no se pueden hallar los hilos del DIU en el canal cervical y no se puede recuperar el DIU con seguridad, si es posible, solicite una ecografía para determinar si el DIU está aún en el útero. Si es así, o si no hay ecografía disponible, su embarazo debería seguirse de cerca. Si desarrolla o presenta signos de pérdida séptica de embarazo, debe consultar inmediatamente.

Preguntas y Respuestas Sobre el Dispositivo Intrauterino

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

Por sí mismo, el DIU no causa EIP. La gonorrea y la clamidia son las causas primarias directas de EIP. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidia puede conducir a EIP. Esto no sucede a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los 20 primeros días de la inserción. Se ha estimado que, en un grupo de pacientes en el que las ITS son comunes y las preguntas de pesquisa han identificado la mitad de los casos de ITS, podría haber 1 caso de EIP cada 666 DIU colocados (o menos de 2 por 1.000) (ver Evaluación de la Mujer por Riesgo de Infecciones de Transmisión Sexual, p. 138).

2. ¿Pueden utilizar el DIU las mujeres jóvenes y las mayores?

Sí. No existe un límite máximo ni mínimo en la edad. El DIU debe retirarse una vez alcanzada la menopausia—dentro de los 12 meses posteriores a la última menstruación (ver Mujeres Próximas a la Menopausia, p. 272).

3. ¿Si una usuaria actual presenta una infección de transmisión sexual (ITS), o ha quedado en muy alto riesgo individual 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 EIP por causa del DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras se la trata por la ITS. El retirar 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. Hay estudios de buena calidad que han encontrado que no existe un mayor riesgo de infertilidad entre mujeres que han utilizado DIU, incluyendo mujeres jóvenes y mujeres sin hijos. Sin embargo, tenga o no la mujer un DIU, si desarrolla una EIP y esta 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, pero deberá comprender que tendrá más tendencia 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 o el cerebro?

El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Normalmente, el DIU permanece dentro del útero como una semilla dentro de su vaina. Rara vez, el DIU puede atravesar la pared del útero hacia la cavidad abdominal. Esto, en general, es debido a un error en la colocación. Si se descubriera 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 produce 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 por varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de remoción de su DIU?

No. Esto no es necesario y podría ser perjudicial. Retirar el viejo DIU y colocar el nuevo de inmediato presenta menos riesgo de infección que 2 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 EIP 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 (incluyendo 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 limitado.

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.

Las mayores posibilidades de salirse se presentan durante los primeros meses de colocado el DIU, durante la menstruación, entre mujeres que se lo colocaron inmediatamente después de un parto, un aborto de segundo o tercer trimestre, o pérdida de embarazo y entre mujeres que nunca han estado embarazadas. La mujer puede revisar los hilos del DIU si quiere tener la seguridad de que está en su sitio. O 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. Por el 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. La tasa de embarazos ectópicos entre mujeres que no utilizan métodos anticonceptivos en los Estados Unidos 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 cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede suponer riesgo de muerte, por lo que el proveedor deberá estar prevenido de que el embarazo ectópico es posible si llega a fallar el DIU.

Dispositivo Intrauterino con Levonorgestrel

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Protección al embarazo por un período prolongado.** Muy eficaz durante 5 años, inmediatamente reversible.
- **Debe ser colocado en el útero por un proveedor con entrenamiento específico.**
- **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 una progestina ampliamente utilizada en implantes y anticonceptivos orales.)
- Un proveedor de atención de salud específicamente entrenado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino.
- También se lo conoce como el sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, SIU-LNG, o DIU hormonal.
- Comercializado bajo la marca Mirena.
- Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio).

¿Cuál es Su Eficacia?

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 1.000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1.000 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 por el tiempo 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 1.000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado por más de 5 años.

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

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
  - Sangrado más leve y de menos días
  - Sangrado infrecuente
  - Sangrado irregular
  - Ausencia de menstruación
  - Sangrado prolongado
- Acné
- Cefaleas
- Dolor o tensión mamaria
- 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 Inflamatoria Pélvica

Reduce:

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

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

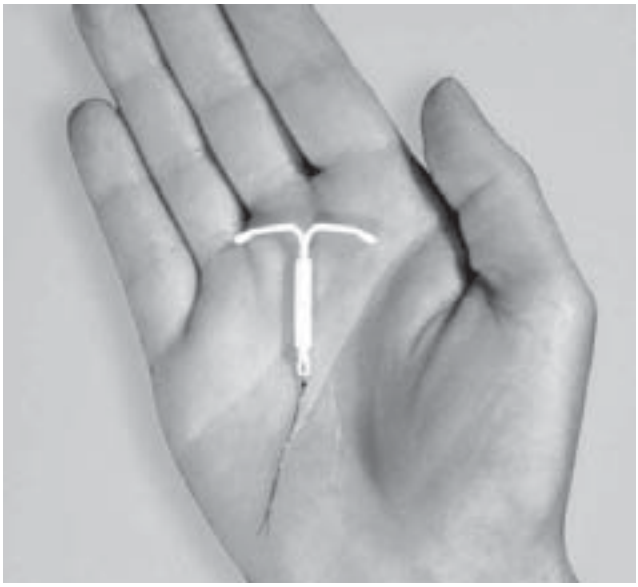
Complicaciones

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.



Quién Puede y Quién no Puede Utilizar DIU de Levonorgestrel

Seguro y Adecuado Para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar DIU-LNG de manera segura y efectiva.

Criterios Médicos de Elegibilidad para

DIU de Levonorgestrel

Realice a la paciente las preguntas de Criterios Médicos de Elegibilidad para DIU de Cobre (ver p. 135). Incluya además las preguntas de más abajo sobre afecciones médicas 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, aún así podrá colocarse el DIU-LNG.

1. ¿Tuvo el parto hace menos de 4 semanas?

❑ NO ❑ **SI** Puede colocarse el DIU-LNG tan pronto se cumplan las 4 semanas del parto (ver Cuándo Comenzar, página siguiente).

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

❑ NO ❑ **SI** Si la mujer relata un coágulo sanguíneo actual (excepto coágulos superficiales), ayúdela a elegir un método sin hormonas.

3. ¿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 relata enfermedad hepática grave en curso (ictericia, hepatitis activa, cirrosis severa, tumor hepático), no suministre el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

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

❑ NO ❑ **SI** No coloque el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.

Por clasificaciones completas, ver "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos", p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En Casos Especiales Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones debajo enumeradas no debería utilizar un DIU-LNG. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar un DIU-LNG. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- Menos de 4 semanas de haber tenido el parto
- Coágulo sanguíneo actual en venas profundas de piernas o pulmones
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás y no ha recaído
- Enfermedad hepática severa, infección hepática o tumor hepático

Ver, también, DIU de Cobre, En casos especiales Usar el Juicio Clínico, p. 136.

Administración del Dispositivo Intrauterino de Levonorgestrel

Cuándo Comenzar

IMPORTANTE: En muchos casos una mujer puede comenzar con el DIU-LNG en cualquier momento si existe certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la Lista de Verificación de Embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales o se pasa de un método sin hormonas	**En cualquier momento del mes** • Si comienza dentro de los 7 días de empezar la menstruación, no precisa método de respaldo. • Si han pasado 7 días del comienzo de su menstruación, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método respaldo* los primeros 7 días después de colocado el DIU-LNG.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones.*

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Pasaje de un método hormonal	• Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera consistente y correcta o si, de no ser así, existe certeza razonable de que no está embarazada. No precisa esperar su próxima menstruación. No hay necesidad de un método respaldo. • Si se está dejando los inyectables, puede colocarse el DIU-LNG cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. Necesitará un método de respaldo por los 7 primeros días después de la colocación.
Lactancia exclusiva o casi exclusiva	
Menos de 6 meses después del parto	• Si tuvo su parto menos de 4 semanas atrás, postergue la colocación hasta, por lo menos, 4 semanas después del parto. • Si su menstruación no se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses. No hay necesidad de método de respaldo. • Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG de acuerdo a lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 161).
Más de 6 meses después del parto	• 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 7 primeros días posteriores a la colocación. • Si su menstruación se ha restablecido, puede colocarse el DIU-LNG de acuerdo a lo indicado para mujeres que están teniendo su ciclo menstrual (ver p. 161).
Lactancia parcial o no amamantando	
Menos de 4 semanas después del parto	• Postergue la colocación del DIU-LNG hasta, por lo menos, 4 semanas después del parto.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Lactancia parcial o no amamanta (continuación)	
Más de 4 semanas después del parto	• 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 por los 7 primeros 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 (ver p. 161).
Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia)	• En cualquier momento *si puede determinarse que no está embarazada*. Necesitará un método de respaldo por los 7 primeros días posteriores a la colocación.
Después de una pérdida de embarazo o aborto	• Inmediatamente, si se coloca el DIU-LNG dentro de los 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 de 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 7 primeros días posteriores a la colocación. • Si hay infección presente, trátela o derive y ayude a la paciente a 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 aborto del segundo trimestre requiere entrenamiento específico. Si no tiene entrenamiento específico, postergue la colocación hasta por lo menos 4 semanas después de la pérdida de embarazo o aborto.
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• El DIU-LNG puede colocarse dentro de los 7 días posteriores al inicio de su siguiente menstruación o en cualquier momento si existe razonable certeza de que no está embarazada. Déle un método de respaldo, o anticonceptivos orales para que comience el día después de terminar de tomar las AOE, para que los utilice hasta que se le coloque el DIU-LNG.

Asesoramiento Sobre los Efectos Colaterales

IMPORTANTE: Antes de la colocación del DIU debe brindarse un asesoramiento detallado sobre los cambios en el sangrado. 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 colaterales más comunes	• Cambios en los patrones de sangrado: – Ausencia de menstruación, sangrado más leve, menos días de sangrado, sangrado infrecuente o irregular. • Acné, cefaleas, tensión y dolor mamario y posiblemente otros efectos colaterales.
Dé una explicación sobre estos efectos colaterales	• En general, los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad. • Habitualmente tienden a disminuir después de los primeros meses de la colocación. • La usuaria puede volver a consultar si le preocupan los efectos colaterales.

Esterilización Femenina

Puntos Clave para Proveedores y Pacientes

- **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 entrenamiento específico.
- **No tiene efectos colaterales a largo plazo.**

¿Qué es la Esterilización Femenina?

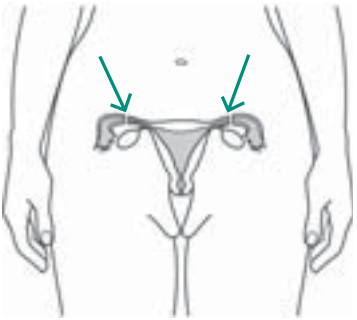
- Anticoncepción permanente para mujeres que no van a querer tener más hijos.
- Los 2 abordajes quirúrgicos de más frecuente utilización son:
  - La minilaparotomía supone la realización de una pequeña incisión en el abdomen. Se traen las trompas de Falopio a la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
  - 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 posibilita al doctor ver y bloquear o cortar las trompas en el abdomen.
- También llamada esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria, salpingectomía, atadura de trompas, minilaparotomía y "la operación."
- 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 el esperma.

¿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 en el correr del primer año después del procedimiento de esterilización (5 por 1.000). Significa que 995 de cada 1.000 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 1.000 mujeres).
- La efectividad 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 efectivas es cortar y atar los extremos cortados de la trompas de Falopio después del parto (ligadura de trompas postparto).



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 áreas. Cuando se realiza, la cirugía de reversión a menudo no logra que la mujer luego se embarace (ver Pregunta 7, p. 181).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales

Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP)

Puede ayudar a proteger contra:

- Cáncer de ovario

Riesgos Conocidos para la Salud

Poco comunes a extremadamente raros:

- Complicaciones de cirugía y anestesia (ver debajo)

Complicaciones de la Cirugía (ver también, Manejo de Problemas, p. 178)

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.

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 180)

La esterilización femenina:

- No debilita a la mujer.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni lleva a la necesidad de hacerlo. .
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No provoca sangrado más abundante ni irregular, ni produce más modificaciones del ciclo menstrual de la mujer.
- No provoca alteraciones del peso, el apetito, o el aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su impulso sexual.
- Reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Quién Puede Realizarse la Esterilización Femenina

Es Seguro para Todas las Mujeres

Con un adecuado asesoramiento y consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a esterilización femenina de manera segura, incluyendo a mujeres que:

- No tengan hijos, o tengan pocos hijos
- No estén casadas
- No tengan el permiso del esposo
- Sean jóvenes
- Acaben de tener un parto (en los últimos 7 días)
- Estén amamantando
- Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral (ver Esterilización Femenina para Mujeres Portadoras de VIH, p. 171)

En algunas de estas situaciones, es importante que haya un asesoramiento especialmente cuidadoso para asegurarse que la mujer no lamente su decisión (ver Como la Esterilización es Permanente, p. 174).

La mujer se puede someter a esterilización femenina:

- Sin hacerse análisis de sangre o pruebas de laboratorio de rutina
- Sin someterse a pesquisa de cáncer cervical
- Aún cuando no esté teniendo su menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (ver Lista de Verificación del Embarazo, p. 372)

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta la Esterilización Femenina

- No produce efectos colaterales
- Nunca más tendrá que preocuparse por la anticoncepción
- Es fácil de usar, no hay que hacer nada ni acordarse de nada

Criterios de Médicos de Elegibilidad para

Esterilización Femenina

Todas las mujeres pueden someterse a esterilización femenina. No existe ninguna patología médica que impida a una mujer recurrir a la esterilización femenina. Con esta lista de verificación se pretende detectar si la usuaria presenta 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 a continuación. Si responde "no" a todas las preguntas, se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina en condiciones de rutina sin demora. Si responde que "sí" a alguna pregunta, siga las instrucciones que recomiendan cautela, demora o preparativos especiales.

En la siguiente 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 postponer 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 recaudos 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 tener la capacidad de decidir 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.

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

▶ Si tiene alguno de los siguientes, *demore* la EF:

- Embarazo en curso
- 7–42 días postparto
- Postparto después de un embarazo con pre eclampsia severa o eclampsia
- Complicaciones postparto o postaborto graves (como infección, hemorragia, o traumatismo) excepto rotura o perforación uterina (*especial;* ver abajo)
- Una gran colección de sangre en el útero
- Sangrado vaginal inexplicado que sugiera una patología médica subyacente
- Enfermedad inflamatoria pélvica
- Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea
- Cánceres pelvianos (el tratamiento puede llevar a la esterilidad, de cualquier modo)
- Enfermedad trofoblástica maligna

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

- SIDA (ver Esterilización Femenina en Mujeres con VIH, p. 171)
- Útero fijo a causa de cirugía o infección previas
- Endometriosis
- Hernia (de pared abdominal o umbilical)
- Rotura o perforación uterina postparto o postaborto

(Continuación en la página siguiente)

Criterios Médicos de Elegibilidad para la Esterilización Femenina (continuación)

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, *demore* la esterilización femenina:

- 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 recaudos *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 severa (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

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

❑ NO ❑ **SI** Si presenta alguna de las siguientes patologías o condiciones tenga *cuidado:*

- 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 inusitadamente 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

▶ Si la usuaria presenta cualquiera de los siguientes, demore la esterilización femenina:

- Patología sintomática de vesícula biliar
- Hepatitis viral activa
- Anemia ferropénica severa (hemoglobina menor a 7 g/dl)
- Patología pulmonar (bronquitis o neumonia)
- 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 recaudos *especiales:*

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

Esterilización Femenina para Mujeres Con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH, portadoras de SIDA, o que están recibiendo terapia antiretroviral (ARV) pueden someterse sin peligo 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 consistente y correctamente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser sometido a coerción ni presión para realizarse esterilización femenina, incluyendo a las mujeres con VIH.

Proporcionando Esterilización Femenina

Cuándo Realizar el Procedimiento

IMPORTANTE: Si no hay una razón médica para postponerla, la mujer puede hacerse el procedimiento de esterilización femenina cuando quiera si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, usar la Lista de Verificación del Embarazo (ver p. 372).

Situación de la mujer	Cuándo realizarlo
Tiene ciclos menstruales o pasa de un método a otro	**En cualquier momento del mes** • En cualquier momento dentro de los 7 días siguientes al inicio de su menstruación. No precisa usar otro método antes del procedimiento. • Hace 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 pasando de anticonceptivos orales, puede seguir tomando las pastillas hasta que haya terminado el paquete para mantener su ciclo regular. • Si está pasando de un DIU, se puede hacer el procedimiento inmediatamente (ver DIU de Cobre, Pasando de un DIU a Otro Método, p. 148).
No menstrúa	• En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no esté embarazada.
Después del parto	• 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	• Dentro de las 48 horas de un aborto no complicado si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
Después de usar anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• El procedimiento de esterilización puede ser realizado dentro de los 7 días del inicio de su próxima menstruación o cualquier otro momento en que se esté razonablemente seguro que no esté embarazada. Déle un método de respaldo o anticonceptivos orales y dígale que comience a tomarlos cuando termine los PAE, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.

Asegurar la Elección Informada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes de una mujer, que responda sus preguntas y que brinde información práctica y clara sobre el procedimiento—especialmente su permanencia— ayudará a la mujer a hacer una elección informada y a ser una usuaria exitosa y satisfecha, sin que posteriormente lo lamente (ver Como la Esterilización es Permanente, p. 174). Puede ser útil hacer participar a la pareja en el asesoramiento, pero no es imprescindible.

Los 6 Puntos del Consentimiento Informado

El asesoramiento debe cubrir los 6 puntos del consentimiento informado. En algunos programas el cliente y el asesor también firman un formulario de consentimiento informado. Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes puntos:

1. También puede disponer de anticonceptivos transitorios.
2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo. (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que la usuaria los pueda comprender.)
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que la usuaria tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir en contra del procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).

Considere que la Esterilización es Permanente

Una mujer o un hombre que consideren la esterilización deberían pensarlo cuidadosamente: "¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro?" Los proveedores de atención médica pueden ayudar a los usuarios a meditar esta pregunta y hacer una elección informada. Si la respuesta es "Sí, podría querer más hijos," sería mejor elegir otro método de planificación familiar.

Puede servir plantear algunas preguntas. El proveedor podría preguntar:

- "¿Quiere tener más hijos en el futuro?"
- "¿Si no, piensa que podría cambiar de opinión más adelante? ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga ¿que se le muriera un hijo?"
- "¿Imagínese que perdiera a su esposo, y se casara otra vez?"
- "¿Su pareja quiere tener más hijos en el futuro?"

Cuando las usuarias que no pueden responder estas preguntas habría que alentarlas a pensar aún más sobre sus decisiones sobre la esterilización.

- En general, las personas que tienen mayor probabilidad de lamentar la esterilización:
- Son jóvenes
- Tienen pocos hijos o ninguno
- Han perdido un hijo
- No están casadas
- Están teniendo problemas conyugales
- Su pareja se opone a la esterilización

Ninguna de estas características descarta la esterilización, pero los proveedores de atención médica deberían asegurarse especialmente que las personas con estas características hagan un consentimiento informado en base a elecciones meditadas

Asimismo, para una mujer, justo después de un parto o un aborto, es un momento conveniente y seguro para una esterilización voluntaria, pero las mujeres esterilizadas en ese momento tienen mayor probabilidad de lamentarlo más adelante. Un asesoramiento minucioso durante el embarazo y el haber tomado la decisión antes del trabajo de parto y parto ayudan a evitar lamentos.

La decisión Sobre la Esterilización Corresponde Sólo a las Usuarias y los Usuarios

El hombre o la mujer pueden consultar a su pareja y a otros sobre su decisión de someterse a una esterilización y pueden considerar sus opiniones, pero nadie puede tomar la decisión por ellos: ni la pareja, otro miembro de la familia, un proveedor de la salud, un líder de la comunidad, ni nadie más. Los proveedores de planificación familiar tienen el deber de asegurarse que la decisión a favor o en contra de la esterilización sea tomada por el o la usuaria y que no estén presionados ni forzados por nadie.

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 entrenamiento 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 del parto es levemente diferente.)

Procedimiento de Minilaparotomía

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).
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 por encima de la línea de vello pubiano.
4. El proveedor hace una incisión pequeña vertical (2-5 centímetros) en el área anestesiada. Habitualmente 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 las cierra 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 (ver Explicación sobre los Autocuidados luego de la Esterilización Femenina, p. 177). Habitualmente puede irse en unas pocas horas.

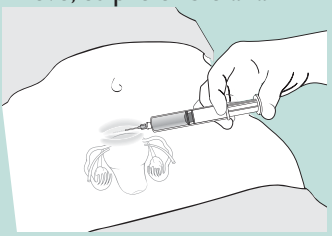
El Procedimiento Laparoscópico

1. El proveedor usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 3 12).
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, separándola 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 (ver Explicación de los Autocuidados para la Esterilización Femenina, en la página siguiente). Habitualmente puede irse en unas pocas horas.

Anestesia Local es Mejor para la Esterilización Femenina

La anestesia local se usa con o sin sedación leve; es preferible a la anestesia general.



- La anestesia local es más segura que la anestesia general, raquídea, o epidural.
- Le permite a la mujer a dejar la clínica o el hospital más temprano
- Permite una recuperación más rápida
- Permite hacer esterilización femenina en más dependencias

Se puede hacer esterilización bajo anestesia local cuando haya un miembro del equipo quirúrgico entrenado para brindar sedación y el cirujano haya sido entrenado para brindar anestesia local. El equipo quirúrgico debe estar entrenado en el manejo de emergencias y la dependencia debe tener el equipamiento y los medicamentos básicos para manejar cualquier emergencia.

Los proveedores de la salud pueden explicar con tiempo a la mujer que le resulta más seguro a ella misma estar despierta durante el procedimiento. Durante el procedimiento los proveedores pueden hablar con la mujer y ayuda a tranquilizarla si lo necesita.

Se puede usar una amplia gama de anestésicos y sedantes. Se puede ajustar la dosificación del anestésico al peso corporal. Debe evitarse el exceso de sedación porque puede reducir la capacidad de la usuaria de permanecer conciente y podría enlentecer o interrumpir su respiración.

En algunos casos puede necesitarse anestesia general. Ver Criterios Médicos de Elegibilidad para Esterilización Femenina, p. 168, para afecciones médicas que necesitan preparativos especiales, que podrían incluir anestesia general.

Apoyo a la Usuaria

Explicación del Autocuidado para la Esterilización Femenina

Antes del procedimiento la mujer debería

- Usar otro anticonceptivo hasta el procedimiento.
- No comer nada durante 8 horas antes de la cirugía. Puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la cirugía.
- No tomar medicación durante 24 horas antes de la cirugía (a no ser que así se le indique).
- En lo posible usar prendas de vestir limpias y flojas al asistir al centro.
- Abstenerse de usar esmalte de uñas o alhajas.
- De ser posible, traer una amiga o pariente para ayudarla a irse a su casa más tarde.

Después del procedimiento la mujer debería

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso y levantar objetos pesados durante una semana.
- Mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días.
- Evitar frotar la incisión durante 1 semana.
- Abstenerse de tener sexo durante por lo menos 1 semana. Si los dolores duran más de 1 semana, evitar el sexo hasta que no duela.

Qué hacer con los problemas más comunes

- Puede presentar un cierto dolor e inflamación abdominal después del procedimiento. Habitualmente desaparece en unos pocos días. Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación. Es raro que se tenga que recurrir a analgésicos más potentes. Si se le hizo una laparascopía, puede ser que le duela el hombro o que se sienta hinchada unos días.

Planificar la visita de control

- Es altamente recomendable realizar controles dentro de los 7 días o por lo menos 2 semanas. Sin embargo, no debería negársele la esterilización a nadie simplemente porque su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.
- Un proveedor controla el sitio de la incisión, busca signos de infección y retira los puntos. Esto se puede hacer en la clínica, en el hogar de la paciente (lo puede hacer un paramédico especialmente entrenado, por ejemplo), o en cualquier otro centro de salud.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Asegúrele a todas las usuarias que son bienvenidas y que pueden volver en cualquier momento— por ejemplo, si tiene algún problema o preguntas, o si piensan que podrían estar embarazadas. (En unos pocos casos la esterilización falla y la mujer se embaraza.) También si:

- Presenta sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida, que empeoran o no ceden
- Presenta fiebre alta (mayor a 38° C/ 101° F)
- Presenta desmayo, mareos persistentes, o mareos muy intensos en las primeras 4 semanas y especialmente en la primera semana

Consejo general: Toda mujer que sienta súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente al personal de enfermería o a un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.

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.
- Indíquele 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.

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

- Ver Manejo del Embarazo Ectópico, a continuación.

Sospecha de embarazo

- Descartar embarazo, incluyendo el embarazo ectópico.

Manejo del Embarazo Ectópico

- El embarazo ectópico es un embarazo que tiene lugar fuera de la cavidad uterina. Es importante hacer el diagnóstico precoz. El embarazo ectópico es infrecuente, pero podría amenazar la vida (ver Pregunta 11, p. 182).
- En las primeras etapas del embarazo ectópico, puede no haber síntomas o estos pueden ser leves, pero eventualmente podrían hacerse severos. Hay una combinación de estos signos o síntomas que deberían elevar las sospechas de embarazo ectópico:
  - Dolor abdominal inusual o dolor exquisito
  - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—especialmente si representa un cambio con respecto a su patrón de sangrado habitual
  - Mareos o sensación de vahídos
  - Desmayos
- *Ruptura de embarazo ectópico:* Dolor súbito o en puñalada de abdomen inferior, algunas veces de un solo lado y algunas veces en todo el cuerpo, sugieren la rotura de un embarazo ectópico (cuando se rompe la trompa de Falopio debido al embarazo). Puede aparecer dolor del hombro derecho provocado por sangre proveniente de la ruptura del embarazo ectópico que presiona sobre el diafragma. Habitualmente, en pocas horas el abdomen se pone rígido y la mujer entra en shock.
- *Cuidado:* El embarazo ectópico es una patología de emergencia que amenaza la vida y que requiere cirugía inmediata. Si se sospecha embarazo ectópico, realice el examen pélvico sólo si se dispone de instalaciones para cirugía inmediata. De no ser así, derive a la mujer de inmediato, o transfiérala a una dependencia donde se le pueda brindar un diagnóstico definitivo y atención quirúrgica.

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 cuidar 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 entrenado.

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 100% eficaz. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un ligero riesgo de quedar embarazadas: Alrededor de 5 de cada 1.000 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 apertura 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 pueda querer 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. Inclusive 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 simple, 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 entrenado 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 inclusive 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. Revise los 6 Puntos del Consentimiento Informado para asegurarse que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización (ver p. 173).

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

No. Por el 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 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. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren luego de falla de la esterilización no son ectópicos. Aún así, el embarazo ectópico puede amenazar la vida, por lo que un proveedor debería ser consiente 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 maternindades y en instalaciones de salud básicas donde se puede hacer la cirugía. Eso incluye las dependencias permanentes y transitorias que pueden derivar a la mujer a un nivel de atención superior en caso de emergencia.
- La laparoscopía requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y hay anestesista disponible.

13. ¿Cuáles son los métodos transcervicales para la esterilización?

Los métodos transcervicales consisten en nuevas maneras de llegar a las trompas de Falopio, a través de la vagina y el útero. En algunos países ya se dispone de un microcoil, Essure. Essure es un dispositivo con forma de resorte que un clínico específicamente entrenado inserta usando un instrumento de visión (histeroscopio) a través de la vagina, entrando al útero y luego a cada trompa de Falopio. En los 3 meses siguientes al procedimiento, se produce proliferación de tejido cicatricial en el dispositivo. El tejido cicatricial taponea permanentemente las trompas de Falopio por lo que los espermatozoides no pueden atravesarlas para fertilizar un óvulo. Sin embargo, es improbable que se introduzca Essure en condiciones de bajos recursos, debido al alto costo y la complejidad del instrumento de visualización requerido para la inserción.

Vasectomía

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Permanente.** Destinado a brindar una protección de por vida, permanente y muy eficaz contra el embarazo. Habitualmente 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?

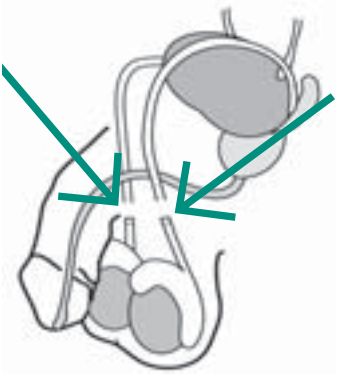
- Es un método de anticoncepción masculina permanente para aquellos hombres que no quieren más hijos.
- A través de una punción o una pequeña incisión en el escroto, el proveedor ubica ambos conductos que transportan el esperma al pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura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

¿Cuál Es Su Eficacia?

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 examen 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 examen 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 1.000). Esto significa que 998 de cada 1.000 mujeres cuyas parejas se han hecho vasectomías no quedarán embarazadas.

- La vasectomía no tiene toda la eficacia 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 consistente 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 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



La fertilidad no se recupera porque la vasectomía generalmente no puede detenerse o revertirse. Supuestamente el procedimiento pretende ser permanente. La cirugía de reversión es difícil, cara y no se encuentra disponible en la mayoría de las áreas. Cuando se la realiza, la cirugía de reversión a menudo no culmina en embarazo (ver Pregunta 7, p. 196).

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITSs): Ninguna

Por qué Algunos Hombres Dicen que les Gusta la Vasectomía

- Es segura, permanente y conveniente
- Tiene menos efectos colaterales y complicaciones que muchos métodos utilizados por la mujer
- El hombre asume la responsibilidad de la anticoncepción— le quita la carga a la mujer
- Aumenta el disfrute y la frecuencia del sexo

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud y Complicaciones

Efectos Colaterales, Beneficios Conocidos para la Salud y Riesgos para la Salud

Ninguno

Complicaciones (ver también Manejo de Cualquier Problema, p. 194)

Infrecuentes a raras:

- Dolor escrotal o testicular severo que dure meses o años (ver Pregunta 2, p. 195).

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; ver Técnicas de Vasectomía, p. 190).

Raras:

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

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 195)

Vasectomía:

- No se extirpan los testículos. En la vasectomía se bloquean los conductos que transportan los espermatozoides desde los testículos. Los testículos quedan en su lugar.
- No disminuye el impulso sexual.
- No afecta la función sexual. La erección del hombre tiene la misma firmeza, dura lo mismo y eyacula igual que antes.
- No hace que el hombre engorde o se debilite, ni lo hace menos masculino, o menos productivo.
- No provoca ninguna enfermedad más adelante en la vida.
- No impide la transmisión de infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH.

¿Quién Se Puede Hacer una Vasectomía?

Es Segura para Todos los Hombres

Con el debido asesoramiento y consentimiento informado, todos los hombres pueden hacerse una vasectomía de manera segura, incluyendo a los hombres que:

- No tienen hijos o tienen pocos hijos
- No están casados
- No tienen el permiso de su esposa
- Son jóvenes
- Tienen anemia falciforme
- Tienen riesgo de infección con VIH u otra ITS
- Están infectados con VIH, estén o no en tratamiento antiretroviral (ver Vasectomía para los Hombres con VIH, p. 188).

En algunas de estas situaciones es especialmente importante hacer un asesoramiento cuidadoso para asegurarse que el hombre no lamentará su decisión (ver Esterilización Femenina, Porque la Esterilización es Permanente, p. 174).

Los hombres se pueden hacer la vasectomía:

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

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. Esta lista de verificación interroga al usuario sobre patologías médicas que puedan limitar el lugar o el modo en que se debe realizar el procedimiento de vasectomía. Pregúntele al usuario las siguientes preguntas. Si responde "no" a todas las preguntas, se puede hacer la vasectomía en condiciones de rutina sin demoras. Si responde "sí" a la siguiente pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan cautela, postponer el procedimiento, o tomar precauciones especiales.

En la lista de verificación a continuación:

- *Cautela* quiere decir que se puede realizar el procedimiento en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- *Postponer* significa dejar la vasectomía para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la vasectomía. Déle 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 de decidir cuál es el procedimiento más apropiado y el régimen anestésico. Déle 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)
- 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.)

(Continúa en la página siguiente)

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Diga a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, adminístrele condones.*

Criterios de Médicos de Elegibilidad para Vasectomía (continuación)

▶ 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 recaudos *especiales:*

- Hernia inguinal. (De ser capaz de hacerlo, el proveedor puede hacer la vasectomía al mismo tiempo 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

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

- Infección sistémica o gastroenteritis
- Filariasis o elefantiasis

▶ Si presenta cualquiera de los siguientes, tome recaudos *especiales:*

- SIDA (ver Vasectomía para los Hombres con VIH, a continuación)
- La sangre no coagula (trastornos de la coagulación)

Vasectomía para los Hombres Con VIH

- Los hombres que están infectados con VIH, que tienen SIDA, o que están recibiendo terapia antiretroviral (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 consistente y correctemente, los condones ayudan a evitar la transmisión del VIH y otras ITS.
- Nadie debe ser coercionado o presionado para hacerse una vasectomía y eso incluye a los hombres con VIH.

Realización de la Vasectomía

Cuándo Realizar el Procedimiento

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

Asegurar una Elección Informada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes de un hombre, que responda sus preguntas y que brinde información práctica y clara sobre el procedimiento—especialmente su permanencia— ayudará a éste a hacer una elección informada y a ser un usuario exitoso y satisfecho, sin que posteriormente lo lamente (ver Esterilización Femenina: Porque la Esterilización es Permanente, p. 174). El involucramiento de su pareja en el asesoramiento puede ser de utilidad pero no es imprescindible.

Los 6 Puntos del Consentimiento Informado

El asesoramiento debe cubrir los 6 puntos del consentimiento informado. En algunos programas el cliente y el asesor también firman un formulario de consentimiento informado. Para dar su consentimiento informado para la vasectomía, el usuario debe comprender los siguientes puntos:

1. También puede disponer de anticonceptivos transitorios.
2. La vasectomía voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. Además de los beneficios, el procedimiento puede entrañar algún riesgo. (Es preciso explicar tanto los riesgos como los beneficios de modo que el usuario los pueda comprender).
4. De tener éxito, el procedimiento evitará que el usuario tenga más hijos.
5. El procedimiento se considera permanente y probablemente no sea posible revertirlo.
6. El usuario puede decidir contra el procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).

Técnicas de Vasectomía

Llegada al Conducto: Vasectomía sin Bisturí

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 equímosis 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 Deferentes

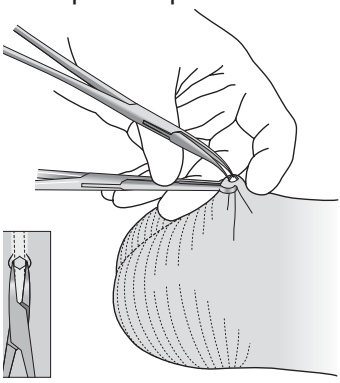
Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y exéresis. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos remanentes del conducto. Este procedimiento tiene una tasa baja de fracasos. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos inclusive 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 el entrenamiento y los equipos, se recomienda cauterizar y/o interponer fascia. No se recomienda bloquear el conducto con agrafes, ya que da cifras más altas de embarazos.

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 entrenamiento 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 (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).
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 o 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 (ver Técnicas de Vasectomía, página anterior).
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 (ver Explicación de Autocuidados luego de Vasectomía, p. 192). 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.

Apoyo al Usuario

Explicación del Autocuidado para la Vasectomía

Antes del procedimiento el hombre debería	• Vestir prendas limpias y flojas al asistir al acudir al centro.
Después del procedimiento el hombre debería	• 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 una cierta molestia, hinchazón y equímosis, que deberían desaparecer en 2 a 3 días. • Usar calzoncillos o pantalones ajustados durante 2 a 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 a 3 días. Puede utilizar una toalla para limpiar su cuerpo pero no debe empaparlo con agua. • Abstenerse de tener sexo durante al menos 2 a 3 días. • Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento. (La alternativa recomendada previamente, esperar 20 eyaculaciones, ha resultado menos confiable que esperar 3 meses, y ya no se recomienda.)
Qué hacer con los problemas más comunes	• 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	• Dígale que vuelva a los 3 meses, para analizarse el semen, si se cuenta con esa posibilidad (ver Pregunta 4, p. 196). • Sin embargo, no debería negársele la vasectomía a nadie por el hecho que su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Asegúrele a todos los usuarios que son bienvenidos y que pueden volver en cualquier momento— por ejemplo, si tiene algún problema o preguntas, o si su pareja piensa que podría estar embarazada. (En unos pocos casos la vasectomía falla y la pareja queda embarazada.) También si:

- Presenta sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en el área genital, que empeoran o no ceden.

Consejo general: Toda persona que sienta súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente al personal de enfermería o a un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa del problema, pero debe informarle al personal de enfermería o al médico qué método está usando.

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.
- Indíquele 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.
- Indíquele 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, derívelo para otros cuidados (ver Pregunta 2, página siguiente).

Preguntas y Respuestas Acerca de 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, que involucran varios miles de hombres, menos de 1% relataron dolor en el escroto o testículos que requirieron tratamiento quirúrgico. En estudios de menor tamaño, de alrededor de 200 hombres, hasta 6% relató un dolor severo 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, 2% relató un dolor similar. Unos pocos los hombres con dolor severo 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 severo, 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 se confían en la vasectomía.

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

Sí. Un proveedor puede examinar una muestra de semen al 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 de respaldo para anticoncepción. 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?

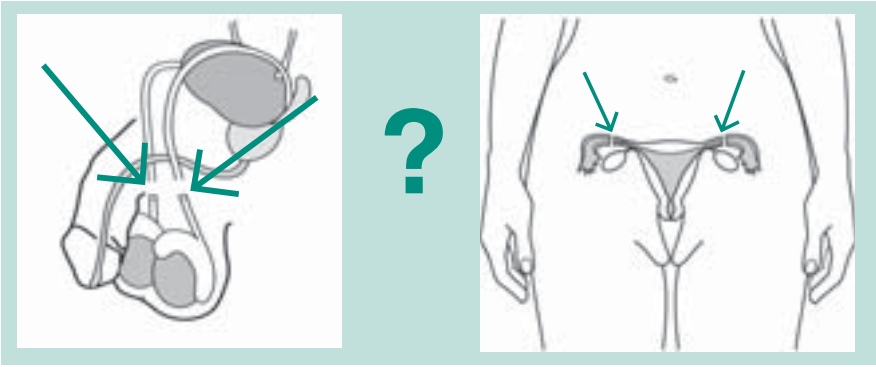
Todo hombre que se hace una vasectomía debe saber que esos procedimientos algunas veces fracasan y que como resultado su pareja podría quedar embarazada. No debería suponer que su pareja le ha sido infiel si queda embarazada. Si la pareja de un hombre queda embarazada en el transcurso de los 3 meses siguientes a su vasectomía, recuérdele al hombre que era preciso usar otro método anticonceptivo durante los 3 primeros 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 que el hombre comprenda el procedimiento de la vasectomía (ver p. 189).

10. ¿Debería ofrecerse la vasectomía sólo a los hombres que hayan llegado a una 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 a 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 infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH?

Sí. Las vasectomías no protegen contra las ITS, incluyendo VIH. Todos los hombres en riesgo de ITS, incluyendo 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 pueden realizar las vasectomías?

Si no hay ninguna patología médica previa que requiera alguna preparación especial, se puede realizar la vasectomía en casi cualquier cualquier dependencia sanitaria, incluyendo los centros de salud, las clínicas de planificación familiar y los 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 pueda disponer de medicación, insumos, instrumentos y equipos.

Condones Masculinos

Este capítulo describe los condones masculinos de látex. En algunas áreas se dispone de condones femeninos, habitualmente de plástico, que se insertan en la vagina (ver Condones Femeninos, p. 211, y Comparación de Condones, p. 360).

Puntos Clave para los Proveedores y Clientes

- **Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo 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 efectividad.**
- **Requiere la cooperación tanto del hombre como de la mujer.** El 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.** El 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, "forros" y profilácticos; o se los conoce también por el nombre de una de las muchas marcas.
- La mayoría están hechos de una fina goma de látex.
- Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren a la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina infecten al otro miembro de la pareja.

¿Cuál Es Su Eficacia?

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 los utiliza 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 los usa correctamente, con cada acto sexual, hay alrededor de 2 embarazos cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año.

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar condones:
No hay demoras

Protección contra VIH y otras ITS:

- Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, con cada acto sexual.
- Cuando se los usa correcta y consistentemente, los condones evitan 80% a 95% de la transmisión del VIH que hubiera tenido lugar sin ellos (ver Pregunta 2, p. 208).
- Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se los usa consistente 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 papilomavirus humano.

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos a la Salud

Efectos Colaterales

Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo
- ITS, incluyendo VIH

Puede ayudar a proteger contra:

- Patologías causadas por ITS:
  - Enfermedad inflamatoria pélvica recurrente y dolor pélvico crónico
  - Cáncer cervical
  - Infertilidad (masculina y femenina)

Riesgos Conocidos para la Salud

Extremadamente raros:

- Reacción alérgica severa (entre los individuos que sufren de alergia al látex)

Razones por las que a Algunos Hombres y Mujeres les Gustan los Condones

- Carecen de efectos colaterales hormonales
- Pueden ser utilizados como método transitorio o de respaldo
- Pueden ser utilizados sin tener que ver a un proveedor de salud
- Se venden en cualquier lado y en general son fáciles de obtener
- Ayudan a proteger tanto contra el embarazo como contra ITS, incluyendo VIH

Sacar el Tema del Uso del Condón

A algunas mujeres les resulta difícil hablar de su deseo de usar condones con su pareja. A otras les cuesta convencer a sus parejas que usen condones cada vez que tienen sexo. Los hombres dan diferentes razones para no usar condones. A algunos no les gusta la forma en que atenúa la sensación del sexo. Algunas veces las razones de los hombres se basan en rumores o en malentendidos. El disponer de los hechos objetivos puede ayudar a la mujer a responder a las objeciones de su pareja (ver Corrección de Malentendidos, p. 202).

Puede servir hablarlo antes. Las mujeres que hablan con sus parejas acerca del uso de condones antes de comenzar a tener sexo pueden mejorar las probabilidades de que el hombre use condón. Las mujeres pueden intentar los diferentes abordajes que piensen más adecuados, dependiendo de la pareja y las circumstancias. He aquí algunos de los puntos que han logrado persuadir al hombre en diversas situaciones:

- Enfatizar el uso de los condones para evitar el embarazo más que como protección de una ITS.
- Apelar a la preocupación con respecto al otro — por ejemplo: "Hay mucha gente en la comunidad que está infectada con el VIH, por lo que debemos ser cuidadosos."
- Adoptar una postura férrea — por ejemplo: "No puedo tener sexo contigo a no ser que uses condón."
- Sugerir probar con un condón femenino, si hubiera disponible. Hay hombres que prefieren los femeninos a los masculinos.
- Para las mujeres embarazadas, hablar de los riesgos que plantean las ITS a la salud del bebé y destacar el modo en que los condones pueden ayudar a protegerlo.

Además, la mujer puede sugerir que su pareja, o los dos acudan juntos a la clínica por asesoramiento sobre la importancia del uso del condón.

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 208)

Condones masculinos:

- No provocan esterilidad, impotencia ni debilidad en el hombre.
- No disminuyen el impulso sexual en el hombre.
- No se pueden perder en el cuerpo de la mujer.
- No tienen orificios que el VIH pueda atravesar.
- No tienen nada que ver con el VIH.
- No provocan enfermedad en la mujer porque impiden que el semen o los espermatozoides ingresen a su organismo.
- No provocan enfermedad en el hombre porque los espermatozoides "se quedan para atrás."
- Los utilizan las parejas casadas. No se usan sólo en relaciones extramatrimoniales.

Quién Puede y Quién no Puede Usar Condones Masculinos

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Condones Masculinos

Todos los hombres y mujeres pueden usar condones masculinos con seguridad, excepto:

- Si presentan una reacción alérgica severa al látex

Por más información sobre la alergia al látex, ver Irritación leve en o alrededor de la vagina o pene o reacción alérgica leve al condón, p. 207; Reacciones alérgicas a los condones, p. 207; y Pregunta 11, p. 210.

Suministro de Condones Masculinos

Cuándo Comenzar

- En cualquier momento que el usuario lo desee.

Explicación del Uso

IMPORTANTE: Siempre que sea posible, muestre a los clientes 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	• Revise el envase 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	• 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	• 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, délo vuelta 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	• 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	• Envuelva el condón en su envase y arrójelo a la basura o la letrina. No lo arroje por el inodoro, ya que puede causar problemas en la cañería.

Apoyo al Usuario

Asegúrese que el cliente comprenda el uso correcto	• Solicite al usuario que explique los 5 pasos básicos del uso del condón poniéndoselo a un modelo o a otro objeto y luego quitándoselo. Al dar asesoramiento, use la gráfica en la p. 363, Uso Correcto del Condón Masculino.
Pregunte a el usuario o la usuaria cuántos condones va a necesitar hasta que vuelva	• Suministre una cantidad de condones y de haber disponibles, lubricantes en base a agua o silicona. • Diga a los usuarios dónde pueden comprar condones, si necesitan.
Explique por qué es importante usar un condón con cada acto sexual	• 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.
Explique el uso de los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Explique el uso de los AOE en caso de error en el uso del condón—incluyendo el no uso de condón—para ayudar a evitar el embarazo (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). Administre AOE, si hay disponibles.
Converse sobre cómo sacar el tema del uso de condones	• Hable de técnicas para negociar el uso del condón con la pareja (ver Cómo Sacar el Tema del Uso del Condón, p. 201).

Lubricantes para Condones de Látex

La lubricación ayuda a evitar la rotura del condón. Hay 3 maneras de lubricar— secreciones vaginales naturales, agregado de un lubricante, o uso de condones que traen lubricante en el mismo envase.

En algunos mercados se dispone de lubricantes de glicerina o silicona, que se pueden usar con seguridad con los condones de látex. También se puede usar agua limpia o saliva para lubricar. Los lubricantes tienen que aplicarse fuera del condón, en la vagina, o en el ano. No hay que aplicar los lubricantes en el pene, ya que puede hacer que se deslice el cóndon y se salga. Algunos hombres sienten que al aplicar una gota o dos de lubricante en el interior del condón antes de desenrollarlo aumenta la sensación de sexo. Sin embargo, si se coloca demasiado lubricante en el interior del condón, puede hacer que se resbale.

En el caso de los condones de látex, evite el uso de productos que tengan lubricantes oleosos. Pueden dañar el látex. Entre los materiales que no hay que usar se incluyen los aceites de cualquier tipo (de cocina, de bebé, de coco, aceite mineral), vaselina, lociones, cremas frías, manteca, manteca de cacao y margarina.

Qué No Hay que Hacer Cuando Se Usa un Condón

Hay algunas prácticas que pueden aumentar el riesgo 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.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Asegure a los usuarios o a las usuarias que serán bienvenidos en cualquier momento que quieran regresar —por ejemplo, si tiene algún problema o una pregunta, o si quiere algún otro método o si la mujer piensa que está embarazada. También si:

- Le resulta difícil usar el condón correctamente o cada vez que tiene sexo.
- El usuario tiene signos o síntomas de reacción alérgica severa al condón de látex (ver Reacción alérgica severa al condón, p. 207).
- La mujer recientemente tuvo sexo no protegido y quiere evitar el embarazo. Tal vez pueda usar AOE (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

Ayuda a los Usuarios Continuos

1. Pregunte a los usuarios cómo les está yendo con el método y si están satisfechos. Pregunte si tienen alguna duda o algo de lo que quieran hablar.
2. Pregunte especialmente si están teniendo algún problema en el uso correcto de los condones y si los usan cada vez que tienen sexo. Brinde a sus usuarios toda la información o asistencia que necesiten (ver Manejo de los problemas, p. 206).
3. Entregue a los usuarios más condones e invítelos a volver a buscar más antes de que se les acaben. Recuérdeles dónde más pueden conseguirlos.
4. Pregunte a los usuarios de largo plazo sobre cambios importantes de su vida que puedan afectar sus necesidades—particularmente los planes de tener hijos y el riesgo de contagio de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.

Manejo de los Problemas

Problemas con el Uso

Los problemas pueden o no ser debidos 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 o la usuaria relata que hay problemas, escuche su inquietud y asesórelo/a.
- Ofrezca al usuario/a su ayuda para elegir otro método— ahora, si el o la usuaria lo desean, o si no se pueden resolver los problemas— a no ser que se necesiten condones como protección de ITS, incluyendo VIH.

Se rompe el condón, se sale del pene, o no se usa

- En esos casos los AOE pueden ayudar a evitar el embarazo (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). Si un hombre nota que el condón se ha roto o se ha corrido, debe comunicárselo a su pareja, para que ésta pueda usar AOE si lo desea.
- 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 lo usa (ver Pregunta 7, p. 209). Si el o la usuaria tiene signos o síntomas de ITS luego de tener sexo no protegido, evalúelo/la o derívelo/la.
- Si un usuario o usuaria 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 demasiado poco lubricante puede hacer que se rompa con más facilidad (ver Lubricantes para condones de Látex, p. 204). 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 a 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/la usuaria las maneras en que puede hablar sobre los condones con la pareja (ver Cómo Traer a Colación el Uso del Condón, p. 201) y también los justificativos de la doble protección (ver Elección de una estrategia de doble protección, p. 280).
- 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 (ver Métodos basados en el Conocimiento de la Fertilidad, p. 239).
- Especialmente si el o la usuaria o la parejar presenta riesgo de ITS, aconséjele que siga usando el condón de manera contínua mientras que se solucionan los problemas. Si ninguno de la pareja tiene un infección,

una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS sin necesidad 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, ingle o muslos durante o luego 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 rozamiento causante de la irritación.
- Si los síntomas persisten, examine o derive 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, incluyendo 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 severos, dígale a la paciente que deje de utilizar condones de látex (ver abajo, Reacción alérgica severa al condón).
  - Si nadie en la pareja presenta infección, la relación sexual de mutua fidelidad brinda protección a ITS sin requerir el uso del condón pero no brinda protección frente al embarazo.

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambiar de Método

Pueden ser debidos al método o no.

La mujer de la pareja está usando miconazol o econazol (para el tratamiento de infecciones vaginales)

- La mujer no debe confiar en los condones de látex cuando está usando miconazol o econazol por vía vaginal. Pueden dañar el látex. (El tratamiento oral no produce daño del condón.)
- Debe utilizar condón femenino, condón masculino de plástico, otro método anticonceptivo, o abstenerse del sexo hasta finalizar su tratamiento.

Reacción alérgica severa al condón (urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad para respirar, o pérdida de conciencia durante o después del uso del condón). Ver Signos y síntomas de afecciones graves a la salud, p.320.

- Dígale a la paciente que deje de utilizar condones de látex.
- Si es necesario, derive a la paciente para su tratamiento. La reacción alérgica severa al látex puede llevar a un shock anafiláctico con riesgo de muerte. Ayude a la paciente a elegir otro método.
- Si la paciente o su pareja no pueden evitar el riesgo de ITS y si hubiera disponibles, sugiera el uso de condones femeninos o condones masculinos de plástico. Si ninguno en la pareja presenta infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a ITS sin necesidad del uso de condón pero no brinda protección frente al embarazo.

Preguntas y Respuestas Sobre los Condones Masculinos

1. ¿Los condones son eficaces en la prevención del embarazo?

Sí, los condones masculinos son eficaces, pero sólo si se los usa correctamente en cada acto sexual. Cuando se los utiliza consistente y correctamente, sólo 2 de cada 100 mujeres cuya pareja usa condones queda embarazada en el correr del primer año de uso. Sin embargo, muchas personas no usan condones 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 de VIH?

En promedio, los condones protegen de la infección de VIH con una eficacia de 80% a 95% cuando se les utiliza de manera correcta en cada acto sexual. Esto significa que el uso del condón previene 80% a 95% de las transmisiones de VIH que hubieran ocurrido sin condones. (No significa que el 5% al 20% de los usuarios del condón se infectarán de VIH.) Por ejemplo, entre 10.000 mujeres no infectadas, cuyas parejas tienen VIH, si cada pareja tiene sexo vaginal una vez y no tiene factores adicionales de riesgo de infección, en promedio:

- Si la totalidad de las 10.000 no utilizó condones, cerca de 10 mujeres serán proclives a infectarse de VIH.
- Si la totalidad de las 10.000 utilizó condones correctamente, 1 o 2 mujeres serán proclives a infectarse con VIH.

Las probabilidades de que una persona que está expuesta a VIH se infecte varían de manera importante. Estas probabilidades dependen de la etapa de la infección de 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 ante ITS, incluyendo 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, incluyendo VIH, frecuentemente, el uso del condón en sólo parte de las 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 pasar 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 en 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, incluyendo VIH?

Sí. Se supone que los condones de plástico brindan la misma protección que los condones de látex, pero no han sido estudiados en profundidad. La Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos recomienda utilizar condones de plástico para protección contra ITS, incluyendo VIH, sólo si la persona no puede utilizar condones de látex. Sin embargo, los condones de piel animal, como los de piel de cordero (también llamados condones de piel natural) no son eficaces para prevenir ITS, incluyendo VIH.

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 los utiliza de forma incorrecta. Usados como se debe, los condones casi nunca se rompen. En algunos estudios con tasas más altas de rotura, es frecuente ver que es un grupo pequeño de usuarios el que experimenta la mayor parte de las roturas. Además, otros estudios sugieren que mientras la mayoría usa los condones de manera correcta, hay unos pocos individuos que los utilizan siempre mal, lo que hace que se rompan o que se salgan. Por lo tanto, es importante enseñar a la gente la manera correcta de abrir el envase y de ponerse y quitarse el condón (ver Uso Correcto del Condón Masculino, p. 363) y también hay que enseñarles a evitar prácticas riesgosas que incrementan el riesgo de rotura (ver Lo que los Usuarios de Condones no Debieran Hacer, p. 205).

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 (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). 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 efectiva para prevenir el embarazo, e incrementa el riesgo de que la mujer adquiera ITS, incluyendo VIH y enfermedad inflamatoria pélvica. Si se tiene certeza sobre la exposición a VIH, el tratamiento con medicación antiretroviral (profilaxis post- 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 o 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. Sin embargo, en un estudio, los usuarios relataron menos roturas al utilizar 2 condones juntos, comparado con el uso de 1 condón.

9. ¿Es posible que el condón le impida al hombre tener una erección (impotencia)?

No, para 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 la evitar el embarazo. En Japón, por ejemplo, 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 los informes de reacciones alérgicas leves a los condones son raros. Las reacciones alérgicas severas son extremadamente raras.

Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes de goma o a los globos pueden tener una reacción similar ante los condones de látex. La reacción leve supone rubor, prurito, erupción, o hinchazón de la piel que estuvo en contacto con el látex. La reacción severa implica urticaria hives o erupción en buena parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, o pérdida de conciencia después de entrar en contacto con el látex. Tanto el hombre como la mujer pueden ser alérgicos al látex y a los condones de látex.

Condones Femeninos

Este capítulo describe los condones femeninos de plástico (sintéticos).

Puntos Clave para Proveedores y Clientes

- **Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo 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
- Entre las marcas disponibles se incluyen Care, Dominique, FC Female Condoms, Femidom, Femy, Myfemy, Protectiv' y Reality.
- Están lubricados por dentro y por fuera con un lubricante en base a siliconas.
- En algunos países hay condones femeninos de látex.
- Funcionan actuando como barrera que mantiene a los espermatozoides fuera de la vagina, evitando el embarazo. También aísla de las infecciones en el semen, en el pene, o en la vagina, evitando el contagio del otro miembro de la pareja.

¿Cuál es Su Eficacia?

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 los utiliza comúnmente, se producen cerca de 21 embarazos por 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 lo utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por 100 mujeres que utilizan condones femeninos en el correr del primer año.

Recuperación de la fertilidad tras la interrupción del uso del condón femenino: No hay demora

Protección contra VIH y otras ITS:

- Cuando se los utiliza de manera correcta en cada acto sexual, los condones femeninos reducen el riesgo de infección con ITS, incluyendo VIH.

¿Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta el Condón Femenino?

- La mujer puede comenzar a usarlo ella misma
- Tiene una textura suave y húmeda que brinda una sensibilidad más natural que el condón masculino de látex durante el sexo
- Ayuda a proteger tanto ante el embarazo como ante ITS, incluyendo VIH
- Para algunas mujeres, el anillo externo brinda una estimulación sexual adicional
- Puede usarse sin tener que consultar a un proveedor de salud

¿Por qué Algunos Hombres Dicen que les Gusta el Condón Femenino?

- Puede colocarse más temprano, de modo que no interrumpe el sexo
- No es ajustado ni aprieta como el condón masculino
- No disminuye la sensibilidad en el sexo, como sucede con el condón masculino
- No es preciso retirarlo inmediatamente después de la eyaculación

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales

Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- ITS, incluyendo VIH

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p.219)

Condones femeninos:

- No pueden perderse en el cuerpo de la mujer.
- No son difíciles de usar, pero hay que aprender a usarlos correctamente.
- No tienen orificios que permitan el paso del VIH.
- Lo utilizan las parejas casadas. No se usa sólo fuera del matrimonio.
- Evitan el contagio de enfermedades en la mujer porque impiden que el semen entre en su cuerpo.

Quién Puede Usar Condones Femeninos

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.

(Por información sobre los criterios médicos de elegibilidad para condones femeninos de látex, ver Criterios Médicos de Elegibilidad para Condones Masculinos, p. 202. Por información sobre manejo de pacientes con alergia al látex, ver Condones masculinos, irritación leve en o alrededor de la vagina o pene o reacción alérgica leve al condón, p. 207; y Reacción alérgica severa al condón, p. 207).

Suministro de Condones Femeninos

Cuándo Comenzar

- En cualquier momento en que lo desee la paciente.

Explicación Acerca del Uso

IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la paciente como 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 como introducir el condón femenino.

Explique los 5 Pasos Básicos del Uso del Condón Femenino

Pasos Básicos	Detalles Importantes
1. Use un nuevo condón femenino para cada acto sexual	• Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un condón pasada su fecha de vencimiento—úselo sólo si no dispone de condones más nuevos. • De ser posible, lave sus manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el condón.
2. Antes de ningún contacto físico, introduzca el condón en la vagina	• 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 que el pene entra en el condón y se mantiene 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 de que el hombre retira 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 incorporarse 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.

Apoyo a la Usuaria

Asegúrese que la paciente comprenda el uso correcto	• 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	• 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	• Un solo acto sexual sin protección puede conducir a embarazo o ITS—o a ambos. • Si no utiliza un condón para un acto sexual, pruebe a usarlo la próxima vez. Dejar de usarlo una o dos veces no significa que no tenga sentido seguir usando uno en el futuro.
Explique acerca de las anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Explique la utilización de AOE para el caso de error en el uso del condón—incluyendo el no uso del condón—para ayudar a prevenir el embarazo (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). Déle AOE si hay disponibles.
Analice modos de hablar sobre el uso de condones	• Analice estrategias y técnicas para negociar el uso del condón con las parejas (ver Sacar el Tema del Uso del Condón, p. 201).

Lubricantes para Condones Femeninos

Los condones femeninos plásticos vienen lubricados con un lubricante en base a siliconas. A diferencia de la mayoría de los condones masculinos, que son hechos de látex, los condones plásticos pueden ser utilizados con cualquier tipo de lubricantes—sean hechos con agua, silicona, o aceite.

Algunos condones femeninos vienen con lubricante adicional en el paquete. Algunas clínicas podrán suministrar a las pacientes más lubricante. Si una paciente necesita lubricación adicional, podrá usar agua limpia, saliva, cualquier aceite o loción, o un lubricante hecho de glicerina o silicona.

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.

- Sugiérale 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 se está pasando de otro método al condón femenino, sugiérale que continúe con el método anterior hasta que pueda usar el condón femenino con confianza.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a cada paciente que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Tiene dificultades para usar el condón femenino de manera correcta o cada vez que tiene sexo.

- Recientemente sexo tuvo sin protección y quiere evitar el embarazo. Podría usar AOE (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

Ayuda a Usuarias Continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si tiene problemas con el uso correcto y cada vez que tiene sexo, de los condones femeninos. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, pág. 218).
3. Déle más condones femeninos y aliéntela a volver por más antes que se le acaben los que tiene. Recuérdele en qué otro lugar puede obtener condones femeninos.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Realice el control necesario.

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.
- Ofrézcase 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 ante ITS, incluyendo 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

- Sugiérale que vuelva a colocarse o que reposicione el condón de modo que el anillo interno quede bien metido por detrás del hueso del pubis y fuera del camino.

El condón chirria o hace ruido durante el sexo

- Sugiérale agregar más lubricante en el interior del condón o sobre el pene.

El condón se resbala, no se lo utiliza, o es utilizado de manera incorrecta

- Los AOE pueden ayudar a prevenir el embarazo (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).
- Poco se puede hacer para reducir el riesgo de ITS si un condón se rompe, se sale o no se lo utiliza (ver Condones Masculinos, Pregunta 7, p. 209). Si la usuaria presenta signos o síntomas de ITS después de tener sexo sin protección, evalúe o derivela.
- 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 de 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 ante el embarazo e ITS. (Ver Condones Masculinos, Dificultad para persuadir a la pareja de usar condones o no puede usar un condón siempre, p. 206.)

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 rozamiento 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, incluyendo VIH.
  - Para pacientes en riesgo de ITS, incluyendo 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 una protección continua de ITS.

Preguntas y Respuestas Sobre los Condones Femeninos

1. ¿Es difícil de usar el condón femenino?

No, pero requiere de paciencia y práctica. Ver Consejos para Nuevas Usuarias, p. 217.

2. ¿Pueden los condones femeninos prevenir eficazmente tanto el embarazo como las ITS, incluyendo VIH?

Sí. Los condones femeninos ofrecen una protección doble, tanto contra el embarazo como las ITS, inclusive VIH, si se le usa de manera correcta y consistente. 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 ante el embarazo como ante las ITS.

3. ¿Pueden utilizarse al mismo tiempo el condón femenino y el condón masculino?

No. El condón femenino y el condón femenino 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 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. Sin embargo, como en algunas áreas no siempre hay disponibles suficientes condones femeninos, y algunas usuarias los reutilizan, la Organización Mundial de la Salud ha desarrollado instrucciones para la desinfección y lavado de los condones femeninos para su reutilización. La seguridad y eficacia de estas instrucciones se encuentra todavía a prueba. Algunos programas pueden introducir instrucciones para la reutilización si la disponibilidad del condón femenino es limitada.

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 adentro del vientre (útero) porque es largo para eso.

9. ¿Puede usarse el condón femenino en distintas posiciones sexuales?

Sí. El condón femenino puede usarse en cualquier posición sexual.

10. ¿Son más caros los condones femeninos que los masculinos?

Comprado al por mayor, en el año 2006, los condones femeninos costaban US $0.66 la unidad, mientras que los condones masculinos costaban sólo US $0.03 la unidad. Esto es porque el material poliuretano cuesta más que el látex y porque se producen mucho menos condones femeninos. Para ayudar a reducir el costo, se ha desarrollado un condón femenino de látex. Comprado al por mayor, este nuevo condón femenino de látex puede costar tan poco como US $0.22 por condón. Se espera que los programas compren más de estos condones femeninos de látex y los distribuyan más ampliamente una vez que estén disponibles.

CAPITULO 15

Espermicidas y Diafragmas

Espermicidas

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Los espermicidas se introducen profundamente en la vagina poco antes de tener sexo.**
- **Para la mejor eficacia requiere de un uso correcto en cada acto sexual.**
- **Es uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces.**
- **Pueden utilizarse como método principal o como método de respaldo.**

¿En qué Consisten los Espermicidas?

- Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes del sexo, que matan el esperma.
  - El más ampliamente utilizado es el Nonoxinol-9.
  - Otros incluyen el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio.
- Disponibles en comprimidos de espuma, supositorios derretibles o de espuma, latas de espuma presurizada, película derretible, gel y crema.
  - El gel, las cremas y las espumas de lata pueden utilizarse solas, con un diafragma, o con condones.
  - Las películas, supositorios, tabletas de espuma, o supositorios de espuma pueden usarse solos o con condones.
- Funcionan rompiendo la membrana de las células del esperma, matándolas o enlenteciendo su movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con un óvulo.

¿Cuál es Su Eficacia?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta si no se utilizan los espermicidas en cada acto sexual.

- Uno de los métodos de planificación familiar menos eficaces.
- Tal como se los utiliza comúnmente, se producen cerca de 29 embarazos cada 100 mujeres que utilizan espermicidas en el correr del primer año. Esto significa que 71 de cada 100 mujeres que usan espermicidas no quedarán embarazadas.
- Cuando son utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos cada 100 mujeres que usan espermicidas en el correr del primer año.

Retorno de la fertilidad tras la interrupción de los espermicidas: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna. El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección de VIH (ver Pregunta 3, p. 235).

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales (ver Manejo de Problemas, p. 233)

Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:

- Irritación en o alrededor de vagina o pene

Otros posibles cambios físicos:

- Lesiones vaginales

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos Conocidos para la Salud

Poco comunes:

- Infección de la vía urinaria, en especial cuando se usan espermicidas 2 o más veces al día

Raros:

- El uso frecuente del nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección por VIH (ver Pregunta 3, p. 235)

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 235)

Espermicidas:

- No reducen las secreciones vaginales ni hacen sangrar a la mujer durante el sexo.
- No causan cáncer cervical ni defectos de nacimiento.
- No protegen contra ITS.
- No modifican el deseo sexual del hombre ni el de la mujer ni reducen el placer sexual en la mayoría de los hombres.
- No interrumpen las menstruaciones de la mujer.

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Espermicidas

- La mujer los puede controlar
- No presentan efectos colaterales hormonales
- Incrementan la lubricación vaginal
- Pueden utilizarse sin ver a un proveedor de atención a la salud
- Pueden ponerse con anticipación y de este modo no interrumpen el sexo

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar Espermicidas

Seguro y Apto para Casi Todas las Mujeres

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Espermicidas

Todas las mujeres pueden utilizar espermicidas con seguridad, excepto aquellas que:

- Presentan alto riego de infectarse de VIH
- Están infectadas de VIH
- Tienen SIDA

Administración de Espermicidas

Cuándo Comenzar

- En cualquier momento en que la paciente lo desee.

Explicación Sobre Cómo Utilizar los Espermicidas

Suministre el espermicida	• Suministre tanto espermicida como sea posible —incluso, si hay disponible, como para un año.
Explique cómo introducir el espermicida dentro de la vagina	**1.** Verifique la fecha de vencimiento y evite usar espermicidas pasada la fecha de vencimiento. **2.** Si es posible, lave sus manos con jabón neutro y agua limpia. **3.** Espuma o crema: Agite vigorosamente la lata de espuma. Vierta el espermicida de la lata o el tubo en el aplicador plástico. Introduzca profundamente el aplicador en la vagina, próximo al cérvix y oprima el émbolo. **4.** Tabletas, supositorios, gel: Introduzca el espermicida profundamente en la vagina, próximo al cérvix, con un aplicador o con los dedos. Película: Doble la película a la mitad e introdúzcala con los dedos secos (de otro modo la película se adherirá a los dedos y no al cérvix).
Explique cuándo introducir el espermicida en la vagina	• Espuma o crema: En cualquier momento dentro de la hora previa al sexo. • Tabletas, supositorios, gel, películas: Entre 10 minutos y una hora antes del sexo, dependiendo del tipo.
Explique cómo proceder con actos sexuales múltiples	• Introduzca espermicida adicional antes de cada acto sexual vaginal.
No lave la vagina (ducha) **después del sexo**	• La ducha no es recomendable porque lavaría el gel y también porque incrementa el riesgo de infecciones de transmisión sexual. • Si quiere ducharse, espere por lo menos 6 horas después del sexo para hacerlo.

Apoyo a usuarias de espermicidas

Asegúrese que la paciente comprenda el uso correcto	• Pídale a la paciente que repita cómo y cuándo ponerse el espermicida.
Describa los efectos colaterales más frecuentes	• Prurito e irritación en o alrededor de vagina o pene.
Explique acerca de las anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Explique el uso de los AOE en caso de no usar el espermicida en todos los actos sexuales o de no usarlos en forma correcta (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). Si hay disponibles, suminístrele AOE.

Diafragmas

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **El diafragma se coloca profundamente en la vagina antes del sexo.** Cubre el cérvix. Los espermicidas brindan protección anticonceptiva adicional.
- **Antes de comenzar a utilizarlo se requiere un examen pélvico.** El proveedor debe seleccionar un diafragma que se ajuste adecuadamente**.**
- **Para obtener la mayor eficacia se requiere un uso correcto en cada acto sexual.**

¿Qué Es el Diafragma?

- Es un capuchón de látex blando que cubre el cérvix. También puede haber diafragmas plásticos.
- El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar. Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su eficacia.
- Viene en distintos tamaños y un proveedor con entrenamiento específico tiene que ajustarlo.
- Funciona impidiendo la entrada del esperma al cérvix; el espermicida mata o inutiliza el esperma. Ambos impiden que el esperma entre en contacto con el óvulo.

¿Qué Tan Eficaces Son?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando no se utilizan espermicidas en cada acto sexual.

- Tal como se los utiliza habitualmente, se producen cerca de 16 embarazos cada 100 mujeres que utilizan diafragma con espermicidas en el primer año. Quiere decir que 84 de cada 100 mujeres que usan el diafragma no se embarazan.
- Cuando se lo utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 6 embarazos cada 100 mujeres que utilizan el diafragma con espermicida en el correr del primer año.

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir el uso del diafragma: Sin demora

Protección contra ITS: Puede brindar alguna protección ante ciertas ITS, pero no debería confiarse en ello para prevención contra ITS (ver Pregunta 8, p. 236).

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales (ver Manejo de Problemas, p. 233)

Algunas usuarias informan lo siguiente:

- Irritación en o alrededor de vagina o pene

Otros posibles cambios físicos:

- Lesiones vaginales

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Puede ayudar a proteger contra:

- Algunas ITS (clamidia, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica, tricomoniasis)
- Lesiones precancerosas y cáncer cervical

Riesgos Conocidos para la Salud

Comunes a poco comunes:

- Infecciones del tracto urinario

Poco comunes:

- Vaginosis bacteriana
- Candidiasis

Raros:

- El uso frecuente de nonoxinol-9 puede incrementar el riesgo de infección de VIH (ver Pregunta 3, p. 235)

Extremadamente raros:

- Síndrome de shock tóxico

Corregir Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 235)

Diafragmas:

- No afectan la sensibilidad en el sexo. Unos pocos hombres informan sentir el diafragma durante el sexo, pero la mayoría no lo sienten.
- No pueden pasar a través del cérvix. No pueden pasar al útero ni de ningún modo perderse en el cuerpo de la mujer.
- No causan cáncer cervical.

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta el Diafragma

- Es controlado por la mujer
- No tiene efectos colaterales hormonales
- Puede colocarse con anticipación, por lo que no interrumpe el sexo

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar Diafragmas

Seguro y Apto para Casi Todas las Mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar el diafragma de manera segura y efectiva.

Criterios Médicos de Elegibilidad para
Diafragmas

Realice a la paciente 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 a usar el diafragma, si lo desea. Si responde "sí" a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a utilizar el diafragma. Estas preguntas también son aplicables al capuchón cervical (ver p. 238).

1. ¿Ha tenido recientemente un bebé o un aborto espontáneo o inducido del segundo o tercer trimestre? Si es así, ¿cuándo?

❑ NO

❑ **SI** El diafragma no deberá ajustarse hasta las 6 semanas después del parto o aborto del segundo o tercer trimestre, hasta que el útero y el cérvix hayan retomado su tamaño normal. Déle un método de respaldo* para que lo utilice hasta entonces.

(Continúa en la página siguiente)

* *Los métodos de respaldo incluyen abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, suminístrele condones.*

Criterios Médicos de Elegibilidad para Diafragmas (continuación)

2. ¿Tiene alergia a la goma de látex?

❑ NO ❑ **SI** No debe usar diafragma de látex. Puede usar un diafragma de plástico.

3. ¿Tiene infección de VIH o SIDA? ¿Cree estar en alto riesgo de infección de VIH? (Discuta qué ubica a la mujer en riesgo alto de infección de VIH [ver Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo VIH, ¿Quién Está en Riesgo?, p. 276]. Por ejemplo, su pareja tiene VIH.)

❑ NO ❑ **SI** No suministre un diafragma. Para protección de VIH, recomiende el uso de condones solos o con otro método.

Por clasificaciones completas, ver Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos, p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

En Casos Especiales de Utilización de Diafragma Usar el Juicio Clínico

En general, una mujer con cualquiera de las afecciones debajo enumeradas no debería utilizar el diafragma. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor calificado podrá evaluar cuidadosamente la condición y situación específica de la mujer y decidir si puede utilizar un diafragma con espermicida. El proveedor debe considerar la severidad de la condición y, para la mayoría de las afecciones, si esa mujer tendrá acceso a seguimiento.

- Antecedentes de síndrome de shock tóxico
- Alergia al látex, en especial si la reacción alérgica es leve (ver Irritación leve en o alrededor de vagina o pene, o reacción alérgica leve al condón, p. 207)
- Riesgo alto de infección de VIH, infección de VIH, o SIDA

Administración de Diafragmas

Cuándo Comenzar

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Cualquier momento	**En cualquier momento** • Si ha tenido un parto a término o un aborto espontáneo o inducido de segundo o tercer trimestre menos de 6 semanas atrás, suminístrele un método de respaldo para utilizar, si es necesario, hasta transcurridas las 6 semanas.
Consejo especial para mujeres que se pasan de otro método	• Sugiérale que utilice el diafragma por un tiempo junto con el uso del otro método. De este modo puede ganar confianza con seguridad de que puede usar el diafragma de modo correcto.

Explicación del Procedimiento de Ajuste

Aprender a preparar a la mujer para el diafragma requiere de entrenamiento y práctica. Por lo tanto, el siguiente es un resumen y no instrucciones detalladas.

1. El proveedor utiliza procedimientos apropiados de prevención de infecciones (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).
2. La mujer está recostada igual que para un examen pélvico.
3. El proveedor verifica las condiciones que pudieran impedir el uso del diafragma, tales como el prolapso uterino.
4. El proveedor introduce los dedos índice y medio en la vagina para determinar el tamaño correcto de diafragma.
5. El proveedor introduce un diafragma especial de ajuste en la vagina de la mujer de modo de cubrir el cérvix. Luego, el proveedor revisa la ubicación del cérvix y se asegura que el diafragma quede adecuadamente ajustado y no se salga con facilidad.
6. El proveedor suministra a la mujer un diafragma que ajusta de manera apropiada y suficiente espermicida para que use con éste y le enseña a usarlo adecuadamente (ver Explicación del Uso del Diafragma, p. 230).

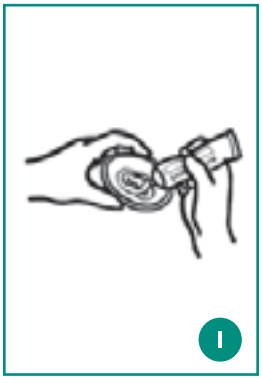
Con un diafragma adecuadamente ajustado en su lugar, la paciente no debería sentir nada dentro de su vagina, ni siquiera mientras camina o durante el sexo.

Explique Cómo Usar el Diafragma

IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la mujer la ubicación del pubis y del cérvix mediante un modelo o una figura. Explique que el diafragma se introduce detrás del hueso púbico y cubre el cérvix.

Explique los 5 Pasos Básicos para el Uso del Diafragma

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Vierta una cucharada de crema, gel o espuma espermicida dentro del diafragma y alrededor del borde	• Si es posible, lave sus manos con jabón neutro y agua limpia. • Revise el diafragma, sosteniéndolo a la luz, para confirmar que no presente agujeros, grietas ni rasgaduras. • Verifique la fecha de vencimiento del espermicida y evite usarlo más allá de su fecha de vencimiento. • Introduzca el diafragma menos de 6 horas antes de tener sexo.
2. Presione los bordes juntos; inserte espermicida en la vagina tan profundo como pueda	• Elija una posición que sea cómoda para la colocación—en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.
3. Toque el diafragma para asegurarse que cubra el cérvix	• A través del diafragma, el cérvix se siente como la punta de la nariz. • Si el diafragma incomoda, retírelo y colóquelo otra vez.



Pasos básicos	Detalles importantes
4. Manténgalo colocado, por lo menos durante 6 horas después del sexo	• Mantenga el diafragma colocado por lo menos durante 6 horas después del sexo pero no más de 24 horas. • *Dejar colocado el diafragma por más de un día puede incrementar el riesgo de síndrome de shock tóxico*. Puede, también, causar mal olor y flujo vaginal. (El olor y la descarga vaginal se van solos después de retirar el diafragma.) • Para múltiples actos sexuales, asegúrese que el diafragma se encuentra en la posición correcta y también introduzca espermicida adicional en el frente del diafragma antes de cada acto sexual.
5. Para retirarlo, deslice un dedo debajo del borde del diafragma para empujarlo hacia abajo y afuera	• Si es posible, lave las manos con jabón neutro y agua limpia. • Introduzca un dedo en la vagina hasta sentir el borde del diafragma. • Con suavidad deslice un dedo por debajo del borde y empuje el diafragma hacia abajo y afuera. Cuídese de no romper el diafragma con la uña del dedo. • Lave el diafragma con jabón neutro y agua limpia y séquelo después de cada uso.

Ayuda a la Usuaria de Diafragma

Asegúrese que la usuaria comprenda el uso correcto	• Pídale a la paciente que repita cómo y cuándo colocarse y retirar el diafragma.
Explique que el uso se vuelve más sencillo con la práctica	• Cuanto más práctica tenga la usuaria en colocarse y quitarse el diafragma, más fácil será.
Describa los efectos colaterales más comunes	• Prurito e irritación en o alrededor de vagina o pene.
Explique acerca de las anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Explique el uso de AOE para el caso que el diafragma se salga o no se utilice correctamente (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45). Si hay disponibles, déle AOE.
Explique sobre la reposición	• Cuando el diafragma se afina, agujerea, o se vuelve rígido, no debe seguir siendo utilizado y debe reponerse. La mujer debe obtener un nuevo diafragma cada 2 años aproximadamente.

Consejos para Usuarias de Espermicidas o de Diafragma con Espermicidas

- De ser posible, los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, fuera del alcance del sol. Los supositorios pueden derretirse en clima caluroso. Si se mantienen secas, las tabletas no presentan tanta tendencia a derretirse con el calor.
- Si es posible, el diafragma debe guardarse en lugar fresco y seco.
- Si la mujer ha tenido un bebé, o un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre, precisará un nuevo diafragma ajustado.

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a cada paciente que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada.

Consejo general de salud: Toda persona que repentinamente sienta que algo está muy mal con su salud deberá consultar inmediatamente a un médico o enfermero. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa situación, pero debe comunicarle al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Ayuda a Usuarias Continuas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Suminístrele cualquier información o ayuda que necesite (ver Manejo de Problemas, pág. siguiente).
3. Suminístrele más provisión y aliéntela a volver por más antes que se le acaben. Recuérdele en qué otro lugar puede obtener más espermicida si lo necesita.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde. Por problemas nuevos de salud que puedan requerir cambiar de método, ver p. 234.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga el control necesario.

Manejo de Problemas

Problemas Informados Como Efectos Colaterales o Problemas del Uso

Pueden, o no, deberse al método.

- Los efectos colaterales o problemas con los espermicidas o diafragmas afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata efectos colaterales o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y si corresponde, trátela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o si los problemas no logran superarse.

Dificultad para introducir o retirar el diafragma

- Aconséjela sobre la colocación y remoción. Pídale que se coloque y retire el diafragma en la clínica. Verifique su posicionamiento después que ella lo coloque. Corrija cualquier error.

Incomodidad o dolor con el uso del diafragma

- Un diafragma muy largo puede causar incomodidad. Verifique que calce adecuadamente.
  - Si es demasiado largo, adapte con un diafragma más pequeño.
  - Si el ajuste parece apropiado y tiene disponibles diferentes tipos de diafragmas, pruebe un diafragma diferente.
- Pídale que se coloque y retire el diafragma en la clínica. Verifique su posicionamiento después que ella lo coloque. Aconséjela si corresponde.
- Revise por eventuales lesiones vaginales:
  - Si presenta dolor o lesiones vaginales, sugiera el uso temporal de otro método (condones o anticonceptivos orales) y suminístreselos.
  - Evalúe por infección vaginal o infecciones de transmisión sexual (ITS). Trátela o derive para tratamiento si corresponde.
  - Las lesiones se irán por sí solas si se pasa a otro método.

Irritación en o alrededor de vagina o pene (la mujer o su pareja presentan prurito, erupción, o irritación que dura un día o más)

- Revise por eventual infección vaginal o ITS y trátela o derívela para ser tratada si corresponde.
- Si no existe infección, sugiera probar un tipo diferente u otra marca de espermicidas.

Infección del tracto urinario (ardor o dolor al orinar, micción frecuente en pequeñas cantidades, sangre en la orina, dolor de espalda)

- Trátela con clotrimoxazol 240 mg oral una vez al día por 3 días, o trimetoprim 100 mg oral una vez al día por 3 días, o nitrofurantoína 50 mg oral dos veces al día por 3 días.
- Si la infección recurre, considere volver a adaptar un diafragma más pequeño.

Vaginosis bacteriana (flujo vaginal anormal blanco o gris, con olor desagradable; puede presentar, también, ardor al orinar y/o picazón alrededor de la vagina)

- Trate con metronidazol 2 g vía oral en dosis única o metronidazol 400–500 mg vía oral dos veces al día por 7 días.

Candidiasis (flujo vaginal anormal blanco que puede ser acuoso o espeso y grumoso; puede presentar, también, ardor al orinar y/o enrojecimiento y picazón alrededor de la vagina)

- Trate con fluconazol 150 mg vía oral en dosis única, miconazol 200 mg supositorio vaginal, una vez al día por 3 días, o clotrimazol 100 mg tabletas vaginales, dos veces al día por 3 días.
- Los supositorios de miconazol tienen una base oleosa y pueden debilitar el diafragma de látex. Las mujeres que utilizan miconazol vaginal no deben usar diafragmas de látex o condones durante el tratamiento. Podrán usar el condón masculino o femenino de plástico u otro método hasta que se retire toda la medicación. (El tratamiento oral no daña el látex.)

Sospecha de embarazo

- Realice pruebas de embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras se utilizaban espermicidas.

Nuevos Problemas que Pueden Requerir Cambiar de Método

Pueden, o no, deberse al método.

Infección de las vías urinarias o infección vaginal recurrente (tales como vaginosis bacteriana o candidiasis)

- Considere readaptar a la paciente con un diafragma más pequeño.

Alergia al látex (rubor, prurito, erupción, y/o hinchazón de genitales, ingles, o muslos [reacción leve]; o urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, pérdida de conciencia [reacción severa])

- Dígale a la paciente que deje de usar el diafragma de látex. Si tiene disponible, déle un diafragma de plástico, o ayúdela a elegir otro método que no sean los condones de látex.

Síndrome de shock tóxico (fiebre alta repentina, erupción corporal, vómitos, diarrea, mareos, dolor de garganta, y dolores musculares). Ver Signos y Síntomas de Afecciones Médicas Graves, p. 320.

- Trate o derive para diagnóstico y atención inmediatos. El síndrome de shock tóxico puede amenazar la vida.
- Dígale a la paciente que deje de usar el diafragma. Ayúdela a elegir otro método que no sea el capuchón cervical.

Preguntas y Respuestas Sobre Espermicidas y Diafragmas

1. ¿Los espermicidas causan defectos de nacimiento? ¿Se producirá daño al feto si una mujer utiliza espermicidas por accidente estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias que muestran que los espermicidas no provocan defectos de nacimiento y no dañan de ningún modo al feto si una mujer queda embarazada utilizando espermicidas o comienza a usar espermicidas accidentalmente estando ya embarazada.

2. ¿Los espermicidas causan cáncer?

No, los espermicidas no causan cáncer.

3. ¿Los espermicidas incrementan el riesgo de infectarse de VIH?

Las mujeres que utilizan nonoxinol-9 varias veces por día pueden experimentar un incremento del riesgo de infectarse de VIH. Los espermicidas pueden causar irritación vaginal, la que puede causar pequeñas lesiones en el recubrimiento de la vagina o en genitales externos. Estas lesiones pueden hacer que la mujer sea más proclive a contraer VIH. Los estudios que sugieren que el uso de espermicidas incrementa el riesgo a VIH abarcaron a mujeres que utilizan los espermicidas varias veces al día. Las mujeres con múltiples actos sexuales diarios deberían utilizar otro método anticonceptivo. Sin embargo, un estudio realizado entre mujeres que utilizaban nonoxinol-9 un promedio de 3 veces a la semana, no encontró un incremento en el riesgo de infección de VIH para usuarias de espermicidas comparado con mujeres que no usaban espermicidas.

4. ¿El diafragma resulta incómodo para la mujer?

No si se adapta y coloca de manera correcta. En general, la mujer y su pareja no son capaces de sentir el diafragma durante el sexo. El proveedor selecciona el diafragma de tamaño adecuado para cada mujer de modo que se adapte a ella y no la lastime. Si resulta incómodo, deberá volver para verificar su ajuste y asegurarse que la mujer coloca y retira el diafragma de manera adecuada.

5. Si la mujer utiliza el diafragma sin espermicidas, ¿éste sigue previniendo el embarazo?

No existe suficiente evidencia para afirmarlo con seguridad. Algunos estudios encontraron que las usuarias de diafragma presentan tasas más altas de embarazo cuando no lo utilizan con espermicida. Por lo tanto, no se recomienda la utilización de diafragma sin espermicidas.

6. ¿La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día?

Sí, pero no es recomendable. La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día si no puede colocárselo poco antes de tener sexo. Sin embargo, no deberá dejárselo colocado por más de 24 horas, ya que puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico..

7. ¿Se pueden utilizar lubricantes con el diafragma?

Sí, pero si el diafragma es de látex, utilice solamente lubricantes en base agua o silicona. Los productos fabricados con aceite no pueden usarse como lubricantes porque dañan el látex. Los materiales que no deben usarse con el diafragma de látex incluyen cualquier aceite (de cocina, de bebes, coco, mineral), vaselina, lociones, cremas frías, manteca, manteca de cacao, y margarina. Los lubricantes con base oleosa no dañan el diafragma de plástico. En general, los espermicidas brindan suficiente lubricación a las usuarias de diafragmas.

8. ¿El diafragma ayuda a proteger a la mujer de ITS, incluyendo VIH?

La investigación sugiere que el diafragma puede ayudar a proteger de algún modo contra infecciones del cérvix tales como gonorrea y clamidia. Algunos estudios han hallado, también, que también podría proteger contra la enfermedad inflamatoria pélvica y la tricomoniasis. Se están realizando estudios para evaluar la protección ante VIH. En la actualidad, sólo se recomiendan los condones masculinos y femeninos para la protección contra VIH y otras ITS.

9. ¿Qué es la esponja vaginal y que tan eficaz es?

La esponja vaginal es de plástico y contiene espermicidas. Se humedece con agua y se introduce en la vagina de modo tal que quede contra el cérvix. Cada esponja puede utilizarse una sola vez. No se encuentra ampliamente disponible.

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer no utiliza la esponja en cada acto sexual.

Mujeres que tuvieron partos:

- Tal como se la utiliza comúnmente, constituye uno de los métodos menos eficaces.
- Como se la utiliza comúnmente, se producen cerca de 32 embarazos cada 100 mujeres que utilizan esponja en el correr del primer año.
- Cuando se la utiliza de manera correcta en cada acto sexual, cerca de 20 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año.

Más eficaz entre mujeres que tuvieron partos:

- Como se la utiliza comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos cada 100 mujeres que utilizan esponja en el correr del primer año.
- Cuando se la utiliza de manera correcta en cada acto sexual, hay cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año.

Capuchón Cervical

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **El capuchón cervical se coloca profundamente en la vagina antes del sexo.** Cubre el cérvix.
- **Para un mejor eficacia, requiere un uso correcto en cada acto sexual.**
- **Se lo utiliza con espermicidas para mejorar su eficacia.**

¿En qué Consiste el Capuchón Cervical?

- Se trata de un capuchón suave, de látex o goma plástica, que cómodamente recubre el cuello cervical profundamente.
- Viene en diferentes tamaños; requiere un proveedor específicamente entrenado en su colocación para calzarlo.
- El capuchón cervical funciona impidiendo al esperma entrar en el cérvix; los espermicidas matan o inhabilitan el esperma. Ambos impiden al esperma entrar en contacto con el óvulo.

¿Qué Tan Eficaz Es?

La eficacia depende de la usuaria: El riesgo de embarazo aumenta cuando el capuchón cervical con espermicida no se utiliza en cada acto sexual.

Mujeres que han tuvieron partos:

- Tal como se lo utiliza comúnmente, es uno de los métodos menos eficaces.
- Tal como se lo utiliza comúnmente, se producen cerca de 32 embarazos cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el correr del primer año. Esto significa que 68 de cada 100 mujeres que utilizan capuchón cervical no quedarán embarazadas.
- Cuando se lo utiliza de manera correcta en cada acto sexual, cerca de 20 embarazos cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el correr del primer año.

Más eficacia entre mujeres que no tuvieron partos:

- Tal como se lo utiliza comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el correr del primer año. Esto significa que 84 de cada 100 mujeres que utilizan capuchón cervical no quedarán embarazadas.
- Cuando se lo utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 9 embarazos cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el correr del primer año.

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir el capuchón cervical: Sin demora

Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Los mismos que para los diafragmas (ver Diafragmas, Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud, p. 226).

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Capuchón Cervical

Realice a la paciente preguntas para Criterios médicos de elegibilidad para diafragmas (ver p. 227). Realice, también, la pregunta de abajo acerca de afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni análisis. Si la respuesta es "no" para todas estas preguntas y las del diafragma, entonces puede comenzar con el capuchón cervical si lo desea. Si contesta "sí" a una pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos aún podrá comenzar con el capuchón cervical.

1. ¿Ha sido o será próximamente tratada por lesiones cervicales precancerosas (neoplasia intraepitelial cervical [NIC]) o por cáncer cervical?

❑ NO ❑ **SI** No administre el capuchón cervical.

Por clasificaciones completas, ver "Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos", p. 324. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Destaque también cualquier afección que haga desaconsejable el método, cuando sea pertinente para la usuaria.

Administración del Capuchón Cervical

La administración del capuchón cervical es similar a la administración (ver p. 229) y ayuda a la usuaria de diafragmas (ver p. 232). Las diferencias incluyen:

Colocación

- Llene un tercio del capuchón con crema, gel o espuma espermicida.
- Presione el borde del capuchón alrededor del cérvix hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.
- Introduzca el capuchón cervical en cualquier momento dentro de las 42 horas antes de tener sexo.

Remoción

- Deje colocado el capuchón cervical por un mínimo de 6 horas después de la última eyaculación de la pareja, pero no por más de 48 horas desde la hora en que lo colocó.
- Si deja el capuchón colocado por más de 48 horas puede aumentar el riesgo de síndrome de shock tóxico y puede producir mal olor y flujo vaginal.
- Incline los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empuje el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.

CAPITULO 17

Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren de 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, de acuerdo a reglas del método específico.**
- **No presentan efectos colaterales ni riesgos para la salud.**

¿En 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 estándar 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.

- 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 el 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 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 los utiliza 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 (ver Pregunta 3, p. 254).
- Las tasas de embarazo para un uso consistente y correcto varían para los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (ver tabla, debajo).
- En general, la abstinencia durante el período fértil es más eficaz que el uso de otro método en el período fértil.

Tasas de Embarazos Con Uso Consistente y Correcto y Abstinencia en los Días Fértiles

Método	Embarazos cada 100 Mujeres en el Correr del Primer Año
Métodos basados en el calendario	
Método de Días estándar	5
Método de Ritmo calendario	9
Métodos basados en los síntomas	
Método de Dos días	4
Método de la Temperatura corporal basal	1
Método de la ovulación	3
Método de síntomas y temperatura	2

Retorno de la fertilidad después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Sin demora
Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales

Ninguno

Beneficios Conocidos para la Salud

Ayuda a proteger contra:

- Riesgo de embarazo

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gustan los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

- No presentan efectos colaterales
- No requieren de procedimientos y en general, no requieren de insumos. Ayuda a las mujeres a conocer sobre su propio cuerpo y su fertilidad
- Permite a algunas parejas a adherir a sus normas religiosas o culturales sobre anticoncepción
- Pueden ser utilizados para identificar los días fértiles tanto por mujeres que quieren quedar embarazadas como por mujeres que desean evitar el embarazo

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 253)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

- Pueden ser muy eficaces si se utilizan de manera consistente y correcta.
- No requieren de literatura ni de un nivel educativo avanzado.
- No hacen daño al hombre que se abstiene del sexo.
- No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil, como cuando cree que éste ocurre durante la menstruación.

Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad para Mujeres Con VIH

- Las mujeres infectadas de VIH, que tienen SIDA, o que están en terapia antiretroviral (ARV) pueden utilizar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres a usar condones junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Utilizados de manera consistente y correcta, los condones ayudan a prevenir la transmisón de VIH y otras ITS. Los condones también brindan protección anticonceptiva adicional a mujeres en terapia ARV.

Quiénes Pueden Utilizar Métodos Basados en el Calendario

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Métodos Basados en el Calendario

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario. Ninguna condición médica 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.

Demora 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 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 con *precaución* por 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 [SSRIs], tricíclicos, o tetracíclicos), uso prolongado de ciertos antibióticos, o uso prolongado de cualquier anti inflamatorio no esteroideo (como aspirina, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

Administración de Métodos Basados en el Calendario

Cuándo Comenzar

Una vez entrenados, en general, la mujer o la pareja pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento. A los pacientes que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen mientras tanto.

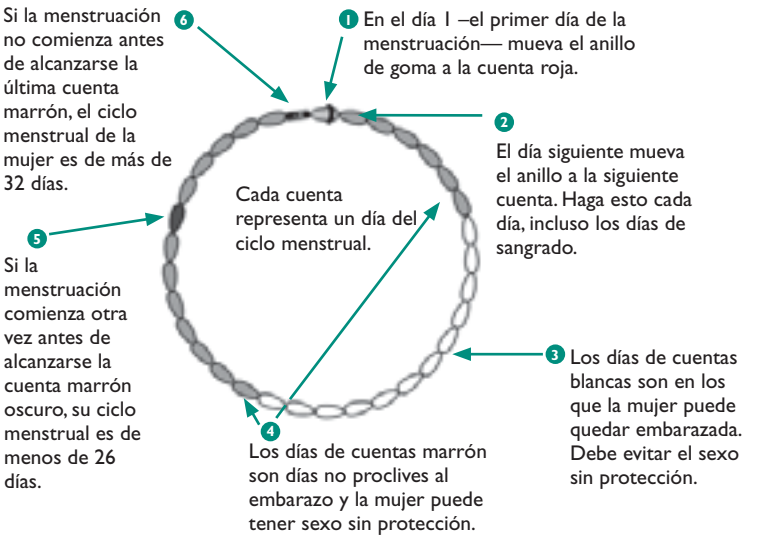
Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales regularmente	**En cualquier momento del mes** • No hay necesidad de esperar hasta el comienzo de la próxima menstruación.
Sin menstruación	• Demore los métodos basados en el calendario hasta el restablecimiento de la menstruación.
Después de un parto (esté o no amamantando)	• Demore el Método de Días Estándar 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	• Demore el Método de Días Estándar hasta el comienzo de la próxima menstruación, momento en el que ella podrá comenzar si no tiene sangrado debido a lesiones del tracto genital.
Pasje de un método hormonal	• Demore el inicio del Método de Días Estándar hasta el comienzo de la próxima menstruación. • Si se está pasando de inyectables, demore el Método de Días Estándar al menos hasta la fecha en que le hubiera correspondido darse la inyección de repetición y entonces, empiécelo al iniciarse la próxima menstruación.
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia	• Demore el Método de Días Estándar hasta el comienzo de la próxima menstruación.

Explicación de Cómo Usar los Métodos Basados en el Calendario

Método de los Días Estándar

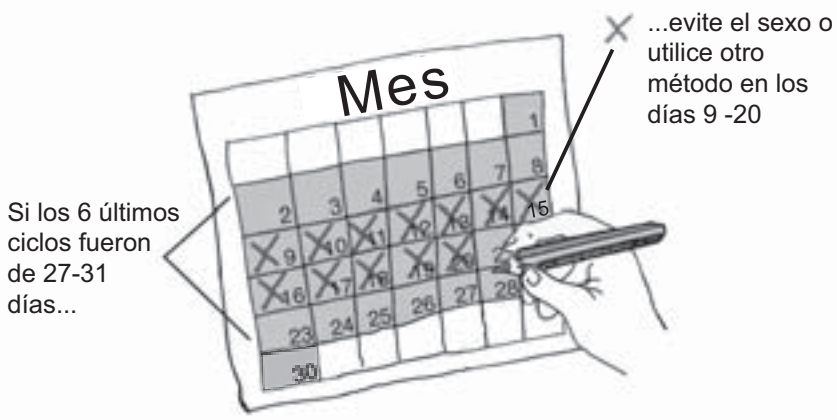
IMPORTANTE: La mujer puede utilizar el Método de Días Estándar si la mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración. Si tiene más de 2 ciclos de mayor o menor duración en el año, el Método de Días Estándar será menos efectivo y convendría elegir otro método.

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual	• 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 en los días 8–19	• Para todas las usuarias del Método de Días Estándar 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 a 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 restantes días 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 ayuda memoria	• 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	• Antes de confiarse en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual por un mínimo de 6 meses. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.
Estime el período fértil	• La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día estimado de su período fértil. Luego debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día estimado de su período fértil.
Evite el sexo sin protección durante el período fértil.	• 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	• La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes. Ejemplo: – 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.



Quiénes Pueden Usar Métodos Basados en los Síntomas

Criterios Médicos de Elegibilidad para

Métodos Basados en los Síntomas

Todas la mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas. Ninguna condición médica 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 están amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, utilice 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 medicación que modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recapatación de la serotonina, tricíclicos o tetracíclicos), antipsicóticos

(incluyendo 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.

Suministro de Métodos Basados en los Síntomas

Cuándo Comenzar

Una vez entrenados, 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 déles otro método para utilizar hasta que puedan empezar.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales regulares	**En cualquier momento del mes** • No hay necesidad de esperar el comienzo de la próxima menstruación.
Sin menstruación	• Postergue los métodos basados en los síntomas hasta que se restablezca la menstruación.
Después de un parto (esté o no amamantando)	• Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas una vez que se restablezcan las secreciones normales. • 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	• 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.
Pasaje de un método hormonal	• Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas en el próximo ciclo menstrual después de la interrupción del método hormonal.
Después de tomar anticonceptivos orales de emergencia	• Puede comenzar con métodos basados en los síntomas una vez restablecidas las secreciones normales.

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

- 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

- 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.

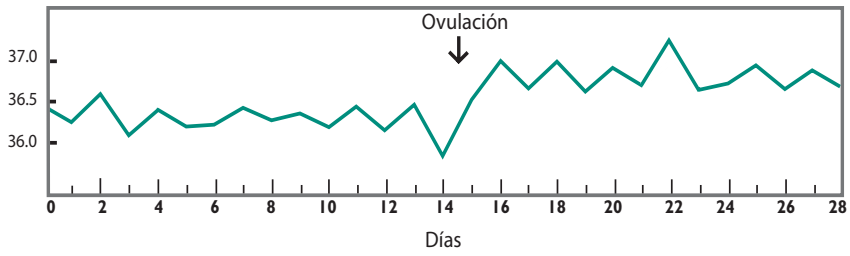
Retome el sexo sin protección después de 2 días secos

- 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.

Método de la Temperatura Corporal Basal (TCB)

IMPORTANTE: Si la mujer presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, puede que sea difícil utilizar el método TCB.

Tome la temperatura corporal diariamente	• La mujer toma su temperatura corporal a la misma hora cada mañana antes de salir de la cama y antes de comer nada. Debe registrar la temperatura en una gráfica especial. • Obseva su temperatura elevarse levemente—0.2° a 0.5° C (0.4° a 1.0° F)—justo después de la ovulación (en general, por la mitad del ciclo menstrual).
Evite el sexo o utilice otro método hasta 3 días después del ascenso de la temperatura	• La pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura de la mujer se ha elevado por encima de su temperatura regular. Podrán usar también el retiro, o espermicidas, pero estos métodos son menos eficaces.
Retome el sexo sin protección hasta el comienzo de la próxima menstruación	• Cuando la temperatura de la mujer se ha elevado por encima de su temperatura regular y se ha mantenido más alta por 3 días enteros, ha tenido lugar la ovulación y ya ha pasado el período fértil. • La pareja puede tener sexo sin protección el 4° día y hasta que comience la siguiente menstruación.



Método de la Ovulación

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el mucus cervical, puede que este método sea difícil de utilizar.

Revise las secreciones cervicales diariamente

- La mujer revisa cada día por cualquier secreción cervical en los dedos, prenda interior, papel higiénico o por la sensación en o alrededor de la vagina.

Evite el sexo sin protección los días de menstruación profusa

- La ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de menstruación y el sangrado profuso podría hacer que sea difícil observar el mucus cervical.

Retome el sexo sin protección cuando las secreciones se restablezcan

- Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener sexo sin protección, pero no en 2 días consecutivos. (Si se evita el sexo en el segundo día le da tiempo al semen a desaparecer y se pueda observar el mucus cervical.)
- Se recomienda que tengan sexo en las tardecitas, después que la mujer ha estado de pie al menos por unas horas y ha podido revisar el mucus cervical.

Evite el sexo sin protección a partir del momento que comienzan las secreciones y hasta 4 días después del "día pico"

- Tan pronto como la mujer note alguna secreción, se considerará fértil y debe evitar el sexo sin protección.
- La mujer continúa revisando las secreciones cervicales cada día. Las secreciones tienen un "día pico"—el último día – en que son transparentes, resbalosas, elásticas y húmedas. La mujer sabrá que esto ha sucedido cuando, al día siguiente, sus secreciones sean pegajosas o secas, o no tenga secreciones. Se continúa considerando fértil durante 3 días después del día pico y debe evitar el sexo sin protección.

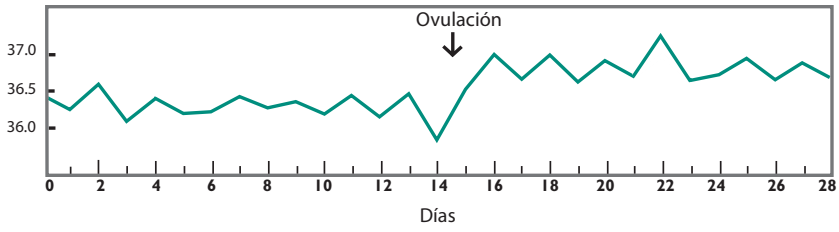
Retome el sexo sin protección

- La pareja puede tener sexo sin protección el 4° día posterior a su día pico y hasta que comience su próxima menstruación.

Método en Base a Síntomas y Temperatura (temperatura corporal basal + secreciones cervicales + otros signos de fertilidad)

Evite el sexo sin protección en los días fértiles

- Las usuarias identifican los días fértiles y los no fértiles combinando las instrucciones de los métodos TCB y de la ovulación.
- Las mujeres pueden, también, identificar el período fértil mediante otros signos tales como la tensión mamaria y el dolor ovulatorio (dolor del abdomen inferior o calambres cerca de la época de la ovulación).
- La pareja evita el sexo sin protección entre el primer día de menstruación y sea el cuarto día posterior al pico de secreciones cervicales o el tercer día completo después del ascenso de temperatura (TCB), lo que suceda más tarde.
- Algunas mujeres que usan este método tienen sexo sin protección entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, pero no durante 2 días consecutivos.



Apoyo a la Usuaria

"Vuelva cuando quiera": Razones para volver

No se requiere consulta de control de rutina. Los proveedores deberán invitar a la mujer o pareja a volver a reunirse unas pocas veces durante los primeros ciclos si desean más ayuda. Transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver—por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Tiene dificultades para identificar sus días fértiles.
- Tiene dificultades para evitar el sexo o usar otro método en los días fértiles. Por ejemplo, si su pareja no coopera.

Ayuda a las Usuarias Continuas

Ayuda a las Pacientes en Cualquier Visita

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene dudas o algo para comentar.
2. En especial, pregúntele si tiene dificultades para identificar sus días fértiles o problemas para evitar el sexo sin protección en los días fértiles.
3. Verifique si la pareja está usando el método de manera correcta. Repase las observaciones o registros de los signos de fertilidad. Si es necesario, programe otra visita.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema nuevo de salud desde su última visita. Aborde los problemas si corresponde.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de ITS/VIH. Haga los controles necesarios.

Manejo de Problemas

Problemas Con el Uso

- Los problemas con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad afectan la satisfacción de la mujer y el uso del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata algún problema, escuche sus inquietudes y asesórela.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método—ahora, si ella lo desea, o más adelante, si los problemas no logran superarse.

Incapacidad para abstenerse del sexo durante el período fértil

- Discuta los problemas abiertamente con la pareja y ayúdelos a sentirse cómodos, no avergonzados.
- Analice el posible uso de condones, diafragmas, retiro, o espermicidas o el contacto sexual sin sexo vaginal durante el período fértil.

- Si la mujer ha tenido sexo sin protección en los últimos 5 días, puede considerar AOE (ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45)

Métodos Basados en el Calendario

Los ciclos están fuera del rango de 26–32 días del Método de los Días Estándar

- Si la mujer tiene 2 o más ciclos fuera del rango de 26 a 32 días dentro de los 12 meses, sugiérale, en cambio, el uso del método del ritmo de calendario o un método basado en los síntomas.

Ciclos menstruales muy irregulares entre usuarias del método basado en el calendario

- Sugiérale usar, en cambio, un método basado en los síntomas.

Métodos Basados en los Síntomas

Dificultad para reconocer diferentes tipos de secreciones en el método de la ovulación

- Aconseje a la paciente y ayúdela a aprender a interpretar las secreciones cervicales.
- Sugiérale el uso del Método de los Dos días, que no requiere que la usuaria sepa diferenciar entre distintos tipos de secreciones.

Dificultad para reconocer la presencia de secreciones en el método de la ovulación o en el Método de los Dos Días

- Bríndele orientación adicional de cómo reconocer secreciones.
- Sugiérale usar, en cambio, un método basado en el calendario.

Preguntas y Respuestas Sobre los Métodos Basados en el Conocimiento de la Fertilidad

1. ¿Sólo las parejas de buen nivel educativo pueden usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

No. Las pareja con poca o ninguna escolaridad formal pueden y de hecho usan, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con eficacia. Las parejas deben estar muy motivadas, bien entrenadas en su método y comprometidas en evitar el sexo sin protección durante el período fértil.

2. ¿Son confiables los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

Para muchas parejas estos métodos brindan información confiable sobre los días fértiles. Si la pareja evita el sexo vaginal, o usa condones o un diafragma durante el período fértil de la mujer, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser muy eficaces. El uso de espermicidas o el retiro durante el período fértil son menos eficaces.

3. ¿Qué hay de nuevo en los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el Método de los Días Estándar y el Método de los Dos Días?

Estos nuevos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son más fáciles de usar de manera correcta que algunos de los anteriores. Por ende, pueden ser atractivos para más parejas y ser más eficaces para algunas personas. Sin embargo, se asemejan a los métodos anteriores, en que se basan en las mismas formas de juzgar cuándo una mujer es fértil—llevando la cuenta de los días del ciclo para el método de los días estándar y por las secreciones cervicales en el Método de los Dos Días. Hasta ahora, existen pocos estudios sobre estos métodos. Un ensayo clínico encontró que, como el Método de los Días Estándar era usado por lo general por mujeres que tenían la mayoría de los ciclos de entre 26 y 32 días de duración, había 12 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. En un ensayo clínico del método de los Dos días, como es comúnmente utilizado, hubo 14 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año de uso. Esta tasa está basada en aquellas que se mantuvieron en el estudio. Se excluyeron las mujeres que detectaron secreciones en menos de 5 días o más de 14 días.

4. ¿Qué tan proclive es una mujer a quedar embarazada si tiene sexo durante su menstruación?

Las probabilidades de embarazo durante la menstruación son bajas pero no son cero. El sangrado de por sí no evita el embarazo, ni, tampoco lo promueve. En los primeros días de menstruación las probabilidades son las más bajas. Por ejemplo, en el día 2 del ciclo (contando como 1 el primer día de sangrado), la probabilidad de quedar embarazada es extremadamente baja (menos del 1%). A medida que pasan los días, las probabilidades de embarazo aumentan, esté o no sangrando. El riesgo de embarazo aumenta hasta la ovulación. El día posterior a la ovulación las probabilidades de embarazo empiezan a bajar de manera sostenida. Algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad que dependen de las secreciones cervicales advierten de evitar el sexo sin protección durante la menstruación debido a que no es posible detectar las secreciones cervicales durante el sangrado y existe un pequeño riesgo de ovulación en ese período.

5. ¿Cuántos días de abstinencia o de uso de otro método podrían requerirse para cada método basado en el conocimiento de la fertilidad?

El número de días varía según la duración del ciclo de la mujer. El número promedio de días que una mujer es considerada fértil—y necesitaría abstenerse o usar otro método—con cada método es: Método de los Días Estándar, 12 días; método de los 2 días, 13 días; método de síntomas y temperatura, 17 días; método de la ovulación, 18 días.

Retiro

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Disponible siempre y en cada situación.** Puede ser utilizado como método primario o método de respaldo.
- **No requiere insumos ni consulta médica ni ir a la farmacia.**
- **Uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces.** Sin embargo, algunos hombres utilizan este método eficazmente. Proporciona mayor protección contra el embarazo que no utilizar ningún método.
- **Promueve la participación del hombre y la comunicación de la pareja.**

¿En qué Consiste el Retiro?

- El hombre retira su pene de la vagina de su compañera y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- Se lo conoce también como coitus interruptus o "marcha atrás."
- Actúa haciendo que el semen no ingrese al cuerpo de la mujer.

¿Qué Tan Eficaz Es?

La efectividad depende del usuario: El riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira su pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual.

- Es uno de los métodos menos efectivos tal como se utiliza comúnmente.
- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en el primer año unos 27 embarazos cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro. Esto significa que 73 de cada 100 mujeres cuya pareja utiliza el retiro no quedarán embarazadas.
- Cuando es utilizado correctamente en cada acto sexual, se producen 4 embarazos cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan el retiro en el correr del primer año.

Retorno de la fertilidad al discontinuar el uso del retiro: Ninguna demora
Protección contra infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Ninguno

Quién Puede y Quién no Puede Utilizar el Retiro

Criterios Médicos de Elegibilidad para el
Retiro

Todos los hombres pueden utilizar el retiro. No existen afecciones médicas que contraindiquen su uso

El Uso del Retiro

- Puede ser utilizado en cualquier momento.

Explicación del Uso

Cuando el hombre siente que está por eyacular	• Debe retirar su pene de la vagina de la mujer eyacular fuera de la vagina, manteniendo su semen alejado de los genitales externos de la mujer.
Si el hombre ha eyaculado hace poco	• Antes de la relación sexual deberá orinar y limpiar la punta de su pene para eliminar cualquier resto de esperma.

Recomendaciones Sobre el Uso

Puede llevar tiempo aprender a usarlo adecuadamente	• Sugerirle a la pareja que también utilice otro método hasta que el hombre sienta que puede usar el retiro correctamente en cada acto sexual.
Hay otras opciones que brindan mayor protección contra el embarazo	• Sugerir un método de planificación familiar adicional o alternativo. (Las parejas que han utilizado el retiro eficazmente no se las debe desalentar de continuar utilizándolo.)
Algunos hombres pueden tener dificultad con el retiro	• Los hombres que no pueden percibir en cada acto que están por eyacular. • Los hombres que tienen eyaculación precoz.
Se pueden utilizar los anticonceptivos orales de emergencia (AOE)	• Explique el uso en caso de que el hombre eyacule antes de retirar (ver Píldoras Anticonceptivas de Emergencia p. 45). Entregue AOEs si hay disponibles.

Método de Amenorrea de la Lactancia

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

- **Un método de planificación familiar basado en la lactancia.** Proporciona anticoncepción a la madre y alimenta al bebé.
- **Puede ser efectivo hasta 6 meses después del parto,** siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté dando pecho exclusivo o casi exclusivo.
- **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 a pecho exclusivo o casi exclusivo y con frecuencia, durante el día y la noche
  3. El bebé tiene menos de 6 meses de edad
- "Pecho exclusivo" 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 el pecho casi exclusivo (el bebé recibe ocasionalmente vitaminas, agua, jugo de fruta u otros nutrientes, además de la leche materna).
- "Pecho casi exclusivo" significa que el bebé recibe algo de líquido o alimento además de la leche materna, pero la mayoría de las ingestas (más de tres cuartos de todas las ingestas) son de leche materna.

- Funciona básicamente al impedir que los ovarios liberen óvulos (ovulación). El dar pecho con frecuencia impide que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación temporalmente.

¿Qué Tan Eficaz Es?

La efectividad depende del usuario: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede darle pecho exclusivo o casi exclusivo a su bebé.

- Tal como se utiliza comúnmente, se producen en los primeros 6 meses después del parto unos 2 embarazos 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 cada 100 mujeres que utilizan el MELA en los primeros 6 meses después del parto.

Retorno de la fertilidad al interrumpir el MELA: Depende de la frecuencia con que la madre continúa dando pecho

Protección contra infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos Colaterales, Beneficios y Riesgos para la Salud

Efectos Colaterales

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 amamantamiento que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé

Riesgos Conocidos para la Salud

Ninguno

Corrección de Malentendidos (ver también Preguntas y Respuestas, p. 265)

El método de amenorrea de la lactancia:

- Es altamente eficaz si la mujer cumple con los 3 criterios para MELA.
- Es igualmente efectivo para mujeres gordas o delgadas.
- Lo pueden utilizar mujeres alimentadas normalmente. No se requiere una alimentación especial.
- Puede ser utilizado durante 6 meses enteros sin necesidad de complementar con otros alimentos. La leche materna como alimento exclusivo puede alimentar plenamente al bebé durante los primeros 6 meses de vida. De hecho es el alimento ideal para esta etapa de la vida del bebé.
- Puede ser utilizado durante 6 meses sin temor a que se le acabe la leche a la madre. La producción de leche continuará durante 6 meses y más tiempo en respuesta a la succión del bebé o la extracción de leche por parte de la madre.

Quién Puede Utilizar el Método de Amenorrea de la Lactancia

Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso del

Método de Amenorrea de la Lactancia

Todas las mujeres que amamantan pueden usar MELA de forma segura, pero en las siguientes situaciones tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- Estén infectadas con VIH, incluyendo SIDA (ver El Método de Amenorrea de la Lactancia en Mujeres Infectadas con VIH, p. 260)
- Estén recibiendo determinada medicación durante la lactancia (incluyendo 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 (incluyendo los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros que requieran cuidado neonatal intensivo, que no pueden digerir alimentos normalmente, o tienen malformaciones en la boca, mandíbula o paladar)

Por qué Algunas Mujeres Dicen que les Gusta el Método de Amenorrea de la Lactancia

- Es un método de planificación familiar natural
- Promueve el amamantamiento óptimo, lo cual tiene beneficios para la salud del bebé y de la madre
- No tiene costos directos para la planificación familiar o la alimentación del bebé

El Método de Amenorrea de la Lactancia en Mujeres Infectadas Con VIH

- Las mujeres infectadas con VIH o que tienen SIDA pueden usar MELA. La alimentación a pecho no empeora su afección. Sin embargo, existe la posibilidad que las madres portadoras de VIH le transmitan el VIH a su bebé a través de la leche materna. De la manera que se practica generalmente la lactancia, 10 a 20 de cada 100 bebés alimentados a pecho por madres con VIH se infectarán con VIH a través de la leche materna, además de aquéllos que ya se infectan durante el embarazo y el parto. Es más probable que la transmisión de VIH a través de la leche materna que ocurra en madres que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad o las infectadas recientemente.
- Las mujeres que reciben medicación antiretroviral (ARV) pueden utilizar MELA. De hecho, la terapia ARV durante las primeras semanas de la lactancia puede reducir el riesgo de transmisión de VIH a través de la leche materna.
- La alimentación con sustitutos no presenta riesgos de transmisión de VIH. La alimentación con sustitutos los primeros 6 meses después del parto se puede recomendar sólo – y sólo si – es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura. Si la alimentación con sustitutos no cumple con estos 5 criterios, el pecho exclusivo es la manera más segura de alimentar al bebé en los primeros 6 meses y es compatible con MELA. (Para tener una guía sobre la alimentación del bebé para madres con VIH, ver Salud Materna y del Recién Nacido, Prevención de la Transmisión de VIH de Madre a Hijo, p. 294.)
- Una estrategia para que la alimentación a pecho sea más segura es extraer la leche materna y aplicarle tratamiento térmico. Para las mujeres que dependen de MELA, la extracción de leche puede ser algo menos efectiva para prevenir el embarazo que el pecho directo.
- Recomiende a estas mujeres con VIH que utilicen condones además del MELA. Los condones ayudan a impedir la transmisión de VIH y otras ITS cuando son utilizados de manera consistente y correcta.

Administración del Método de Amenorrea de la Lactancia

Cuándo Comenzar

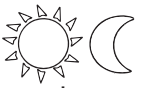
Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Dentro de los 6 meses después del parto	• Comenzar a dar pecho inmediatamente (a la hora) o lo más pronto posible después del parto. Durante los primeros días que siguen al parto, el líquido amarillento que segregan los pechos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé. • En cualquier momento si ha estado dando pecho exclusivo o casi exclusivo a su bebé desde el parto y si no se ha restablecido la menstruación.

¿Cuándo Puede Utilizar MELA una Mujer?

Una mujer que está dando pecho puede utilizar MELA para espaciar su próximo embarazo y como transición hacia otro método anticonceptivo. Puede comenzar con MELA en cualquier momento si cumple con los 3 criterios requeridos para utilizar el método.

Hágale estas 3 preguntas a la madre:

1 ¿Ha vuelto a menstruar?



2 ¿Está alimentando a su bebé periódicamente con otros alimentos además de darle pecho, o deja transcurrir períodos largos de tiempo sin darle pecho, ya sea de día o de noche?

3 ¿Su bebé tiene más de 6 meses de edad?

Si responde que NO a todas estas preguntas…

…puede utilizar MELA. Existe una posibilidad de embarazo de sólo 2% en este momento. La mujer puede elegir otro método de planificación familiar en cualquier momento – pero preferentemente no un método con estrógenos mientras su bebé tenga menos de 6 meses de edad. Los métodos con estrógenos incluyen los anticonceptivos orales combinados, los inyectables mensuales, los parches combinados y los anillos vaginales combinados.

Pero si responde SÍ a cualquiera de las preguntas…

…aumentan las posibilidades de quedar embarazada. Aconséjele que comience a utilizar otro método de planificación familiar y que siga dando pecho por la salud de su bebé.

Explicación del Uso

Dar pecho con frecuencia

- Un patrón ideal es alimentar a demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces por día durante las primeras semanas luego del parto y luego 8 a 10 veces por día, incluyendo al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- 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

- Debe comenzar a darle otros alimentos, además de leche materna, cuando el bebe 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

- 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 progestina sola. Podrá comenzar a utilizarlos si el bebe ya no se está alimentando con pecho exclusivo o casi exclusivo, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda volver para obtener otro método. Programe un método de seguimiento. Suminístrele los materiales ahora.

Apoyo a los Usuarios

"Vuelva Cuando Quiera": Razones para Volver

Transmítale a cada usuaria que será bienvenida en cualquier momento en que desee volver – por ejemplo, si tiene problemas, preguntas, o si quiere otro método, si ve algún cambio importante en su estado de salud, o si cree estar embarazada. También si:

- Ya no cumple con uno o más de los 3 criterios MELA y por lo tanto no podrá depender sólo del MELA.

Ayuda a Usuarios Continuos

Ayuda a los Usuarios 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, examen clínico o evaluación.
2. Para continuar previniendo un embarazo, la mujer debe cambiar a otro método en cuanto deje de cumplirse 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 (ver Salud Materna y del Recién Nacido, Tiempo Mínimo para que una Mujer Comience a Utilizar un Método de Planificación Familiar Después del Parto, p. 293).

Manejo de Problemas

Problemas con el Uso

- Los problemas con el amamantamiento 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.
- Ofrézcale 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 el caso de problemas con el amamantamiento, ver Salud Materna y del Recién Nacido, Problemas en el Manejo del Amamantamiento, p. 295.

Preguntas y Respuestas Sobre el Método de Amenorrea de la Lactancia

1. ¿El MELA puede ser considerado un método efectivo de planificación familiar?

Sí. El MELA es muy efectivo si no se ha restablecido la menstruación de la mujer, si está dando pecho exclusivo o casi exclusivo 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 bebe 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 de 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. El estudio que evaluó el uso de MELA en mujeres que trabajaban estimó que la tasa de embarazos era de 5 cada 100 mujeres durante los primeros 6 meses después del parto, comparado con aproximadamente 2 de cada 100 mujeres que utilizan MELA de la manera habitual.

4. ¿Qué ocurre si una mujer se entera que tiene VIH cuando está usando MELA? ¿Puede continuar amamantando y utilizando el MELA?

Si una mujer se infectó recientemente con VIH, el riesgo de transmisión por la leche materna es mucho más elevado que si se hubiera infectado anteriormente, porque hay más VIH en su cuerpo. Sin embargo, la recomendación con respecto al amamantamiento es la misma que para otras mujeres infectadas con VIH. Si la alimentación con sustitutos es aceptable, factible, asequible, sostenible y segura, se le deberá explicar que con ese tipo de sustituto de la alimentación, su bebé no tendrá riesgo alguno de infectarse con VIH por tomar pecho directo. Si la alimentación con sustitutos no cumple con estos 5 criterios, deberá continuar dependiendo del MELA. Si decide dejar de dar pecho, deberá dejarlo completamente en un período de 2 días a 3 semanas. Después de 6 meses, la leche materna sola ya no es suficiente para el bebé desde el punto de vista nutricional y deberá cambiar del MELA a otro método anticonceptivo (ver también El Método de Amenorrea de la Lactancia en Mujeres con VIH, p. 260).

Atención a Grupos Diversos

Puntos Clave para Proveedores y Usuarios

Adolescentes

- **Los jóvenes solteros y los casados pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva.** Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los jóvenes.

Hombres

- **La información correcta puede contribuir a que los hombres tomen mejores decisiones con respecto a su propia salud y también la de su pareja.** Cuando las parejas conversan sobre los métodos anticonceptivos, es más probable que elaboren planes que puedan cumplir.

Mujeres próximas a la menopausia

- **Para evitar el embarazo de manera segura, una mujer deberá utilizar métodos anticonceptivos hasta que hayan transcurrido 12 meses corridos desde su última menstruación.**

Adolescentes

Los jóvenes también podrán consultar a un proveedor de planificación familiar, 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. Algunos no están casados y son sexualmente activos, otros no son sexualmente activos y otros, a su vez ya están casados. Algunos ya tienen hijos. La edad por sí misma hace una gran diferencia, ya que los jóvenes maduran rápidamente durante la adolescencia. Estas diferencias hacen que sea importante conocer primero a cada usuario, comprender su motivo de consulta y así poder ajustar el asesoramiento y el servicio ofrecido.

Brindar Servicios Con Atención y Respeto

Los jóvenes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean. La crítica o una actitud descortés mantendrán alejados a los jóvenes de la atención que pueden estar necesitando. El asesoramiento y los servicios no tienen el cometido de alentar a los jóvenes a tener relaciones sexuales, sino más bien de ayudar a los jóvenes a proteger su salud.

Para hacer que el servicio resulte atractivo a los jóvenes, se puede:

- Mostrar a los jóvenes que se disfruta del hecho de poder trabajar con ellos.
- Brindar asesoramiento en un lugar privado donde no puedan ser vistos o escuchados. Fomentar la reserva y asegurarle al usuario que habrá confidencialidad.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas tales como "¿En qué puedo ayudarte?" y "¿Qué preguntas tienes?"
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos.
- Utilizar términos acordes a los jóvenes. Evitar términos tales como "planificación familiar" que pueden resultarles irrelevantes a los que no están casados.
- Si el usuario lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.
- Buscar asegurar que las decisiones que toman las mujeres jóvenes les son propias y que no están siendo presionadas por su pareja o su familia. Particularmente, si está siendo presionada para tener relaciones sexuales, ayudar a la joven a pensar qué puede decir y hacer para resistirse y reducir dicha presión. Practicar habilidades para negociar el uso del condón.
- Hablar sin emitir juicios (por ejemplo, decir "Tú puedes" en lugar de "Tú debes"). No criticar, aún cuando no se esté de acuerdo con lo que el o la joven estén diciendo o haciendo. Ayudar a los usuarios a tomar las decisiones que más les convengan.
- Tomarse el tiempo para abordar en profundidad las preguntas, temores y desinformación sobre relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos. Muchos jóvenes 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.

Todos los Métodos Anticonceptivos son Seguros para los Jóvenes

Los jóvenes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura.

- Las jóvenes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Si reciben asesoramiento, sin embargo, sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.
- Los jóvenes solteros en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto estén expuestos a un mayor riesgo 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 jóvenes (ver los capítulos sobre métodos anticonceptivos para tener una guía completa):

Anticonceptivos hormonales (anticonceptivos orales, inyectables, parches combinados, anillo vaginal combinado e implantes)

- Los inyectables y el anillo combinado pueden ser utilizados sin que los demás lo sepan.
- A algunas jóvenes les resulta particularmente difícil tomar anticonceptivos orales regularmente.

Anticonceptivos orales de emergencia (AOEs)

- Las jóvenes pueden tener menos control que las mujeres mayores en cuanto a tener relaciones sexuales y el uso de métodos anticonceptivos. Pueden necesitar PAEs con mayor frecuencia.
- Suminístrele PAEs a las jóvenes por anticipado para que las utilicen cuando sea necesario. Las PAEs pueden ser utilizadas siempre que se hayan tenido relaciones sexuales sin protección, incluso contra su voluntad, o si ocurrió una equivocación con un método anticonceptivo.

Esterilización femenina y vasectomía

- Proporcionar con gran precaución. Los jóvenes y las personas que tienen pocos o ningún hijo son los que tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la esterilización.

Condones masculinos y femeninos

- Protegen contra ITSs y embarazo; necesario para muchos jóvenes.
- Se consiguen fácilmente y son asequibles y convenientes para relaciones sexuales ocasionales.
- Los hombres jóvenes pueden tener menos facilidad para usar condones correctamente. Pueden requerir práctica para colocarse los condones.

Dispositivos intrauterinos (DIUs de cobre y hormonales)

- Es más factible que los DIUs sean expulsados en las mujeres que no tuvieron partos porque su útero es pequeño.

Diafragmas, espermicidas y capuchones cervicales

- Si bien están entre los métodos menos efectivos, las mujeres jóvenes pueden controlar el uso de estos métodos y utilizarlos cuando los necesitan.

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 o tener AOEs por si falla la abstinencia.

Retiro

- Requiere que el hombre sepa cuando está por eyacular para que pueda retirar a tiempo. Puede resultarle difícil a algunos jóvenes.
- Es uno de los métodos menos efectivos para prevenir el embarazo, pero puede ser el único método disponible – y siempre disponible – para algunos jóvenes.

El Hombre

Apoyo Importante, Usuarios Importantes

Para los proveedores de salud, los hombres son importantes por 2 razones. En primer lugar, porque tienen influencia sobre las mujeres. Algunos hombres se interesan por la salud reproductiva de su pareja y la apoyan. Otros se interponen o toman decisiones por ellas. Por lo tanto, con su actitud, el hombre puede determinar que la mujer practique un hábito saludable. En determinadas circunstancias, tales como prevenir una infección con VIH o recurrir rápidamente a ayuda en una emergencia obstétrica, las acciones del hombre pueden determinar la vida o la muerte de una mujer.

Los hombres también son importantes como usuarios. Algunos de los principales métodos de planificación familiar – condones masculinos y vasectomía – son utilizados por el hombre. El hombre también puede tener sus propias necesidades e inquietudes en cuanto a su salud sexual y reproductiva – particularmente con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITSs) – que merecen la atención del sistema y los proveedores de salud.

Muchas Formas de Ayudar a los Hombres

Los proveedores pueden brindar apoyo y servicios a los hombres, tanto en su función de apoyo a la mujer como en su función de usuarios.

Alentar a las Parejas a Conversar

Las parejas que conversan sobre la planificación familiar – ya sea con o sin ayuda de un proveedor de salud – tienen mayores posibilidades de elaborar planes que puedan poner en práctica. Los proveedores pueden:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres a hablar con su pareja sobre relaciones sexuales, planificación familiar e ITSs.
- Alentar a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.
- Invitar y alentar a las mujeres que traigan a su pareja a la consulta para recibir asesoramiento, tomar decisiones y recibir cuidado juntos.
- Sugerirle a las usuarias que le informen a su pareja sobre los servicios de salud para hombres. Entrégueles material informativo, en caso de tener disponible, para que lleven a su casa.

Brindar Información Precisa

Para que los hombres estén informados y puedan tomar decisiones y formarse una opinión, necesitan tener la información correcta y corregir percepciones erróneas. Los temas importantes para los hombres incluyen:

- Métodos de planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo seguridad y efectividad
- ITSs incluyendo VIH/SIDA – cómo se transmiten y cómo no se transmiten, signos y síntomas, análisis y tratamiento
- Los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla 2 años antes de que la mujer vuelva a quedar embarazada
- Anatomía sexual reproductiva del hombre y la mujer y sus funciones
- Embarazo y parto seguros

Brindar Servicios o Derivar

Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan incluyen:

- Condones, vasectomía y asesoramiento sobre otros métodos
- Asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales
- Asesoramiento, análisis y tratamiento de ITS/VIH. Asesoramiento sobre infertilidad (ver Infertilidad, p. 304). Despistaje de cáncer de pene, testículos y próstata

Al igual que las mujeres, los hombres de todas las edades, estén casados o no, tienen sus propias necesidades de salud sexual y reproductiva. Merecen recibir un servicio de buena calidad y asesoramiento respetuoso, de apoyo e imparcial.

Mujeres Próximas a la Menopausia

Se considera que una mujer llegó a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos (ovulación). Debido a que a medida que se va aproximando a la menopausia ya no menstrúa todos los meses, se considera que una mujer deja de ser fértil una vez que transcurrieron 12 meses seguidos sin menstruar.

La menopausia ocurre entre los 45 y 55 años de edad. Aproximadamente la mitad de las mujeres ya llegaron 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 dejó de ser fértil, una mujer mayor 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.

Consideraciones Especiales Sobre la Elección del Método Anticonceptivo

Cuando se ayuda a una mujer próxima a la menopausia a elegir un método hay que tener en cuenta:

Métodos hormonales combinados (anticonceptivos hormonales combinados [AOCs], inyectables mensuales, parches combinados, anillos vaginales combinados)

- Las mujeres fumadoras – sin importar cuánto fumen – de 35 años de edad o mayores no deben utilizar AOCs, parches o anillos vaginales.
- Las mujeres fumadoras, que consumen 15 ó más cigarrillos por día, de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar inyectables mensuales.
- Las mujeres de 35 años de edad o mayores que padecen cefaleas migrañosas (con o sin aura) no deben utilizar AOCs, inyectables mensuales, parches o anillos vaginales.

Métodos de progestina sola (anticonceptivos orales que contienen sólo progestina, inyectables de progestina sola, implantes)

- Es una buena elección para mujeres que no pueden utilizar métodos con estrógenos.
- El uso de AMPD (acetato de medroxiprogesterona de depósito) puede provocar una ligera disminución de la densidad mineral ósea. Se desconoce si esta disminución en la densidad ósea aumenta el riesgo de fracturas más adelante, luego de la menopausia.

Anticonceptivos orales de emergencia

- Los pueden utilizar mujeres de cualquier edad, incluyendo las que no pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales de manera continua.

Esterilización femenina y vasectomía

- Puede ser una buena elección para mujeres mayores o su pareja que saben que no quieren tener más hijos.
- Las mujeres mayores probablemente tengan alguna afección que requiera demorar, derivar o tener precaución con la esterilización.

Condones masculinos y femeninos, diafragmas, espermicidas, capuchones cervicales y retiro

- Brindan buena protección a la mujer mayor, considerando la menor fertilidad de la mujer en los años que preceden a la menopausia.
- Es asequible y conveniente para mujeres que tiene relaciones sexuales ocasionales.

Dispositivo intrauterino (DIUs de cobre u hormonales)

- Las tasas de expulsión disminuyen a medida que aumenta la edad de la mujer, siendo las menores en mujeres de más de 40 años de edad.
- La inserción puede resultar más dificultosa debido a la menor elasticidad del canal cervical.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- La falta de ciclos regulares previo a la menopausia hace que sea más difícil utilizar estos métodos de manera segura.

Cuándo Puede la Mujer Dejar de Utilizar la Planificación Familiar

Como en la etapa previa a la menopausia la menstruación no ocurre todos los meses, es difícil que una mujer que aparentemente no menstrúa sepa cuándo debe dejar de usar métodos anticonceptivos. Por lo tanto se recomienda usar alguno de los métodos de planificación familiar recomendados durante 12 meses luego de la última menstruación, por si vuelve a menstruar.

Los Métodos hormonales afectan la menstruación y por lo tanto puede resultar difícil saber si una mujer que utiliza dichos métodos ha llegado a la menopausia. Después de discontinuar un método hormonal puede utilizar un método no hormonal. No necesita usar un método anticonceptivo después que transcurrieron 12 meses seguidos desde de la última menstruación.

Los DIUs de cobre pueden dejarse colocados hasta después de la menopausia. Deberán ser retirados dentro de los 12 meses que siguen a la última menstruación.

Alivio de los Síntomas de la Menopausia

Las mujeres presentan efectos físicos antes, durante y después de la menopausia: sofocos, sudoración excesiva, incontinencia, sequedad vaginal que puede volver dolorosas las relaciones sexuales y dificultades para dormir.

Los proveedores pueden sugerir formas de aliviar alguno de estos síntomas:

- La respiración abdominal profunda puede ayudar a que el sofoco pase más rápidamente. La mujer también puede tratar de comer alimentos que contienen soja o ingerir 800 unidades internacionales de vitamina E por día.
- Consuma alimentos ricos en calcio (tales como productos lácteos, frijoles, pescado) y practique actividad física moderada para ayudar a disminuir la pérdida de densidad ósea que acompaña a la menopausia.
- Pueden utilizarse lubricantes o humectantes vaginales en caso de que la sequedad vaginal persista y cause irritación. Durante la relación sexual se puede utilizar un lubricante vaginal comercial, agua o saliva, en caso que la sequedad vaginal represente un problema.

CAPITULO 21

Infecciones de Transmisión Sexual, VIH Inclusive

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Las personas con infecciones de transmisión sexual (ITS) VIH inclusive, pueden utilizar la mayoría de los métodos de planificación familiar segura y eficazmente.**
- **Los condones masculino y femenino pueden prevenir las ITS** si son utilizados de manera consistente y correcta**.**
- **Las ITS también pueden reducirse por otras vías,**— limitando el número de parejas, absteniéndose del sexo y teniendo una relación de fidelidad mutua con una pareja no infectada.
- **Algunas ITS no presentan signos ni síntomas en la mujer.** Si la mujer cree que su pareja tiene una ITS, debe consultar.
- **Algunas ITS son tratables.** Cuanto antes sean tratadas, menos probabilidad de que causen problemas a largo plazo, tales como infertilidad o dolor crónico.
- **En la mayoría de los casos, el flujo vaginal se debe a infecciones que no son de transmisión sexual.**

Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a sus pacientes de varias maneras para prevenir ITS, incluyendo la infección con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Los directores de programas y los proveedores pueden elegir los abordajes que se ajusten a las necesidades de sus pacientes, a su entrenamiento y a sus recursos, así como a la disponibilidad de servicios a los cuales derivar.

¿En qué Consisten las Infecciones de Transmisión Sexual?

Las ITS son causadas por bacterias y virus propagados a través del contacto sexual. Las infecciones pueden ser halladas en fluidos corporales como el semen, en la piel de los genitales y áreas cercanas, y algunas, también, en la boca, garganta y recto. Algunas ITS no causan síntomas. Otras pueden causar molestia o dolor. Si no son tratadas, algunas pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica, infertilidad, dolor pélvico crónico y cáncer cervical.

Con el tiempo, el VIH suprime el sistema inmunológico. Algunas ITS pueden, también, incrementar mucho la probabilidad de infectarse con el VIH.

Las ITS se propagan en la comunidad porque las personas infectadas tienen sexo con personas no infectadas. Cuantas más parejas sexuales tenga una persona, mayor será su riesgo, tanto de contagiarse de ITS como de transmitir ITS.

¿Quién Está en Riesgo?

Muchas mujeres que consultan en servicios de planificación familiar—las mujeres en relaciones estables, mutuamente fieles, de larga data—presentan un riesgo bajo de contraer ITS. Sin embargo, algunas pacientes pueden estar en alto riesgo de ITS, o pueden tener una ITS en la actualidad. Entre las pacientes que más podrán beneficiarse de conversar sobre los riesgos de ITS se encuentran aquellas que no tienen pareja estable, pacientes solteras y cualquiera que, casada o no, consulte o exprese preocupación por las ITS o el VIH, o cuya pareja pueda tener otras parejas.

El riesgo de adquirir una ITS, VIH inclusive, depende del comportamiento de la persona, el comportamiento de la pareja o parejas sexuales de esa persona y de qué tan comunes sean esas enfermedades en la comunidad. Sabiendo qué ITS y qué comportamiento sexual son comunes en la comunidad local, un proveedor de salud podrá ayudar mejor a la paciente a evaluar su propio riesgo.

La comprensión de su propio riesgo frente al VIH y otras ITS ayuda a las personas a decidir la forma de protegerse a sí mismos y a otros. Las mujeres son frecuentemente las más aptas para juzgar su propio riesgo, en especial cuando se les dice qué comportamientos y situaciones pueden aumentar el riesgo.

Los comportamientos sexuales que pueden incrementar la exposición a ITS incluyen:

- Sexo con una pareja que tiene síntomas de ITS
- Una pareja sexual a la que se la ha diagnosticado o tratado una ITS recientemente
- Sexo con más de una pareja—cuantas más parejas, mayor el riesgo
- Sexo con una pareja que tiene sexo con otros y no siempre utiliza condones
- En aquellos lugares donde muchas personas de la comunidad estén infectadas con ITS, el sexo sin condón puede ser riesgoso casi con cualquier nueva pareja

En ciertas situaciones las personas tienden a cambiar frecuentemente de pareja sexual, tener varias parejas, o tener parejas que tienen otras parejas—todos comportamientos que incrementan el riesgo de transmisión de ITS. Esto incluye personas que:

- Tienen sexo por dinero, alimentos, regalos, habitación, o favores
- Se trasladan de lugar por razones de trabajo, viajan a menudo por trabajo, tales como camioneros
- No tienen relaciones sexuales permanentes establecidas, tal como sucede frecuentemente entre adolescentes sexualmente activos o adultos jóvenes
- Son pareja de estas personas

¿Qué Causa las ITS?

Hay varios tipos de agentes que provocan ITS. En general, aquellas causadas por organismos tales como bacterias pueden curarse. En general, las ITS causadas por virus no pueden ser curadas, pero de todos modos se las puede tratar para aliviar los síntomas.

ITS	Tipo	Transmisión Sexual	Transmisión no sexual	Curable?
Chancroide	Bacteriano	Sexo vaginal, anal, y oral	Ninguna	Si
Clamidia	Bacteriano	Sexo vaginal y anal. Rara vez, de los genitales a la boca	De madre a hijo durante el embarazo	Si
Gonorrea	Bacteriano	Sexo vaginal y anal, o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	Si
Hepatitis B	Viral	Sexo vaginal y anal, o de pene a boca	En sangre, de madre a hijo durante el parto o en la leche materna	No
Herpes	Viral	Contacto genital u oral con una úlcera, incluyendo sexo vaginal y anal; también contacto genital en área sin úlcera	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	No
VIH	Viral	Sexo vaginal y anal Muy rara vez, sexo oral	En sangre, de madre a hijo durante el embarazo o parto o en la leche materna	No
Papiloma-virus humano	Viral	Contacto de piel a piel, o genital o contacto entre boca y genitales	De madre a hijo durante el parto	No
Sífilis	Bacteriano	Contacto genital u oral con una úlcera, incluyendo sexo vaginal y anal	De madre a hijo durante el embarazo o el parto	Si
Trico-moniasis	Parásito	Sexo vaginal, anal y oral	De madre a hijo durante el parto	Si

Más Acerca del VIH y el SIDA

- El VIH es el virus que causa el síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA). El VIH daña lentamente el sistema inmunológico del cuerpo, reduciendo su capacidad de combatir otras enfermedades.
- Las personas pueden vivir con VIH por muchos años sin signos ni síntomas de infección. Eventualmente, desarrollan SIDA—una patología en la que el sistema inmunológico del cuerpo colapsa y es incapaz de combatir ciertas infecciones, conocidas como infecciones oportunistas.
- No existe cura para la infección de VIH o el SIDA, pero la terapia antiretroviral (ARV) puede enlentecer el progreso de la enfermedad, mejorar la salud de aquellos con SIDA y prolongar la vida. Los ARV pueden, también, reducir la transmisión madre a hijo en el momento del parto. Las infecciones oportunistas pueden tratarse.
- Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar en los esfuerzos de prevención y tratamiento de VIH/SIDA, en particular en los países en los que hay mucha gente infectada con VIH:
  - Aconsejando sobre los modos de reducir el riesgo de infección (ver Elección de una estrategia de protección doble, p. 280).
  - Derivando pacientes para asesoramiento y pruebas en VIH y para atención y tratamiento de VIH si la clínica no ofrece esos servicios.

Síntomas de las Infecciones de Transmisión Sexual

No siempre resulta posible identificar las ITS temprano. Por ejemplo, la clamidia y la gonorrea con frecuencia no presentan signos ni síntomas perceptibles en la mujer. Sin embargo, la identificación temprana es importante tanto para evitar el contagio de la infección como para evitar consecuencias duraderas más graves. Para ayudar a detectar las ITS de manera temprana, el proveedor puede:

- Preguntar si la usuaria o su pareja presentan llagas en los genitales o si presenta flujo inusual.
- Buscar signos de ITS cuando se realice un examen pélvico o genital por otra razón.
- Saber aconsejar a una usuaria que puede tener una ITS.
- Si la usuaria presenta signos o síntomas, hay que diagnosticarla y tratarla con celeridad, o derivarla para una atención apropiada.
- Aconsejar a las usuarias que estén atentas ante la aparición de llagas o verrugas genitales y flujo inusual, en sí mismas o en sus parejas sexuales.

Los signos y síntomas comunes que pueden sugerir una ITS incluyen:

Síntomas	Causa posible
Secreción por el pene—pus, goteo claro o amarillo verdoso	Comúnmente: Clamidia, gonorrea. A veces: Tricomoniasis
Sangrado vaginal anormal o sangrado después del sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Ardor o dolor al orinar	Clamidia, gonorrea, herpes
Dolor en el abdomen inferior o dolor durante el sexo	Clamidia, gonorrea, enfermedad pélvica inflamatoria
Dolor testicular y/o hinchazón	Clamidia, gonorrea
Picazón u hormigueo en el área genital	Comúnmente: Tricomoniasis A veces: Herpes
Ampollas o llagas en genitales, ano, áreas circundantes, o boca	Herpes, sífilis, chancroide
Verrugas en genitales, ano, o áreas circundantes	Papilomavirus humano
Flujo vaginal inusual—modificaciones de las secreciones vaginales, en color, consistencia, cantidad u olor	Más comúnmente: Vaginosis bacteriana, candidiasis (no ITS; ver debajo Infección Vaginal Común, a menudo Confundida con Infecciones de Transmisión Sexual) Comúnmente: Tricomoniasis A veces: Clamidia, gonorrea

Infecciones Vaginales Comunes Frecuentemente Confundidas Con Infecciones de Transmisión Sexual

Las infecciones vaginales más comunes no son de transmisión sexual. En cambio, en general son debidas a un crecimiento desmedido de organismos normalmente presentes en la vagina. Las infecciones comunes del tracto reproductivo que no son transmitidas sexualmente incluyen la vaginosis bacteriana y la candidiasis (también llamada infección por levadura o muguet).

- En la mayoría de los lugares estas infecciones son mucho más comunes que las ITS. Los investigadores estiman que entre 5% y 25% de las mujeres presentan vaginosis bacteriana y entre 5% y 15% tienen candidiasis en un momento dado.
- El flujo vaginal debido a estas infecciones puede ser similar al flujo causado por algunas ITS como la tricomoniasis. Es importante tranquilizar a las pacientes con tales síntomas que pudieran no tener una ITS—en particular si no presentan otros síntomas o se encuentran en riesgo bajo de ITS.

- La vaginosis bacteriana y la tricomoniasis pueden curarse con antibióticos como el metronidazol; la candidiasis puede ser curada con una medicación fungicida como el fluconazol. Sin tratamiento, la vaginosis bacteriana puede conducir a complicaciones en el embarazo y la candidiasis puede transmitirse en el parto al recién nacido.

  El lavado del área genital externa con jabón no perfumado y agua limpia, el abstenerse de usar duchas, detergentes, desinfectantes, o agentes de limpieza o de secado vaginales son buenas prácticas de higiene. Además, pueden ayudar a algunas mujeres a evitar las infecciones vaginales.

Prevención de las Infecciones de Transmisión Sexual

Las estrategias básicas para prevenir ITS implican evitar o reducir las probabilidades de exposición. Los proveedores de planificación familiar pueden hablar a sus pacientes acerca de cómo protegerse tanto de las ITS, VIH inclusive, como del embarazo (protección doble).

Elección de una Estrategia de Protección Doble

Cada usuaria de planificación familiar tiene que pensar en la prevención de ITS y VIH —incluso aquellas personas que creen no presentar ningún riesgo. El proveedor puede analizar con los usuarios el tipo de situaciones que aumentan el riesgo de ITS, VIH inclusive (ver ¿Quién Está en Riesgo?, p. 276), y los usuarios pueden entonces preguntasre si esas situaciones riesgosas aparecen en sus propias vidas. Si es así, pueden tener en cuenta 5 estrategias de protección doble.

La misma persona o la misma pareja podrá utilizar diversas estrategias en diferentes situaciones o momentos. La mejor estrategia es aquella que la persona puede aplicar eficazmente en la situación en la que esté. (La protección doble no significa necesariamente sólo el uso de condones junto con otro método de planificación familiar.)

Estrategia 1: Uso correcto de condón masculino o femenino en cada acto sexual.

- Un método ayuda a proteger contra el embarazo y las ITS, VIH inclusive.

Estrategia 2: Uso consistente y correcto de condones, más otro método de planificación familiar.

- Agrega protección adicional al embarazo en caso de que el condón no sea utilizado o se utilice de modo incorrecto.
- Puede ser una buena opción para mujeres que quieren estar seguras de evitar el embarazo pero que no siempre pueden contar con sus parejas para el uso de condones.

Estrategia 3: Si ambos en la pareja tienen la seguridad de no estar infectados, utilice un método de planificación familiar para prevenir el embarazo y manténgase en una relación de mutua fidelidad.

- Muchos usuarios de planificación familiar caen en este grupo y están, por tanto, protegidos contra las ITS, VIH inclusive.
- Depende de la comunicación y confianza en la pareja.

Otras estrategias, que no implican el uso de anticonceptivos, incluyen:

Estrategia 4: Practique solamente una intimidad sexual segura que evite el coito y evite que el semen y los fluidos vaginales entren en contacto con los genitales del otro.

- Depende de la comunicación, la confianza y el auto control.
- Si ésta es la primera opción de estrategia de una persona, conviene tener condones a mano por si la pareja tiene sexo.

Estrategia 5: Postergue o evite la actividad sexual (sea evitando el sexo cada vez que pudiera ser riesgoso o absteniéndose por un período más prolongado).

- Si ésta es la primera opción de estrategia de una persona, conviene tener condones a mano por si la pareja tiene sexo.
- Esta estrategia siempre es posible si no se dispone de condones.

Muchas pacientes requerirán de ayuda y orientación para tener éxito en su estrategia de protección doble. Por ejemplo, pueden necesitar ayuda para preparar una conversación con sus parejas acerca de la protección de ITS, aprender a utilizar condones y otros métodos y manejar asuntos prácticos tales como obtener suministros y dónde guardarlos. Si puede ayudar en tales asuntos, ofrézcase a ayudar. Si no, derive a la paciente a alguien que pueda brindar más asesoramiento o aprendizaje de destrezas, tales como juegos de roles para practicar una negociación sobre el uso del condón.

Anticonceptivos para Usuarios con ITS, VIH, y SIDA

Las personas con ITS, VIH, SIDA, o en terapia antiretroviral (ARV) pueden comenzar y continuar el uso de la mayoría de los métodos anticonceptivos con seguridad. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones. Ver la tabla debajo. (Asimismo, cada capítulo sobre un método anticonceptivo brinda más información y consideraciones para pacientes con VIH y SIDA, incluyendo aquellos que se encuentran tomando medicación ARV.)

En general, los anticonceptivos y la medicación ARV no interfieren entre sí. No se sabe con certeza si algunos medicamentos ARV reducen la eficacia de los anticonceptivos de bajas dosis. Incluso si lo hicieran, el uso del condón puede resolverlo.

Consideraciones de Planificación Familiar Especiales para Pacientes con ITS, VIH, SIDA, o en Terapia Antiretroviral

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o SIDA	En Terapia Antiretro-viral (ARV)
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre u hormonas)	No coloque un DIU a una mujer que esté en muy alto riesgo individual de gonorrea y clamidia, o que esté cursando gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta, o EIP. (Una usuaria de DIU actual que se infecte de gonorrea o clamidia o desarrolle EIP puede seguir usando el DIU con seguridad durante y después del tratamiento.)	Una mujer con VIH puede colocarse un DIU. Una mujer con SIDA no debería colocarse un DIU a menos que se encuentre clínicamente bien en terapia ARV. (Una mujer que desarrolle SIDA mientras utiliza un DIU puede seguir usando el DIU con seguridad.)	No coloque un DIU si la paciente no se encuentra clínicamente bien.

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o SIDA	En Terapia antiretro-viral (ARV)
Esterilización femenina	Si la paciente tiene gonorrea, clamidia, cervicitis purulenta, o EIP, demore la esterilización hasta que se haya tratado y curado la afección.	Las mujeres infectadas con VIH, que tienen SIDA, o están en terapia antiretroviral pueden someterse a una esterilización femenina con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una esterilización femenina a una mujer con SIDA. Postergue el procedimiento si la mujer actualmente padece una enfermedad vinculada al SIDA.	
Vasectomía	Si el paciente tiene infección de la piel escrotal, ITS activa, hinchazón, dolor-imiento en la punta del pene, de los con-ductos espermáticos, o testículos, demore la esterilización hasta que la afección sea tratada y curada.	Los hombres infectados con VIH, que tienen SIDA, o están en terapia antiretroviral pueden someterse a vasectomía con seguridad. Se requieren precauciones especiales para realizar una vasectomía a un hombre con SIDA. Postergue el procedimiento si el hombre actualmente padece una enfermedad vinculada con el SIDA.	
Epermicidas (incluyendo cuando se los utiliza con un diafragma o un capuchón cervical)	Puede utilizar espermicidas con seguridad.	No debe utilizar espermicidas si está en alto riesgo de VIH, infectado de VIH, o tiene SIDA.	No debe utlizar espermicidas.

Cáncer Cervical

¿Qué es el Cáncer Cervical?

El cáncer cervical resulta del crecimiento incontrolado y no tratado de células anormales en el cérvix o cuello uterino. Una infección de transmisión sexual, el papilomavirus humano (PVH), lleva a estas células a desarrollarse y crecer.

El PVH se encuentra en la piel del área genital, en el semen y también en los tejidos de vagina, cérvix y boca. Se contagia principalmente por contacto piel a piel. El sexo vaginal, anal y oral también pueden propagar el PVH. Hay más de 50 tipos de PVH que pueden infectar el cérvix; 6 de ellos son responsables de casi todos los cánceres cervicales. Otros tipos de PVH causan verrugas genitales.

Un estimado del 50% al 80% de mujeres sexualmente activas se encuentran infectadas con PVH al menos una vez en su vida. En la mayor parte de los casos, la infección de PVH remite por sí sola. Sin embargo, en algunas mujeres, el PVH persiste y causa crecimientos precancerosos, que pueden evolucionar hacia cáncer. En términos generales, menos del 5% de todas las mujeres con infección persistente de PVH adquieren un cáncer cervical.

El cáncer del cérvix, en general tarda 10 a 20 años en desarrollarse y por tanto, hay un período largo de oportunidad para detectar y tratar alteraciones y proliferaciones precancerosas antes que se transforman en cáncer. Esta es la meta de la pesquisa o tamizaje del cáncer cervical.

¿Quiénes se Encuentran en Mayor Riesgo?

Algunos factores hacen a las mujeres más propensas a infectarse de PVH. Otros hacen que la infección de PVH evoluciones a cáncer cervical más rápidamente. Una mujer que presente alguna de estas características se beneficiaría especialmente de un despistaje:

- Comenzó a tener sexo antes de los 18 años de edad
- Tiene o ha tenido muchas parejas sexuales en el transcurso de los años
- Tiene una pareja sexual que tiene o ha tenido muchas otras parejas
- Ha tenido muchos partos (cuantos más partos, mayor el riesgo)
- Tiene un sistema inmunológico débil (incluye mujeres con VIH/SIDA)
- Fuma cigarrillos
- Quema madera en el interior de la casa (como para cocinar)
- Ha tenido otras infecciones de transmisión sexual
- Ha usado anticonceptivos orales combinados durante más de 5 años

Pesquisa y Tratamiento

La pesquisa del cáncer cervical es simple, rápida y en general, indolora. El extendido de Papanicolaou (Pap) implica raspaje de unas pocas células del cérvix para examinarlas al microscopio. La mujer debe acudir a un centro para recibir los resultados y eventualmente para su tratamiento si se halla alguna anomalía.

Antes que la lesión precancerosa se vuelva cáncer, se la puede eliminar congelándola con una sonda que contiene hielo seco (crioterapia) o cortándola con un un asa de alambre caliente (procedimiento de exéresis electroquirúrgica de asa [LEEP]). El congelado es menos eficaz para proliferaciones mayores, pero el LEEP requiere electricidad y más entrenamiento. específico. Ninguno de los dos tratamientos requiere internación hospitalaria.

El tratamiento del cáncer cervical incluye la cirugía o la radioterapia, algunas veces junto con quimioterapia.

Nuevos Abordajes Promisorios para la Pesquisa y la Prevención

En 2006 la Unión Europea y la Administración de Alimentos y Medicamnetos de los Estados Unidos aprobaron la primera vacuna contra el cáncer cervical, lesiones precancerosas y verrugas genitales.

La vacuna protege contra la infección de 4 tipos de PVH que representan cerca del 70% de la totalidad de los cánceres cervicales y un estimado del 90% de todas las verrugas genitales. Se encuentra aprobada para mujeres entre 9 y 26 años.

Preguntas y Respuestas Sobre Infecciones de Transmisión Sexual, VIH Inclusive

1. ¿Si una persona tiene otra ITS, aumenta su riesgo de infección si se expone a VIH?

Sí. En particular, las infecciones causantes de llagas en los genitales, tales como el chancroide y la sífilis incrementan el riesgo de la persona de infectarse si se expone a VIH. Además, otras ITS pueden aumentar el riesgo de infección de VIH.

2. ¿Si se usa el condón sólo algunas veces, ofrece alguna protección contra ITS, VIH inclusive?

Para conseguir la mejor protección, hay que usar el condón en todos los actos sexuales. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede proteger. Por ejemplo, si una persona tiene una pareja regular y fiel y tiene un acto sexual fuera de la pareja, el uso del condón en ese acto sexual puede ser muy protector. Sin embargo, para personas expuestas a ITS, VIH inclusive, frecuentemente, el uso del condón sólo algunas veces ofrecerá una protección limitada.

3. ¿Quién se encuentra en mayor riesgo de infectarse de una ITS—el hombre o la mujer?

Expuestos a ITS, las mujeres son más proclives a infectarse que los hombres debido a factores biológicos. Las mujeres tienen un área mayor de exposición (el cérvix y la vagina) que los hombres y durante el sexo, se pueden hacer pequeñas rasgaduras en los tejidos, facilitando un camino para las infecciones.

4. ¿Se puede contagiar el VIH con un abrazo? ¿Al estrechar las manos? ¿Por picaduras de mosquitos?

El VIH no puede transmitirse a través del contacto casual. Esto incluye los besos de boca cerrada, abrazos, estrechar las manos, compartir la comida, vestimenta, o asientos de inodoro. El virus no puede sobrevivir mucho fuera del cuerpo humano. Los mosquitos tampoco pueden transmitir el VIH.

5. ¿Hay algo de cierto en el rumor de que los condones están recubiertos con VIH?

No, esos rumores son falsos. Algunos condones se encuentran recubiertos de un material húmedo o de aspecto de polvo, tales como espermicidas o almidón de maíz, pero esos materiales se usan para lubricación, para suavizar el sexo.

6. ¿Tener sexo con una virgen puede curar a alguien que tenga una ITS, VIH inclusive?

No. Por el contrario, esta práctica solamente arriesga infectar a la persona que todavía no ha tenido sexo.

7. ¿Higienizar pene y vagina después de tener sexo reduce el riesgo de infectarse de una ITS?

La higiene genital es importante y constituye una buena práctica. Sin embargo, no existe evidencia de que higienizar los genitales prevenga la infección de ITS. De hecho, la ducha vaginal aumenta el riesgo de la mujer de adquirir ITS, inclusive VIH y enfermedad inflamatoria pélvica. Si la exposición a VIH es real, el tratamiento con medicación antiretroviral (profilaxis post exposición), donde se encuentre disponible, puede ayudar a reducir la transmisión de VIH. Si la exposición a otras ITS es real, el proveedor puede tratar presuntivamente por aquellas ITS—esto es, tratar al usuario o la usuaria como si estuvieran infectados.

8. ¿El embarazo aumenta el riesgo de la mujer de infectarse de VIH?

La evidencia actual is contradictoria acerca de si el embarazo aumenta las probabilidades de infección de la mujer si se encuentra expuesta. Sin embargo, si la mujer se infecta de VIH durante el embarazo, las probabilidades de que el VIH se transmita a su bebé durante el embarazo, el parto o el nacimiento podrán llegar a un máximo porque la mujer tendrá entonces un alto nivel de virus en su sangre. Por lo tanto, es importante que la embarazada se proteja del VIH y otras ITS mediante el uso del condón, la fidelidad mutua, o la abstinencia. Si una mujer embarazada cree tener VIH, debería hacerse el análisis de VIH. Puede que existan recursos para ayudarla a impedir la transmisión de VIH a su bebé durante el embarazo, parto y nacimiento.

9. ¿El embarazo implica un riesgo especial para las mujeres con VIH/SIDA y para sus bebés?

El embarazo no empeora la condición de la mujer. Sin embargo, el VIH/SIDA puede aumentar algunos riesgos de la salud en el embarazo y puede también afectar la salud del bebé. Las mujeres con VIH presentan un mayor riesgo de presentar anemia e infección vaginal luego de parto vaginal o cesárea. El nivel de riesgo depende de factores tales como la salud de la mujer durante el embarazo, su nutrición y la atención médica que reciba. Además, el riesgo de estos problemas de salud se incrementa a medida que la infección de VIH progresa hacia el SIDA. Además, las mujeres con VIH/SIDA se encuentran en mayor riesgo de tener partos prematuros, óbitos fetales y bebés de bajo peso al nacer.

10. ¿El uso de anticoncepción hormonal aumenta el riesgo de infectarse de VIH?

La mejor evidencia es tranquilizadora. Estudios recientes realizados entre usuarias de planificación familiar en Uganda y Zimbabwe así como a mujeres en Sudáfrica encontraron que las usuarias de AMPD, EN-NET, o anticonceptivos orales combinados no eran más proclives a infectarse de VIH que las mujeres que utilizaban métodos no hormonales. No existen restricciones para el uso de métodos hormonales en mujeres con alto riesgo de VIH u otras ITS.

11. ¿Cuánto ayudan los condones en la protección contra la infección de VIH?

En promedio, los condones tienen una eficacia de 80% a 95% en la protección frente a la infección de VIH cuando se los utiliza correctamente en cada acto sexual. Esto significa que el uso del condón previene entre 80% a 95% de las transmisiones de VIH que se hubieran producido sin condones. (*No* significa que entre 5% y 20% de los usuarios de condones se infecten de VIH.) Por ejemplo, entre 10.000 mujeres no infectadas cuyas parejas tienen VIH, si cada pareja tiene sexo vaginal una sola vez y no presenta riesgos adicionales de infección, en promedio:

- Si la totalidad de las 10.000 no utilizó condones, cerca de 10 mujeres podrían infectarse de VIH.
- Si la totalidad de las 10.000 utilizó condones correctamente, 1 ó 2 mujeres podrían infectarse de VIH.

Las probabilidades de que una persona expuesta a VIH se infecte varían enormemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de infección de VIH de la pareja (las etapas tempranas y tardías son las más infecciosas), si la persona expuesta presenta otras ITS (aumenta la susceptibilidad), la circuncisión masculina (los hombres no circuncidados son más proclives a infectarse con VIH) y el embarazo (las mujeres embarazadas podrían encontrarse en mayor riesgo de infección), entre otros factores. En promedio, en caso de exposición, las mujeres presentan el doble de riesgo de infección que los hombres.

Salud Materna y del Recién Nacido

Puntos Clave para Proveedores y Usuarias

- **Espere a que el último bebé tenga al menos 2 años antes de intentar quedar embarazada otra vez.** Tanto para la salud de la madre como la del bebé es bueno espaciar los nacimientos.
- **Realice la primera consulta de asistencia prenatal dentro de las 12 primeras semanas de embarazo.**
- **Decida por adelantado la planificación familiar para después del parto.**
- **Prepárese para el parto.** Haga planes para un parto normal, pero tenga también un plan de emergencia.
- **Por un bebé más sano, amamante.**

Muchos proveedores de salud ven a mujeres que quieren quedar embarazadas, que están embarazadas, o que tuvieron un parto recientemente. Los proveedores pueden ayudar a las mujeres a planificar los embarazos, planificar la anticoncepción para después del parto, prepararse para el nacimiento y a cuidar de sus bebés.

Planificación del Embarazo

La mujer que desea tener un bebé puede aprovechar el asesoramiento sobre la preparación para un embarazo seguro, para el parto y para tener un bebé sano:

- Es mejor esperar un mínimo de 2 años después del parto antes de interrumpir la anticoncepción para quedar embarazada.
- Al menos 3 meses antes de interrumpir la anticoncepción, la mujer debería alimentarse con una dieta balanceada y seguir haciéndolo durante el embarazo. El ácido fólico y el hierro son particularmente importantes.

– El ácido fólico se encuentra en alimentos tales como las legumbres (frijoles, tofu, lentejas y arvejas), frutas cítricas, granos integrales y hortalizas de hoja verde. También puede haber comprimidos de ácido fólico.

– El hierro se encuentra en alimentos tales como carne y ave, pescado, hortalizas de hoja verde y legumbres. También puede haber comprimidos de hierro disponibles.

- Si la mujer tiene, o pudo haber estado expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo VIH, el tratamiento puede reducir las probabilidades de que su bebé nazca con la infección. Si una mujer cree que ha estado expuesta o que podría estar infectada, tendrá que hacerse las pruebas, si hay disponibles.

Durante el Embarazo

La primera consulta de atención prenatal deberá hacerse tempranamente en el embarazo, antes de la semana 12 es lo ideal. Para la mayoría de las mujeres, lo adecuado es 4 consultas a lo largo del embarazo. Sin embargo, las mujeres con ciertas afecciones de salud o complicaciones del embarazo podrán necesitar más consultas. Suminístrele asistencia o derive para atención prenatal.

Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades

- Asesore a la mujer acerca de una buena nutrición y a alimentarse con comidas que contengan hierro, folato, vitamina A, calcio, yodo y a evitar el tabaco, alcohol y drogas (excepto los medicamentos recomendados por el proveedor de salud).
- Ayude a la mujer embarazada a protegerse de las infecciones.
  - Si está en riesgo de ITS, analice el uso de condones o la abstinencia durante el embarazo (ver Infecciones de Transmisión Sexual, incluyendo VIH, p. 275).
  - Asegúrese que la embarazada esté vacunada contra el tétanos.
  - Para prevenir o tratar la anemia, en los lugares donde la anquilostomiasis sea común, administre tratamiento (terapia antihelmíntica) después del primer trimestre.
- Ayude a la mujer embarazada a proteger a su bebé de infecciones.
  - Realice las pruebas de sífilis lo antes posible en el embarazo y trátela si corresponde.
  - Ofrézcale pruebas de VIH y asesoramiento.
- La mujer embarazada es especialmente susceptible a la malaria. En zonas donde la enfermedad sea frecuente, para la prevención proporcione un tratamiento insecticida para fumigar la cama y un tratamiento eficaz contra la malaria a cada mujer, con diagnóstico confirmado o presuntivo de malaria (tratamiento presuntivo). Controle la malaria en las mujeres embarazadas y suministre tratamiento inmediato si se realiza el diagnóstico.

Plan de Planificación Familiar Después del Parto

Ayude a la embarazada y a la nueva madre a decidir cómo evitar el embarazo después del parto. Lo ideal es que el asesoramiento en planificación familiar comience durante los controles prenatales.

- Lo mejor para el bebé y para la madre es esperar a que el bebé tenga al menos 2 años antes de intentar un nuevo embarazo.

- Una mujer que no está dando pecho exclusivo o casi exclusivo puede quedar embarazada ya a las 4 a 6 semanas después del parto.
- Una mujer que está amamantando dando pecho exclusivo o casi exclusivo puede quedar embarazada ya a los 6 meses después del parto (ver Método de la Amenorrea de la Lactancia, p. 257).
- Para una protección máxima, la mujer no debería esperar a que se restablezca su menstruación para comenzar un método anticonceptivo, sino que debería comenzar tan pronto como lo permitan las pautas (ver Fecha más Temprana en que la Mujer puede Comenzar un Método de Planificación Familiar Después del Parto, p. 293).

Preparación para el Nacimiento y Complicaciones

En cerca de 15% de los embarazos ocurren complicaciones con potencial riesgo de muerte y todas esas mujeres requieren atención inmediata. La mayoría de las complicaciones no son predecibles, pero el proveedor puede ayudar a la mujer y a su familia a prepararse para éstas.

- Ayude a la mujer a convenir una atención idónea en el parto y asegúrese que sepa como contactar esa atención idónea ante las primeras señales de trabajo de parto.
- Explique a la mujer y su familia los signos de peligro del embarazo y el parto (ver más abajo).
- Ayude a la mujer y su familia a planificar cómo obtener asistencia de emergencia si aparecen complicaciones: ¿A dónde ir? ¿Quién la llevará? ¿Qué transporte utilizar? ¿Cómo pagar la asistencia médica? ¿Hay gente dispuesta a donar sangre?

Signos de Peligro Durante el Embarazo o el Parto

En caso de aparecer alguno de estos signos, la familia deberá seguir su plan de emergencia y llevar inmediatamente a la mujer para atención de emergencia.

- Fiebre (38° C /101° F o más)
- Flujo vaginal con olor nauseabundo
- Cefalea severa/visión borrosa
- Reducción o ausencia de movimientos fetales
- Pérdidas de líquido verde o marrón por la vagina
- Hipertensión
- Sangrado vaginal
- Dificultad respiratoria
- Convulsiones, desvanecimientos
- Dolor abdominal severo

Después del Nacimiento

- Coordinar las consultas de planificación familiar con el esquema de inmunización del bebé.
- Una lactancia óptima presenta tres ventajas: mejora significativa de la sobrevida y salud del bebé, mejor salud para la madre y anticoncepción transitoria. Aún así, cualquier lactancia es mejor que nada (excepto si la mujer tiene VIH). Ver Prevención de la Transmisión Madre a Hijo del VIH, p. 294.

Pautas para una Mejor Lactancia

1. Comience a amamantar al bebé lo antes posible— dentro de la hora posterior al parto

- Estimula las contracciones uterinas que ayudan a prevenir el sangrado profuso.
- Ayuda al bebé a establecer la succión desde el principio, lo que estimula la producción de leche.
- El calostro (la leche amarillenta producida en los primeros días posteriores al nacimiento) aporta importantes nutrientes al bebé y transfiere inmunidades de madre a hijo.
- Evita el riesgo de alimentar al bebé con líquidos o alimentos contaminados.

2. Dé pecho exclusivo o casi exclusivo durante 6 meses

- La leche materna sola puede aportar una nutrición completa al bebé durante los primeros 6 meses de vida.

3. A los 6 meses agregue a la lactancia otros alimentos

- Luego de 6 meses, el bebé necesita una serie de alimentos además de la leche materna.
- Cada vez que alimente al bebé, póngalo primero a pecho antes de ofrecerle otros alimentos.
- La lactancia puede y debería continuar a lo largo del segundo año del bebé o más.

Fecha más Temprana en que la Mujer Puede Comenzar un Método de Planificación Familiar Después del Parto

Método de Planificación Familiar	Lactancia Exclusiva o Casi Exclusiva	Lactancia Parcial o no Amamanta
Método de amenorrea de lactancia	Inmediatamente	(No corresponde)
Vasectomía	Inmediatamente o durante el embarazo de la pareja[‡]	
Condones masculinos o femeninos	Immediatamente	
Espermicidas		
DIU de cobre	Dentro de las 48 horas, de no ser así, espere 4 semanas	
Esterilización femenina	Dentro de los 7 días, de no ser así espere 6 semanas	
DIU de Levonorgestrel	4 semanas después del nacimiento	
Diafragma	6 semanas después del nacimiento	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan restablecido las secreciones normales (para métodos basados en síntomas) o cuando haya tenido 3 ciclos menstruales regulares (para métodos basados en el calendario). Para las mujeres que amamantan esto es más tarea que para las mujeres que no están amamantando.	
Anticonceptivos orales de progestina sola	6 semanas después del nacimiento[§]	Inmediatamente, si no está amamantando[§]
Inyectables de progestina sola		6 semanas después del nacimiento, si está amamantando parcialmente[§]
Implantes		
Anticonceptivos orales combinados	6 meses después del nacimiento[§]	21 días después del nacimiento, si no está amamantando[§]
Inyectables mensuales		6 semanas después del nacimiento, si está amamantando parcialmente[§]
Parche combinado		
Anillo vaginal combinado		

[‡] *Si el hombre se realiza la vasectomía dentro de los 6 primeros meses del embarazo de su pareja, ésta será eficaz para el momento del parto.*

[§] *En general no se recomienda un uso más temprano, a menos que no se disponga de un método más apropiado, o éste no sea aceptable.*

Prevención de la Transmisión Madre a Hijo del VIH

Una mujer infectada de VIH puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia. La aplicación de ciertas medidas preventivas antiretrovirales (profilaxis) suministradas a la madre durante el embarazo y el trabajo de parto puede reducir las probabilidades de que el bebé se infecte durante su desarrollo en el útero o durante el parto. La terapia antiretroviral de la madre, si la necesita por su propia salud, puede ayudar a reducir las probabilidades de transmisión de VIH a través de la leche materna.

¿Cómo puede el proveedor de planificación familiar ayudar a prevenir la transmisión de VIH de madre a hijo?

- *Ayude a la mujer a prevenir la infección de VIH* (ver Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo VIH, Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, p. 280).
- *Prevención de embarazos no deseados:* Ayude a la mujer que no desea un bebé a elegir un método anticonceptivo que pueda utilizar eficazmente.
- *Ofrezca pruebas y asesoramiento sobre VIH:* Si es posible, ofrezca asesoramiento y pruebas a todas la mujeres embarazadas, u ofrezca derivarlas a los servicios de análisis de VIH, de modo que puedan conocer su situación respecto al VIH.
- *Derive:* Derive a la mujer con VIH que esté embarazada, o que quiera quedar embarazada, a los servicios de prevención de transmisión madre a hijo, si hay disponibles.
- *Aliente una adecuada alimentación del bebé:* Asesore a la mujer con VIH en las prácticas más seguras de alimentación del bebé a fin de reducir el riesgo de transmisión y ayúdela a desarrollar un plan de alimentación. Si es posible, derívela a alguien entrenado en asesorar sobre la alimentación del bebé.
  - La mujer con VIH debe ser asesorada acerca de qué opción de alimentación se ajusta mejor a su situación. Si una alimentación sustituta resulta aceptable, viable, asequible, sustentable y segura, la mujer debería evitar la lactancia.
  - Si la alimentación sustituta no reúne estas condiciones, la mujer con VIH debería dar pecho exclusivamente los primeros 6 meses. La alimentación mixta—esto es, dar al bebé tanto leche materna como otros líquidos o alimentos —es más riesgosa que dar pecho exclusivo.
  - Para reducir aún más el riesgo de transmisión, cuando la madre con VIH pasa a la alimentación sustituta, debería evitar un período prolongado de alimentación mixta. El menor riesgo de transmisión de VIH se logra interrumpiendo la lactancia por un período de 2 días a 3 semanas.

- Para destruir el VIH de la leche materna, ordeñe la leche y hágale un tratamiento térmico antes de alimentar al bebé: Caliente la leche hasta el punto de hervor en un pequeño recipiente y luego enfríela dejándola en reposo o colocándola en otro recipiente con agua fría, de modo de enfriarla más rápido.
- La mujer con VIH que está amamantando debe ser asesorada sobre cómo mantener su nutrición adecuada y sus mamas sanas. La infección en los conductos de leche de la mama (mastitis), una acumulación de pus bajo la piel (absceso de mama) y la existencia de grietas en los pezones aumentan el riesgo de transmisión de VIH. Si aparece algún problema, es importante asegurar una atención rápida y correcta (ver Pezones dolorosos o agrietados, p. 296).

Manejo de los Problemas Vinculados a la Lactancia

Si la usuaria relata cualquiera de estos problemas frecuentes, atienda sus inquietudes y asesórela.

El bebé no recibe suficiente leche

- Transmítale que la mayoría de las mujeres son capaces de producir suficiente leche como para alimentar a sus bebés.
- Si el recién nacido está aumentando más de 500 gramos por mes, a las 2 semanas pesa más de lo que pesaba al nacer, u orina al menos 6 veces al día, tranquilícela de que el bebé está recibiendo suficiente leche materna.
- Dígale que amamante al recién nacido aproximadamente cada 2 horas a fin de aumentar la producción de leche.
- Recomiende a la mujer reducir cualquier complemento de alimento o líquido si el bebé tiene menos de 6 meses de edad.

Mamas doloridas

- Si las mamas de la mujer están llenas, tensas y dolorosas, puede que tenga las mamas ingurgitadas. Si una mama presenta bultos dolorosos, es posible que se haya bloqueado algún conducto. Las mamas ingurgitadas o los conductos bloqueados pueden evolucionar a mamas infectadas rojas y muy dolorosas. Trate la mama infectada con antibióticos de acuerdo a las pautas clínicas. Los siguientes consejos contribuirán a la cura:
  - Siga dando pecho con frecuencia
  - Haga masajes a sus mamas antes y durante la lactancia
  - Aplique calor o compresas tibias a las mamas
  - Pruebe distintas posiciones para amamantar
  - Asegúrese que el bebé se prenda al pecho correctamente
  - Ordeñe algo de leche antes de amamantar

Pezones doloridos o agrietados

- La mujer que presente grietas en lo pezones puede puede seguir amamantando. Manifiéstele que van a ir curando con el tiempo.
- Para ayudar a que curen, aconséjele:
  - Que aplique algunas gotas de leche materna en los pezones después de amamantar y que permita que sequen al aire.
  - Al terminar de amamantar, que use el dedo para interrumpir la succión antes de retirar al bebé del pecho.
  - Que no espere a que el pecho esté lleno para amamantar. Si está lleno, que exprima algo de leche antes.
- Enseñe a la mujer a prender el bebé al pecho correctamente y enséñele a detectar los signos de que el bebé no está correctamente prendido.
- Dígale que limpie sus pezones solamente con agua una sola vez al día y que evite jabones y soluciones en base a alcohol.
- Examine los pezones de la madre y la boca y nalgas del bebé buscando signos de infección micótica (muguet).

CAPITULO 23

Temas de Salud Reproductiva

Puntos Clave para Provedores y Usuarios

Atención Postaborto

- **Después de un aborto o pérdida de embarazo la fertilidad se restablece rápidamente, luego de unas pocas semanas.** La mujer necesita empezar a usar un método de planificación familiar casi de inmediato para evitar embarazos no deseados**.**

Violencia Contra la Mujer

- **La violencia no es culpa de la mujer.** Es muy común. Puede que existan recursos locales para ayudar**.**

Infertilidad

- **Frecuentemente es posible evitar la infertilidad.** Se puede reducir el riesgo de infertilidad de la usuaria evitando las infecciones de transmisión sexual y administrando tratamiento inmediato para esas y otras infecciones del tracto reproductivo.

Planificación Familiar en la Atención Postaborto

La mujer que ha sido tratada recientemente por complicaciones de un aborto requiere un acceso inmediato y fácil a los servicios de planificación familiar. La mujer es más proclive a utilizar la anticoncepción si se encuentra en riesgo de embarazo no deseado cuando estos servicios se encuentran integrados con la atención postaborto, o las dependencias están próximas, o cuando los servicios se ofrecen inmediatamente después del aborto.

Ayude a la Mujer a Obtener Planificación Familiar

Asesore con Empatía

La mujer que ha tenido complicaciones post aborto necesita apoyo. Las mujeres que han enfrentado el doble riesgo de quedar embarazadas y de someterse a un aborto inducido no seguro necesitan ayuda y apoyo en especial. Un buen asesoramiento sirve de apoyo a la mujer que ha sido tratada recientemente por complicaciones post aborto. En particular:

- Trate de comprender por lo que ha pasado la mujer
- Trátela con respeto y evite juicios y críticas
- Asegúrele privacidad y confidencialidad
- Pregúntele si quiere que alguien de su confianza esté presente durante el asesoramiento

Brinde Información de Importancia

Luego de recibir la atención post aborto, la mujer tendrá que tomar decisiones importantes. Para tomar decisiones sobre su salud y su fertilidad, tendrá que saber que:

- La fertilidad se restablece rápidamente—dentro de las 2 semanas posteriores a un aborto o pérdida de embarazo del primer trimestre y dentro de las 4 semanas posteriores a un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre. Por tanto, la mujer necesita protegerse para evitar un embarazo casi de inmediato.
- La mujer puede elegir entre muchos métodos de planificación familiar diferentes que puede comenzar inmediatamente (ver pág. siguiente). Los métodos que la mujer no debe utilizar de inmediato después del parto no presentan riesgos especiales después de un tratamiento por compliacciones de un aborto.
- Puede esperar antes de elegir un método anticonceptivo de uso permanente, pero mientras tanto puede considerar el uso de un método de respaldo* para cuando tenga sexo. Si la mujer decide no utilizar anticonceptivos en este momento, el proveedor puede ofrecerle información sobre los métodos disponibles y dónde obtenerlos. Además, los proveedores pueden ofrecer condones, anticonceptivos orales, o anticonceptivos orales de emergencia para que la mujer se los lleve y utilice luego.
- Para evitar la infección, la mujer no deberá tener sexo hasta que se interrumpa el sangrado —cerca de 5 a 7 días. Si está siendo tratada por infección vaginal o lesión cervical, deberá esperar a que se haya curado por completo antes de tener sexo.
- Si desea quedar embarazada pronto nuevamente, aliéntela a esperar. Esperar un mínimo de 6 meses puede reducir las probabilidades de bajo peso al nacer, parto prematuro y anemia materna. Una mujer que recibe atención

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Puede utilizar espermicidas si no presenta lesión vaginal o cervical. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, déle condones.*

post aborto puede precisar otros servicios de salud reproductiva. En particular, un proveedor puede ayudar a que la mujer considere si pudo haber estado expuesta a infecciones de transmisión sexual.

Cuándo Comenzar los Métodos Anticonceptivos

- En todos los casos la mujer puede comenzar de inmediato con anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestina sola, inyectables de progestina sola, inyectables mensuales, parches combinados, implantes, condones masculinos, condones femeninos y el retiro, incluso si la mujer presenta lesiones del tracto genital o si tiene una infección sospechada o confirmada.
- Los DIU, la esterilización femenina y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden comenzarse una vez que la infección esté controlada o resuelta.
- Los DIU, los anillos vaginales combinados, los espermicidas, los diafragmas, los capuchones cervicales, la esterilización femenina, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden comenzarse una vez que haya cicatrizado cualquier herida del tracto genital.

Consideraciones especiales:

- La colocación del *DIU* inmediatamente después de un aborto del segundo trimestre requiere de un proveedor específicamente entrenado.
- La *esterilización femenina* debe decidirse por adelantado y no mientras la mujer se encuentra sedada, bajo estrés, o dolorida. Asesore a la mujer cuidadosamente y asegúrese de mencionar los métodos reversibles disponibles (ver Esterilización Femenina, como la Esterilización es Permanente, p. 174).
- El *anillo vaginal combinado, los espermicidas, diafragmas, y capuchones cervicales* pueden utilizarse de inmediato, incluso en casos de perforación uterina sin complicaciones.
- Después de un aborto o pérdida de embarazo del primer trimestre sin complicaciones hay que ajustar nuevamente el *diafragma.* Luego de un aborto o pérdida de embarazo del segundo trimestre sin complicaciones, hay que postergar su uso 6 semanas para que el útero vuelva a su tamaño normal, luego de lo cual habrá que volver a ajustar el diafragma.
- *Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:* La mujer puede comenzar con métodos basados en los síntomas cuando ya no tenga secreciones vinculadas a infección o sangrado debido a lesiones del tracto genital. Puede comenzar el método basado en el calendario con su próxima menstruación si no presenta sangrado por lesión del tracto genital.

Violencia Contra la Mujer

Es posible que todos los proveedores de planificación familiar vean muchas mujeres que han sufrido violencia. La violencia contra la mujer es común en todas partes y en algunos sitios es muy común. En un estudio reciente sobre 10 países, más de 1 de cada 10 mujeres y hasta 7 de cada 10 mujeres informaron que habían experimentado violencia física o sexual en sus vidas. La violencia física incluye un amplio espectro de comportamientos, incluyendo golpes, cachetadas, patadas y golpizas. La violencia sexual incluye contacto o atención sexual no deseados, el sexo coercitivo y el sexo por la fuerza (violación). La violencia contra la mujer puede ser también psicológica, como control de su comportamiento, intimidación, humillación, aislamiento de la mujer de su familia y amigos y restricción de su acceso a recursos.

La mujer que padece violencia tiene necesidades especiales de salud, muchas de ellas relativas a la salud sexual y reproductiva. La violencia puede conducir a una serie de problemas de salud, incluyendo lesiones corporales, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH, disminución del deseo sexual, dolor durante el sexo y dolor pélvico crónico. Para algunas mujeres, la violencia puede comenzar o empeorar durante el embarazo, poniendo también a su feto en riesgo. Además la violencia o la amenaza de violencia de un hombre pueden privar a una mujer de su derecho a decidir por sí misma si utilizar un método de planificación familiar y cuál utilizar. Por lo tanto, es posible que el proveedor de atención a la salud reproductiva esté más proclive que otros proveedores de atención a la salud a ver mujeres abusadas entre sus pacientes habituales.

¿Qué Puede Hacer el Proveedor?

1. **Ayudar a que la mujer se sienta bienvenida y segura y que puede hablar con libertad.** Ayudar a la mujer a sentirse cómoda para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluyendo la violencia. Asegurar a cada mujer que su consulta será confidencial.

   Brindar a la mujer la oportunidad de sacar el tema de la violencia, por ejemplo preguntándole sobre las actitudes de su pareja hacia ella respecto a su uso de la planificación familiar, preguntándole si ella ve algún problema en el uso de la planificación familiar y simplemente si hay algo más de lo que ella quiera hablar.

2. **Cada vez que se sospeche violencia pregunte a la mujer sobre abuso.** Si bien la mayoría de las mujeres no mencionan que están siendo abusadas, muchas hablan del tema si se les pregunta específicamente sobre violencia. Empero, sólo conviene preguntar a todas las pacientes acerca de si están padeciendo violencia si quien lo hace es un proveedor muy bien entrenado en el asesoramiento sobre violencia, si puede asegurarse privacidad y confidencialidad y si se dispone de suficientes recursos para responder adecuadamente a los casos identificados de violencia. De lo contrario, se recomienda que el proveedor pregunte sólo si sospecha abuso, concentrando así los recursos en los casos que necesitan atención inmediata.

Esté alerta a los síntomas, lesiones o signos que sugieran violencia. El proveedor puede sospechar violencia cuando la depresión, ansiedad, cefaleas crónicas, dolor pélvico, o dolores gástricos vagos no mejoran con el tratamiento al transcurrir el tiempo. Cuando la versión de la usuaria sobre cómo se hizo una lesión no concuerda con el tipo de herida que tiene, esa lesión puede constituir otro signo de violencia. Sospeche violencia ante cualquier herida que aparezca en el embarazo, en especial en abdomen o senos.

Algunos consejos para sacar el tema de la violencia:

- Para incrementar la confianza, explique por qué está preguntando—porque quiere ayudar.
- Use un lenguaje con el que usted se sienta cómodo y que mejor se adapte a su propio estilo.
- No haga este tipo de preguntas en presencia de la pareja de la mujer o de alguien más o cuando no se pueda garantizar la privacidad.
- Usted puede decir algo como,"La violencia doméstica es un problema común en nuestra comunidad y por eso le hacemos a las usuarias preguntas sobre abuso."
- Usted puede hacer preguntas tales como:
  - Sus síntomas pueden deberse a estrés. ¿Usted y su pareja tienden a pelear a menudo? ¿Alguna vez resultó lastimada?"
  - "¿Alguna vez su pareja quiere tener sexo y usted no? ¿Qué sucede en esos casos?"
  - "¿Tiene miedo de su pareja?"

3. Asesore de manera sensible, sin juzgar y apoyando.

El asesoramiento constituye un servicio importante para aquellas mujeres que viven relaciones violentas. El asesoramiento sobre la violencia debe adaptarse a las circunstancias particulares de cada mujer. La disposición de la mujer a buscar cambios puede estar en distintos etapas. Esto afectará su disposición a aceptar ayuda. Algunas mujeres no se encontrarán preparadas para analizar su situación con un proveedor de salud. La finalidad del asesoramiento no es tanto tener la seguridad de si la usuaria experimenta violencia, como abordar el tema con empatía y hacerle saber que usted se interesa.

- Si la mujer no desea hablar de la violencia, asegúrele que usted está su disposicón cuando ella lo requiera. Infórmele de las opciones y recursos disponibles por si ella alguna vez los quiere.

- Si la mujer desea hablar de su experiencia de violencia, conviene que usted:
  - Asegure confidencialidad, mantenga su situación confidencial. Menciónela sólo a aquellos que necesitan conocerla (como el personal de seguridad) y hágalo sólo con el consentimiento de la usuaria.
  - Reconozca la experiencia de la mujer. Escuche, ofrezca apoyo y evite emitir juicios. Respete la capacidad y el derecho de la mujer de tomar sus propias decisiones acerca de su vida.
  - Trate de aliviar los posibles sentimientos de vergüenza y culpa de la mujer: "Nadie merece nunca ser golpeado." "Usted no merece el abuso y no es su culpa."
  - Explique que la violencia es un problema común: "Esto le sucede a muchas mujeres." "Usted no está sola y puede contar con ayuda."
  - Explique que no es probable que la violencia se detenga por sí sola: "El abuso tiende a continuar y a menudo tiende a empeorar y a hacerse más frecuente.

4. Evalúe el peligro inmediato de la mujer, ayúdela a desarrollar un plan de seguridad y derívela a los recursos comunitarios. Si la mujer enfrenta un peligro inmediato, ayúdela a considerar varios cursos de acción. Si no está en peligro inmediato, ayúdela a desarrollar un plan a largo plazo.

- Ayúdela a evaluar su situación actual:
  - "¿Está él ahora en este local de salud?"
  - "¿En este momento usted o sus hijos están en peligro?"
  - "¿Se siente segura de irse a su casa?"
  - "¿Existe algún familiar o amigo que la pueda ayudar con su situación en casa?"
- Ayúdela a protegerse y a proteger a sus hijos si la violencia se repite. Sugiérale mantener un bolso armado con los documentos importantes y una muda de ropa como para poder irse rápidamente si fuera necesario. Sugiérale que convenga una señal con sus hijos para hacerles saber cuándo pedir ayuda a los vecinos.
- Realice y mantenga actualizada una lista de recursos disponibles para ayuda a víctimas de abuso, incluyendo la policía, servicios de asesoramiento y organizaciones de mujeres que puedan brindar apoyo emocional, legal y quizás incluso financiero. Déle una copia de esa lista a la usuaria.

5. Brinde la atención adecuada. Adapte la atención y el asesoramiento a las circuntancias de la mujer.

- Trate cualquier lesión que la mujer presente o asegúrese que ella consiga tratamiento.
- Evalúe el riesgo de embarazo y brinde anticoncepción de emergencia si corresponde y lo desea.
- Ofrézcale anticonceptivos orales de emergencia para un uso futuro (Ver Anticonceptivos Orales de Emergencia, p. 45).

- Si la mujer lo desea, déle un método anticonceptivo que pueda utilizar sin que su pareja lo sepa, como un inyectable.
- Ayúdela a considerar si puede proponer el uso del condón sin con eso arriesgar una mayor violencia.
- En casos de violación:
  - Primero recoja cualquier muestra que pueda ser usada como evidencia (tales como ropa manchada o desgarrada, cabello y manchas de sangre o semen).
  - Hágale los análisis y proporciónele el tratamiento de VIH e ITS o derívela para que se lo hagan. Algunas mujeres tal vez necesiten estos servicios con frecuencia.
  - Considere la profilaxis post exposición para VIH, si se encuentra disponible y tratamiento presuntivo para gonorrea, clamidia, sífilis y otras ITS comunes en el lugar.

6. Deje constancia escrita de la condición de la mujer. Documente cuidadosamente los síntomas y lesiones de la mujer, la causa de las lesiones y sus antecedentes de abuso. Registre con claridad la identidad del abusador, su relación con la víctima y cualquier otro detalle sobre él. Estas notas podrán servir para un control médico futuro y para emprender acciones legales si alguna vez corresponde hacerlo.

Infertilidad

¿Qué es la Infertilidad?

La infertilidad es la incapacidad de tener hijos. A pesar de que con frecuencia se culpa a la mujer, la infertilidad se presenta tanto en hombres como en mujeres. En promedio, la infertilidad afecta a 1 de cada 10 parejas. Se considera infértil a una pareja después de 12 meses de sexo sin protección sin un embarazo. Una pareja puede ser infértil independientemente de que la mujer haya estado embarazada en el pasado.

Entre parejas sin problemas de fertilidad, 85% de las mujeres quedarán embarazadas en el correr de un año. En promedio, el embarazo se produce luego de 3 a 6 meses de sexo sin protección. Existe, sin embargo, una enorme variación en torno a este promedio.

Las pérdidas de embarazos son otra forma de infertilidad: La mujer puede quedar embarazada, pero la pérdida del embarazo u óbito fetal impiden el nacimiento de un niño vivo.

¿Qué Causa la Infertilidad?

Hay diferentes factores o condiciones pueden reducir la fertilidad, tales como:

- Enfermedades infecciosas (infecciones de transmisión sexual [ITS], incluyendo VIH, otras infecciones del tracto reproductor; paperas después de la pubertad en el varón)
- Problemas anatómicos, endocrinos, genéticos, o del sistema inmune
- Edad
- Procedimiento médicos que producen infecciones en el tracto superior del aparato reproductor de la mujer

Las ITS son la mayor causa de infertilidad. Cuando quedan sin tratar, la gonorrea y la clamidia pueden infectar las trompas de Falopio, el útero, y los ovarios. Esto se conoce como enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La EIP clínica es dolorosa, pero algunas veces la EIP no presenta síntomas y transcurre inadvertida (EIP silenciosa). La gonorrea y la clamidia pueden producir cicatrices en las trompas de Falopio de la mujer, bloqueando el recorrido descendente de los óvulos por las trompas para entrar en contacto con los espermatozoides. El hombre puede tener cicatrices con bloqueo de los conductos espermáticos (epidídimo) y la uretra, producidos por gonorrea y clamidia no tratadas (ver Anatomía Femenina, p. 364, y Anatomía Masculina, p. 367).

Hay otras causas de infertilidad masculina, incluyendo una incapacidad natural, sea de producir espermatozoides o de producir espermatozoides suficientes como para alcanzar el embarazo. Menos frecuentemente, el espermatozoide se encuentra malformado y muere antes de alcanzar al óvulo. Entre las mujeres, la incapacidad natural para quedar embarazada a menudo se debe a bloqueo de las trompas de Falopio o a incapacidad para ovular.

La fertilidad también se relaciona con la edad. A medida que la mujer se vuelve mayor, su capacidad de quedar embarazada naturalmente cede con el tiempo. Hay nuevas evidencias que sugieren que, de manera similar, a medida que el hombre envejece produce espermatozoides menos capaces de fertilizar al óvulo.

Las infecciones postparto y postaborto también pueden causar EIP, lo que puede llevar a la infertilidad. Esto sucede cuando los instrumentos quirúrgicos utilizados para los procedimientos médicos no están debidamente desinfectados o esterilizados. La mujer también puede desarrollar EIP si durante un procedimiento médico se arrastra una infección presente en el tracto reproductor inferior al tracto reproductor superior.

Prevención de la Infertilidad

A menudo la infertilidad se puede prevenir. El proveedor puede:

- Aconsejar a usuarias sobre la prevención de las ITS (ver Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo VIH, Prevención de Infecciones de Transmisión Sexual, p. 280). Aliente a los pacientes a consultar en cuanto crean tener una ITS o crean haber estado expuestos.
- Trate o derive a los usuarios con signos y síntomas de ITS y EIP clínica (ver Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo VIH, Síntomas de infecciones de Transmisión Sexual, p. 278). El tratar estas infecciones contribuye a preservar la fertilidad.
- Evitar las infecciones siguiendo las prácticas de prevención de infecciones adecuadas cuando lleve a cabo procedimientos médicos que impliquen pasar instrumentos de la vagina al útero, tales como la colocación del DIU (ver Prevención de Infecciones en la Clínica, p. 312).

Los Anticonceptivos No Causan Infertilidad

- La mayoría de los métodos anticonceptivos no demoran el restablecimiento de la fertilidad después de interrumpir su uso. En general, el restablecimiento de la fertilidad después de interrumpir el uso de anticonceptivos inyectables demora algo más que con la mayoría de los restantes métodos (ver Inyectables con Progestina Sola, Preguntas 6 y 7, p. 79, e Inyectables Mensuales, Preguntas 10 y 11, p. 100). Sin embargo, con el tiempo, las mujeres que han utilizado inyectables son tan fértiles como eran antes de usar ese método, teniendo en cuenta la edad.

- Entre mujeres con gonorrea o clamidia en curso, la colocación del DIU aumenta ligeramente el riesgo de EIP en los primeros 20 días siguientes a la colocación. Aún así, las investigaciones no han encontrado que quienes en el pasado han utilizado DIU sean más proclives a ser infértiles que otras mujeres (ver DIU de Cobre, Pregunta 4, p. 155).

Asesoramiento a Usuarias con Problemas de Fertilidad

Si es posible, asesore a los dos integrantes de la pareja juntos. Los hombres suelen culpar a las mujeres de la infertilidad cuando ellos mismos podrían ser los responsables. Dígale a la pareja que:

El hombre es tan proclive a tener problemas de infertilidad como la mujer. En algunos casos tal vez no sea posible saber cuál de los dos es infértil y qué causa la infertilidad.

- Busquen el embarazo durante 12 meses al menos, antes de preocuparse por la infertilidad.
- El período más fértil del ciclo de la mujer es el momento en que el ovario libera el óvulo y algunos días antes (ver El ciclo Menstrual, p. 366). Sugiérales tener sexo con frecuencia en ese período. Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ayudar a la pareja a identificar el período más fértil de cada ciclo (ver Métodos de Conocimiento de la Fertilidad, p. 239). Aconseje o derive a la usuaria si lo desea probar.
- Si después de un año esas sugerencias no han surtido efecto, de ser posible, derive a la pareja para su evaluación. La pareja podría también considerar la adopción.

CAPITULO 24

Suministro de la Planificación Familiar

Importancia de Ciertos Procedimientos para Suministrar los Métodos de Planificación Familiar

Las clasificaciones de los exámenes y análisis abajo descritos se aplican a personas presuntamente sanas. Para las personas con una afección médica conocida u otra condición especial, referirse a los Criterios Médicos de Elegibilidad para Uso de Anticonceptivos, p. 324.

Clase A: Esencial y obligatorio en toda circunstancia para el uso eficaz y seguro del método anticonceptivo
Clase B: Contribuye sustancialmente al uso eficaz y seguro. Sin embargo, si no pueden realizarse el análisis o examen, debe contrapesarse el riesgo de no realizarlos contra los beneficios de ofrecer el método anticonceptivo.
Clase C: No contribuye sustancialmente al uso eficaz y seguro del método anticonceptivo.

Situación específica	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	DIU	Condones masculinos y femeninos	Diafragmas y capuchones cervicales	Espermicidas	Esterilización femenina	Vasectomía
Examen de mama hecho por el proveedor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Examen pélvico/genital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Tamizaje de cáncer cervical	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NA
Análisis de laboratorio de rutina	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Test de hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Evaluación del riesgo de ITS: antecedentes médicos y examen físico	C	C	C	C	C	A*	C	C†	C†	C	C
Tamizaje de ITS/VIH: Pruebas de laboratorio	C	C	C	C	C	B*	C	C†	C†	C	C
Tamizaje de la presión arterial	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C§

* *Si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exponerse a gonorrea o clamidia, en general, no debe colocarse un DIU a menos que no se disponga de otro método o los métodos disponibles no sean aceptables. Si está cursando una cervicitis purulenta, gonorrea, o clamidia, la mujer no debe colocarse un DIU hasta que estas afecciones se resuelvan y por otra parte ella sea medicamente elegible.*

† *La mujer en alto riesgo de infección de VIH o SIDA no debe usar espermicidas. En general no se recomienda el uso de diafragmas o de capuchones cervicales con espermicidas para tales mujeres, a menos que no se disponga de otro método o los métodos disponibles no sean aceptables.*

NA=No aplica

‡ *Deseable, pero en situaciones donde los riesgos de embarazo son altos y los métodos hormonales están entre los pocos métodos ampliamente disponibles, no debe negarse a la mujer el uso de métodos hormonales solamente porque no se le puede medir la presión arterial.*

§ *Para procedimientos realizados usando sólo anestesia local.*

Asesoramiento Exitoso

Un buen asesoramiento ayuda a las usuarias a elegir y usar un método de planificación familiar que les resulte apropiado. Las usuarias son diferentes, su situación es diferente y los tipos de ayuda que necesitan son diferentes también. El mejor asesoramiento se adapta a cada usuario/a individual.

Tipo de Paciente	Tareas Habituales del Asesoramiento
Usuarias que vuelven sin problemas	• Suministre más provisiones o haga el control de rutina • Pregúntele amablemente a la usuaria cómo le va con el método
Usuarias que vuelven con problemas	• Comprenda el problema y ayude a resolverlo, sea éste sobre efectos colaterales, vinculados al uso del método, pareja que no coopera, o de cualquier otro tipo
Usuarias nuevas con un método en mente	• Verifique que la usuaria comprenda bien • Apoye la elección de la usuaria, si la usuaria es médicamente elegible • Analice cómo usar el método y cómo lidiar con cualquier efecto colateral
Usuarias nuevas sin un método en mente	• Analice la situación de la usuaria, sus planes y qué le importa acerca del método • Ayude a la usuaria a elegir métodos que le sirvan. • Si es necesario, ayúdela a tomar una decisión • Apoye la decisión de la usuaria, déle instrucciones de uso y analice cómo manejar los efectos colaterales

Dedique tiempo a la usuaria que lo necesita. Muchas usuarias no tienen problemas cuando vuelven y precisan poco asesoramiento. Las usuarias que regresan con problemas y las usuarias nuevas que no tienen un método en mente son las que requieren de más tiempo, pero, en general, son pocas.

Consejos para Tener Éxito en el Asesoramiento

- Sea respetuoso con cada usuaria y ayúdela a sentirse cómoda.
- Aliente a la usuaria a explicar sus necesidades, a expresar sus preocupaciones y a realizar preguntas.
- Deje que los deseos y necesidades de la usuaria orienten la conversación.
- Esté alerta a las necesidades relatadas, tales como protección de infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH y apoyo para el uso del condón.
- Escuche atentamente. Escuchar es tan importante como dar la información correcta.
- Dé la información e instrucciones clave. Use palabras comprensibles.
- Respete y apoye las decisiones informadas de la usuaria.
- Refiérase a los efectos colaterales, de haberlos y tome con seriedad las preocupaciones de la usuaria.

- Verifique que la usuaria comprenda.
- Invite a la usuaria a regresar en cualquier momento por cualquier motivo.

El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

- La usuaria percibe que ha recibido la ayuda que quería
- La usuaria sabe qué hacer y se siente confiada de poder hacerlo
- La usuaria se siente respetada y apreciada
- La usuaria regresa cuando lo necesita
- Y lo más importante, la usuaria usa sus métodos con eficacia y satisfacción.

Herramienta de Asesoramiento de la Organización Mundial de la Salud y el Proyecto INFO

La *Herramienta de Toma de Decisiones para los Usuarios y Proveedores de Planificación Familiar,* otra de las 4 piedras angulares de la orientación sobre planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud, utiliza sesiones de asesoramiento para ayudar a usuarios y proveedores a elegir los métodos de planificación familiar y aprender a usarlos. Esta herramienta es un rotafolio ilustrado. Ofrece ayuda adaptada a cada tipo de usuario mencionado en la tabla de la página anterior. La información clave de este manual puede encontrarse en la *Herramienta de toma de decisiones*, redactado de modo que pueda servir para el asesoramiento.

Para ver la *Herramienta de Toma de Decisiones* y para descargarla de Internet, ver http://www.who.int/reproductive-health/family_planning/counselling.html. Por una copia impresa de muestra, puede escribir a Orders, INFO Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 1 11 Market Place, Suite 3 10, Baltimore, MD 21202, USA, ver http://www.infoforhealth.org/pubs/dmt/, o envíe un correo electrónico a orders@jhuccp.org.

¿Quién Brinda Planificación Familiar?

Hay muchas personas que pueden aprender a informar y asesorar acerca de la planificación familiar y a suministrar métodos de planificación familiar. Los países y programas tienen varias pautas que establecen quién puede ofrecer qué métodos y dónde y algunos tienen reglas que difieren dependiendo de si la usuaria está comenzando un nuevo método o si continúa con un método que ya usaba. Aún así, en los países de todo el mundo, por lo general la planificación familiar es suministrada por:

- Enfermeras, enfermeras obstétricas, nurses
- Auxiliares de enfermeras obstétricas
- Parteras obstétricas
- Médicos, incluyendo ginecólogos y obstetras
- Asistentes y auxiliares de médicos
- Químicos farmacéuticos, idóneos en farmacia, químicos
- Personal de atención primaria, profesionales de la salud de la comunidad
- Profesionales de la salud en la comunidad y miembros de la comunidad que se desempeñan como distribuidores con base en la comunidad
- Asistentes de partos tradicionales específicamente entrenados
- Tenderos, comerciantes y vendedores
- Voluntarios, usuarios experimentados de planificación familiar, pares dedicados a educación, y líderes comunitarios

Estas personas aprenderán a hacer un mejor trabajo brindando planificación familiar si reciben un entrenamiento específico. Esa capacitación debe cubrir cómo informar y asesorar a los usuarios acerca de la elección y el uso de métodos específicos, además de enseñar destrezas técnicas específicas, tales como dar inyectables o colocar un DIU. Las Listas de Verificación pueden ayudar a un espectro amplio de proveedores y directores de distintas maneras, como por ejemplo, evaluando pacientes según criterios médicos de elegibilidad, asegurándose que todos los pasos del proceso se lleven a cabo (tales como la prevención de infecciones), y asegurando la buena calidad de los servicios.

Método	¿Quién puede suministrarlo?
Anticonceptivos orales, parche combinado, anillo vaginal combinado	• Todos los proveedores con entrenamiento, incluyendo un breve entrenamiento específico.
Anticonceptivos orales de emergencia	• Todos los proveedores.

Método	¿Quién puede suministrarlo?
Inyectables mensuales y con progestina sola	• Cualquiera entrenado para dar inyecciones y manipular agujas y jeringas de manera apropiada, incluyendo su adecuada eliminación.
Implantes	• Cualquiera con entrenamiento en procedimientos médicos y entrenamiento en colocación de los implantes específicos utilizados, incluyendo médicos, enfermeras, enfermeras obstétricas, enfermeras certificadas, parteras, asistentes y auxiliares de médicos.
Dispositivo intrauterino (DIU de cobre y con hormonas)	• Cualquiera con entrenamiento en procedimientos médicos y entrenamiento específico en control de DIU, colocación y remoción incluyendo médicos, enfermeras, enfermeras obstétricas, enfermeras certificadas, parteras, asistentes y auxiliares de médicos y estudiantes de medicina. El entrenamiento es distinto para el DIU de cobre y para el DIU de hormonas. En algunos países los farmacéuticos venden los DIU y la mujer lleva el DIU a un proveedor de atención a la salud quien se lo coloca.
Esterilización femenina	• Cualquiera con entrenamiento específico en el procedimiento, incluyendo médicos generales, médicos especialistas (tales como ginecólogos y cirujanos), asistentes de médicos o estudiantes de medicina bajo supervisión. La laparoscopía es realizada mejor por cirujanos con experiencia y específicamente entrenados.
Vasectomia	• Cualquiera con entrenamiento específico en el procedimiento, incluyendo médicos, enfermeras obstétricas, enfermeras certificadas, parteras, asistentes y auxiliares de los médicos.
Condones masculinos y femeninos y espermicidas	• Todos los proveedores.
Diafragma y capuchón cervical	• Cualquier proveedor específicamente entrenado para realizar un examen pélvico y elegir el talle adecuado de diafragma o capuchón cervical para cada mujer.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	• Cualquiera específicamente entrenado para enseñar sobre conocimiento de la fertilidad. A menudo los usuarios que tienen experiencia con estos métodos son los que mejor lo pueden explicar.
Retiro, método de amenorrea de lactancia	• Estos métodos no requieren un proveedor. Aún así, los proveedores de atención a la salud conocedores y cooperadores pueden ayudar a las pacientes a usar estos métodos muy eficazmente.

Prevención de Infecciones en la Clínica

Los procedimientos de prevención de infecciones son simples, eficaces y económicos. Los gérmenes (organismos infecciosos) a tener en cuenta en la clínica incluyen bacterias (como el estafilococo), virus (en particular el VIH y la hepatitis B), hongos y parásitos. En la clínica, los organismos infecciosos pueden encontrarse en la sangre, fluidos corporales con sangre visible, o tejidos. (Las heces, secreciones nasales, saliva, esputo, sudor, lágrimas, orina y vómito no se consideran potencialmente infecciosos a menos que contengan sangre.) Los organismos pueden transmitirse a través de membranas mucosas o piel con heridas, tales como cortes y rasguños y por pinchazos de agujas usadas y otras heridas punzantes. Los organismos infecciosos pueden pasar de las clínicas a las comunidades cuando los desechos no se eliminan de manera apropiada o cuando los miembros del equipo no lavan sus manos adecuadamente antes de abandonar la clínica.

Reglas Básicas para la Prevención de Infecciones

Estas reglas aplican las precauciones universales para la prevención de infecciones de las clínicas de planificación familiar.

Lave sus manos

- *El lavado de manos puede ser el procedimiento de prevención de infecciones más importante.*
- Lave sus manos antes y después de examinar o tratar a cada usuaria. (No es preciso lavarse las manos si la usuaria no requiere un examen o un tratamiento.)
- Utilice agua limpia y jabón común y frote las manos por lo menos 10 a 15 segundos. Asegúrese de limpiar entre los dedos y bajo las uñas. Lave sus manos luego de manipular instrumentos y otros objetos sucios o luego de tocar membranas mucosas, sangre, u otros fluidos corporales. Lave sus manos antes de ponerse los guantes, después de quitárselos y cada vez que sus manos se ensucien. Lave sus manos al llegar a trabajar, después de usar el baño o la letrina y al dejar el trabajo. Seque sus manos con una toalla de papel o una toalla de tela limpia y seca que nadie más utilice, o seque con aire.

Procese los instrumentos que serán reutilizados

- Esterilice o haga desinfección de alto nivel de los instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas intactas o piel lacerada.
- Esterilice los instrumentos que tocan tejidos por debajo de la piel (ver Los 4 Pasos para Procesar los Equipos, p. 3 15).

Utilice guantes	• Utilice guantes para cualquier procedimiento en que exista riesgo de tocar sangre, otros fluidos corporales, membranas mucosas, piel con excoriaciones, objetos sucios, superficies sucias, o desperdicios. Utilice guantes quirúrgicos para procedimientos quirúrgicos tales como colocación de implantes. Utilice guantes de examen de un solo uso para procedimientos que impliquen tocar membranas mucosas intactas o en general para evitar la exposición a fluidos corporales. No se necesitan guantes para dar inyecciones. • Cambie sus guantes entre procedimientos con el mismo paciente o entre pacientes. • No toque superficies ni equipos limpios con los guantes sucios o las manos descubiertas. • Lave sus manos antes de ponerse los guantes. No lave sus manos con los guantes puestos en lugar de cambiarse los guantes. Los guantes no sustituyen el lavado de manos. • Utilice guantes de fajina limpios para limpiar instrumentos y equipos sucios, manipular desechos y limpiar salpicaduras de sangre o fluidos corporales.
Realice un examen pélvico sólo cuando sea necesario	• La mayoría de los métodos de planificación familiar no requieren un examen pélvico— éste sólo es necesario para la esterilización femenina y el DIU (ver Importancia de cierto Procedimientos seleccionados para Suministro de Métodos de Planificación Familiar, p. 307). Los exámenes pélvicos deben realizarse sólo si existe una razón para ello— como la sospecha de infecciones de transmisión sexual, cuando el examen pueda ayudar al diagnóstico o al tratamiento.
Para las inyecciones utilice jeringas y agujas autodescartables nuevas	• Las jeringas y agujas autodescartables son seguras y más confiables que las jeringas y agujas descartables comunes de un solo uso y cualquier jeringa y aguja descartable es más segura que esterilizar jeringas y agujas reutilizables. Las jeringas y agujas reutilizables sólo debieran considerarse cuando no se disponga de equipos de inyección de un solo uso y sólo si los programas son capaces de documentar la calidad de la esterilización. • Sólo es necesario limpiar la piel de la usuaria antes de la inyección si la piel se encuentra sucia. Si lo está, lave con agua y jabón y seque con una toalla limpia. No se obtiene un mejor resultado por frotar con un antiséptico.
Limpie las superficies con una solución clorada	• Limpie las mesas de examen, las banquetas y otras superficies que entran en contacto con la piel intacta con una solución de cloro al 0.5% después de atender a cada usuaria.

Elimine los insumos y equipos de un solo uso de manera apropiada y segura

- Cuando manipule desechos, use equipo de protección personal—gafas, máscara, delantal y calzados de protección cerrados.
- Las agujas y jeringas de un único uso no deben ser reutilizadas. No separe las agujas de las jeringas. Evite romper, doblar o volver a poner la capucha a la agujas usadas. Ponga las agujas y jeringas usadas de inmediato en un contenedor a prueba de pinchazos para su eliminación. (Si las agujas y jeringas no van a ser incineradas, deberán descontaminarse mediante el vertido de una solución de cloro al 0.5% antes de arrojarlas al contenedor a prueba de pinchazos.) El recipiente de objetos punzantes a prueba de pinchazos deberá sellarse y luego quemarse, incinerarse o enterrarse profundamente cuando se encuentre tre cuartas partes lleno.
- Las prendas de vestir y otros desechos sólidos sucios deberán juntarse en bolsas plásticas y dentro de los 2 días, hay que quemarlos y enterrarlos en un hoyo profundo. Los desperdicios líquidos deberán volcarse al desagüe del fregadero o al inodoro, o verterse en un hoyo profundo y enterrarse.
- Limpie los contenedores de desperdicios con detergente y enjuague con agua.
- Quítese los guantes de fajina y y límpielos cuando se ensucien, por lo menos una vez al día.
- Lávese las manos antes y después de eliminar equipos sucios y desperdicios.

Lave la ropa blanca

- Lave la ropa blanca (por ejemplo, ropa de cama, gorras, batas y campos quirúrgicos) a mano o a máquina y seque al aire o a máquina. Cuando manipule ropa blanca sucia, use guantes, manténgala alejada del cuerpo y sin agitarla.

Riesgo Bajo de VIH en la Clínica

Los proveedores de atención a la salud pueden estar expuestos al VIH a través de agujas, membranas mucosas, o piel lacerada, pero el riesgo es bajo:

- La mayor parte de las infecciones en dependencias de asistencia a la salud son causadas por pinchazos de aguja y cortes. El riesgo promedio de infección de VIH luego de exposición a un pinchazo de aguja de sangre infectada de VIH es de 3 infecciones cada 1.000 pinchazos.
- Se estima que el riesgo tras la exposición de ojos, nariz, o boca a sangre infectada de VIH es cerca de 1 infección cada 1.000 exposiciones.

La mejor manera en que los proveedores pueden evitar la exposición al VIH y otras infecciones originadas en fluidos en el lugar de trabajo es siguiendo las precauciones universales.

Haga de la Prevención de Infecciones un Hábito

Con todos y cada uno de los pacientes, el proveedor de asistencia a la salud deberá pensar, "¿Qué prevención de infecciones se necesita?" Los usuarios y los proveedores pueden tener una infección sin saberlo y sin tener síntomas obvios. La prevención de infecciones es un signo de buena asistencia a la salud que puede atraer pacientes. Para algunos pacientes la pulcritud es uno de los signos más importantes de calidad.

Los 4 Pasos para Procesar el Equipo

1. *Descontamine para eliminar gérmenes infecciosos como el VIH y el virus de la hepatitis B* y para hacer los instrumentos, guantes y otros objetos más seguros para la gente que los limpia. Empape con una solución de cloro al 0.5% durante 10 minutos. Enjuague con agua fría limpia o limpie de inmediato.
2. *Limpie para remover fluidos corporales, tejidos, y suciedad.* Lave o friegue con cepillo con jabón líquido o detergente y agua. Evite jabón en barra o en polvo, que puedan adherirse al equipo. Enjuague y seque. Al limpiar, utilice guantes de fajina y equipo de protección personal—gafas, máscara, delantal y calzados cerrados.
3. *Desinfección de alto nivel o esterilización.*
   - Desinfección de alto nivel para eliminar todos los organismos infecciosos excepto algunas endosporas bacterianas (una forma latente, resistente de bacteria) hirviendo, mediante vapor, o con productos químicos. Realice desinfección de alto nivel de los instrumentos e insumos que toquen membrana mucosa intacta o piel con excoriaciones, tales como espéculo vaginal, sondas uterinas y guantes para examen pélvico.
   - Esterilice para eliminar todo germen infeccioso, incluyendo endosporas bacterianas, con un autoclave de vapor a alta presión, un horno de calor seco, productos químicos o radiación. Esterilice instrumentos tales como bisturíes y agujas que entran en contacto con tejido bajo la piel. Si la esterilización no resulta práctica o posible (por ejemplo, para laparoscopios), los instrumentos deben ser sometidos a desinfección de alto nivel.
4. *Guarde instrumentos e insumos protegidos de la contaminación.* Deberán guardarse en un recipiente esterilizado o desinfectado de alto nivel en un área limpia apartada del tránsito de la clínica. El equipo utilizado para esterilizar y hacer la desinfección de alto nivel de instrumentos e insumos también, debe preservarse de la contaminación.

Manejo de Insumos de Anticoncepción

La asistencia a la salud reproductiva de buena calidad requiere de un continuo suministro de anticonceptivos y otros artículos básicos. Los proveedores de planificación familiar son el vínculo más importante en la cadena de abastecimiento que mueven artículos del fabricante al usuario.

La precisión y puntualidad de los pedidos e informes del proveedor ayudan a los administradores de la cadena de abastecimiento a determinar qué productos se necesitan, cuánto comprar y dónde distribuirlos. Los miembros del personal de la clínica hacen su parte cuando manejan adecuadamente el inventario de anticonceptivos, registran e informan con precisión qué se provee a los usuarios y encargan puntualmente ordenan nuevos suministros. En algunas dependencias se todas las tareas de logística a un miembro del personal. En otras instalaciones puede haber distintos miembros del personal que ayudan a las tareas de logística, de acuerdo a las necesidades. Los miembros del personal de la clínica necesitan familiarizarse con el sistema que se aplique y trabajar con él, de modo de asegurarse de tener los suministros que necesitan.

Responsabilidades Logísticas de la Clínica

Cada cadena de suministros opera de acuerdo a procedimientos específicos que funcionan en situaciones específicas, pero las responsabilidades típicas del personal de la clínica con respecto a la logística de la anticoncepción incluyen estas actividades comunes:

Diarias

- Mantener un rastreo del tipo y cantidad de anticonceptivos entregados a usuarios usando el formulario de registro correspondiente (normalmente llamado "registro de actividad diaria").
- Mantener condiciones de almacenamiento apropiadas para todos los insumos: en un ambiente limpio, seco, apartado del alcance del sol y protegido del calor extremo.
- Suministro de anticonceptivos a los usuarios según el criterio de manejo de inventarios de "Primero que Expira, Primero que Sale"," o PEPS. Eso significa que los productos con fecha de vencimiento más temprana son los primeros productos a distribuir o entregar. PEPS despeja primero el inventario más viejo para evitar desperdicios por vencimiento.

Regularmente *(mensualmente o trimestralmente, dependiendo del sistema logístico)*

- Contar la cantidad de cada método que hay a mano en la clínica y determinar la cantidad de anticonceptivos a encargar (realizado a menudo con un farmacéutico clínico). Este es un buen momento para inspeccionar los suministros, revisando problemas tales como envases y paquetes dañados, envoltorios de DIU o implantes que se han abierto, o cambios de coloración de condones.
- Trabajar con los distribuidores con base en la comunidad supervisados por personal de la clínica, revisando sus registros de consumo y ayudándolos a completar sus formularios de pedidos. Emitir partidas de abastecimiento a los agentes basados en la comunidad de acuerdo a sus pedidos.
- Notificar al coordinador del programa de planificación familiar o al encargado de insumos sanitarios (habitualmente a nivel del distrito) y hacer los pedidos usando el o los formularios correspondientes para las notificaciones y los pedidos. La cantidad que se ordena es la cantidad que hará que el inventario coincida con las expectativas de necesidades hasta recibir la orden siguiente. (Deberá hacerse un plan por adelantado para hacer pedidos de emergencia o restitución de préstamos de suministros de dependencias vecinas ante un incremento repentino en la demanda, frente a la posibilidad de que se acabe el inventario, o que haya grandes pérdidas, por ejemplo, si se inunda un depósito.)
- Recibir los suministros de anticonceptivos solicitados del farmacéutico clínico u otra persona apropiada en la cadena de abastecimiento. Hay que cotejar lo que se recibe con lo que se había encargado.

APENDICE A

Eficacia de los Anticonceptivos

Tasas de Embarazos no Deseados cada 100 Mujeres

Método de planificación familiar	Tasas de Embarazo Primer Año (Trussell[a])		Tasa de Embarazo 12 meses (Cleland & Ali[b])
	Uso consistente y correcto	Como se lo usa comunmente	Como se lo usa comunmente
Implantes	0.05	0.05	
Vasectomia	0.1	0.15	
DIU de Levonorgestrel	0.2	0.2	
Esterilización femenina	0.5	0.5	
DIU de cobre	0.6	0.8	2
MELA (para 6 meses)	0.9[c]	2[c]	
Inyectables mensuales	0.05	3	
Inyectables de progestina sola	0.3	3	2
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7
Píldoras de progestina sola	0.3	8	
Parche combinado	0.3	8	
Anillo vaginal combinado	0.3	8	
Condones masculinos	2	15	10
Método de la ovulación	3		
Método de los Dos días	4		
Método de los Días Estándar	5		
Diafragma con espermicidas	6	16	
Condones 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

Clave

- 0–0.9 — Muy efeicaz
- 1–9 — Eficaz
- 10–25 — Moderadamente eficaz
- 26–32 — Menos eficaz

[a] Tasas fundamentalmente de los Estados Unidos. Fuente: Trussell J. Contraceptive efficacy. En: Hatcher R y col., editores. Contraceptive technology. 19th revised ed. 2007 (en imprenta). Las tasas para los inyectables mensuales y capuchones cervicales son de Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89–96.

[b] Tasas para países en desarrollo. Fuente: Cleland J y Ali MM. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004; 104(2): 31 4–320.

[c] La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de 4 estudios clínicos citados en Trussell (2007). La tasa para MELA como es usada comúnmente es de Kennedy KI y col., Consensus statement: Lactational amenorrhea method for family planning. International Journal of Gynecology and Obstetrics. 1 996;54(1): 55–57.

[d] Tasa de embarazo para mujeres que tuvieron partos.

[e] Tasa de embarazo para mujeres que nunca tuvieron partos.

APENDICE B

Signos y Síntomas de Patologías Graves de la Salud

La siguiente tabla enumera los signos y síntomas de algunas patologías graves de la salud. Estas patologías se mencionan bajo Riesgos a la Salud o Manejo de Problemas en los capítulos de los métodos anticonceptivos. Se trata de patologías raras o extremadamente raras entre usuarias del método. En general también son raras entre personas en edad de procrear. Aún así, es importante reconocer sus posibles signos y emprender acciones o derivar a la usuaria que las relate para su atención. En algunos casos, las pacientes que desarrollen alguna de estas patologías tendrán que elegir otro método anticonceptivo.

Patología	Descripción	Signos y Síntomas
Trombosis de venas profundas	Coágulo sanguíneo que se desarrolla en las venas profundas del cuerpo, generalmente en las piernas	Dolor severo y persistente en una pierna, a veces con hinchazón o piel enrojecida.
Embarazo ectópico	Embarazo en el que el óvulo fertilizado se implanta en tejido fuera del útero, habitualmente en las trompas de Falopio, pero, a veces en el cérvix o en la cavidad abdominal	En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden estar ausentes o ser leves, pero eventualmente se vuelven severos. Una combinación de estos signos y síntomas debe aumentar la sospecha de embarazo ectópico: • Dolorimiento o dolor abdominal inusual • Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación—en especial si constituye un cambio de sus patrones usuales de sangrado • Vahídos o mareos • Desvanecimiento
Ataque cardíaco	Ocurre cuando se bloquea el suministro de sangre al corazón, generalmente debido a una acumulación de colesterol y otras sustancias en las arterias coronarias	Molestia en el pecho o presión incómoda; sensación de opresión o dolor en el medio del pecho que dura más que unos pocos minutos o que viene y va; dolor irradiado o sensación de zona "dormida" en uno o ambos brazos, espalda, mandíbula, o estómago; falta de aire; sudores fríos; náuseas.

Patología	Descripción	Signos y Síntomas
Trastornos hepáticos	La infección con el virus de hepatitis inflama el hígado; la cirrosis produce cicatrices del tejido, bloqueando la sangre que fluye por el hígado	Coloración amarillenta de ojos o piel (ictericia) y distensión abdominal, dolorimiento o dolor, en especial en la parte alta del abdomen.
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)	Infección del tracto genital superior, causada por diversos tipos de bacterias	Dolor en el abdomen bajo; dolor durante el sexo, el examen pélvico, o al orinar; sangrado vaginal anormal o flujo; fiebre; sangrado a la palpación del cérvix. En el examen pélvico, los signos de EIP incluyen dolorimiento de los ovarios o las trompas de Falopio, flujo cervical amarillento que contiene mucus y pus, sangrado fácil al tacto del cérvix con el hisopo, o prueba del hisopo positiva y dolor al movilizar el cérvix o útero durante el examen pélvico.
Embolia pulmonar	Un coágulo sanguíneo que llega a los pulmones por el torrente sanguíneo	Falta de aire repentina, que puede empeorar con la aspiración profunda, tos que puede presentar sangrado, taquicardia y sensación de mareo.
Ruptura de embarazo ectópico	Rotura de la trompa de Falopio por causa de un embarazo ectópico	Dolor repentino o dolor punzante en el bajo abdomen, a veces de un lado. Posible dolor en el hombro derecho. Generalmente, en pocas horas, el abdomen se vuelve rígido y la mujer entra en shock.
Reacción alérgica severa al látex	El organismo de una persona tiene una reacción severa al contacto con el látex	Erupción en buena parte del cuerpo, mareos causados por un repentino descenso de la presión arterial, dificultad respiratoria, pérdida de conciencia (shock anafiláctico).
Accidente cerebro-vascular	Se bloquean o estallan arterias del cerebro, impidiendo el flujo normal de la sangre y llevando a la muerte del tejido cerebral	Repentino entumecimiento o debilidad de cara, brazo o pierna, especialmente de un lado del cuerpo; confusión o dificultad al hablar o para comprender; dificultad para ver con uno o los dos ojos; dificultad para caminar, mareos, pérdida de equilibrio o de la coordinación; cefalea severa sin otra causa conocida. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.
Síndrome de shock tóxico	Reacción severa en todo el cuerpo a las toxinas liberadas por las bacteria	Fiebre alta, erupción en el cuerpo, vómitos, diarrea, mareos, dolores musculares. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.

APENDICE C

Patologías Médicas que Hacen Especialmente Riesgoso el Embarazo

Algunas patologías médicas comunes tornan más riesgoso el embarazo para la salud de la mujer. La eficacia del método anticonceptivo tiene, por tanto, especial importancia. Para ver una comparación de la eficacia de los métodos de planificación familiar, en Eficacia de la Anticoncepción, p. 319.

La eficacia de algunos métodos depende más de la usuaria que de otros factores. En general, los métodos que requieren un correcto uso con cada acto sexual o abstención en los días fértiles son los métodos menos eficaces, tal como son utilizados comúnmente:

- Espermicidas
- Retiro
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
- Capuchones cervicales
- Diafragmas
- Condones femeninos
- Condones masculinos

Si una mujer relata tener alguna de las patologías comunes enumeradas debajo:

- Deberá informársele que el embarazo puede ser especialmente riesgoso para su salud y en algunos casos, para la salud del bebé.
- Durante el asesoramiento, dedique especial atención a la eficacia de los métodos. Las usuarias que estén considerando un método que requiera un correcto uso en cada acto sexual deberían pensar cuidadosamente si lo pueden usar con eficacia.

Infecciones y Transtornos del Aparato Reproductor

- Cáncer de mama
- Cáncer endometrial
- Cáncer de ovario
- Algunas infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia)
- Algunas infecciones vaginales (vaginosis bacteriana)

Enfermedad Cardiovascular

- Hipertensión (presión arterial sistólica de más de 160 mm Hg o presión arterial diastólica de más de 100 mm Hg)
- Valvulopatía complicada
- Cardiopatía isquémica (enfermedad cardíaca por estenosis arterial)
- Accidente cerebrovascular

Otras Infecciones

- VIH/SIDA (ver Infecciones de Transmisión Sexual, Incluyendo VIH, Pregunta 9, p. 287)
- Tuberculosis
- Esquistomatosis con fibrosis hepática

Patologías Endócrinas

- Diabetes insulinodependiente, con daño a las arterias, riñones, ojos, o sistema nervioso (nefropatía, retinopatía, neuropatía), o de más de 20 años de duración

Anemias

- Anemia falciforme

Patologías Gastrointestinales

- Cirrosis hepática severa (descompensada)
- Tumores malignos (cánceres) hepáticos (hepatoma)

APENDICE D

Criterios Médicos de Elegibilidad Para el Uso de Anticonceptivos

La tabla de las siguientes páginas resume los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud. Estos criterios son la base para las listas de verificación de los Criterios Médicos de Elegibilidad contenidas en los capítulos 1 al 19.

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	

Nota: En la tabla que comienza en la siguiente página, las patologías de las categorías 3 y 4 se encuentran sombreadas para indicar que no se debe suministrar el método cuando el juicio clínico es limitado.

Para vasectomía, condones masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y método de amenorrea de lactancia, ver p. 333. Para métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, ver p. 334.

Categorías para Esterilización Femenina

Acepta (A)	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta patología y circunstancias.
Precaución (C)	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 (S)	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 de decidir el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar o si se demora por algún motivo.

= Usa el método
= No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
— = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
CARACTERISTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS										
Embarazo	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	4	4	D
Edad	Menarca a < 40 años			Menarca a < 18 años				Menarca a < 20 años		Juventud
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	C
	≥ 40 años			18 to 45 años				≥ 20 años		
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	
				> 45						
				1	2	1	—			
Paridad										
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Para (tuvo partos)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Lactancia										
< 6 semanas postparto	4	4	4	3[a]	3[a]	3[a]	1	b	b	*
≥ 6 semanas a < 6 meses postparto (básicamente amamantando)	3	3	3	1	1	1	1	b	b	A
≥ 6 meses postparto	2	2	2	1	1	1	1	b	b	A
Postparto (no amamantando)										
< 21 días	3	3	3	1	1	1	—	b	b	*
≥ 21 días	1	1	1	1	1	1	—	b	b	
Postaborto										
Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	
Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2	*
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	1	—	4	4	
Embarazo ectópico pasado	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
Antecedentes de cirugía pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C*

(Continúa)

* Para patologías adicionales vinculadas con los anticonceptivos orales de emergencia y la esterilización femenina, ver p. 332.

[a] En condiciones en los que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible a mujeres en lactancia inmediatamente postparto

[b] Uso del DIU postparto: Para mujeres en lactancia y mujeres que no están amamantando, la colocación del DIU a <48 horas es categoría 2 para el DIU de cobre y categoría 3 para el DIU de levonorgestrel. Para ambos DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas es categoría 3; ≥4 semanas, categoría 1; sepsis puerperal, categoría 4

= Usa el método = No usa el método I = Inicio del método C = Continuación del método — = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método NA = No aplica **Patología**	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Fumadora										
Edad < 35 años	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Edad ≥ 35 años										
<15 cigarillos/día	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarillos/día	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Obesidad										
≥ 30 kg/m² índice de masa corporal	2	2	2	1	1	1	—	1	1	C
Presión arterial no disponible	NA[c]	NA[c]	NA[c]	NA[c]	NA[c]	NA[c]	—	NA	NA	NA
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR										
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovasuclar arterial (edad, mayor, tabaquismo, diabetes, e hipertensión)	3/4[d]	3/4[d]	3/4[d]	2	3	2	—	1	2	S
Hipertensión[e]										
Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la presión arterial (incluyendo hipertensión en embarazo)	3	3	3	2[c]	2[c]	2[c]	—	1	2	NA
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la presión arterial	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C
Presión arterial elevada										
Sistólica 140–159 o diastólica 90–99	3	3	3	1	2	1	—	1	1	C[f]
Sistólica ≥ 160 o diastolica ≥ 100[g]	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S[f]

[c] IEn condiciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad del embarazo son altos y este método es uno de los pocos anticonceptivos ampliamente disponibles, no deberá negársele el acceso a la mujer solamente porque no se le puede medir la presión arterial.

[d] Cuando existan múltiples factores mayores de riesgo, cualquiera de los cuales por sí solo podría incrementar sustancialmente el riesgo de enfermedad cardiovascular, el uso del método podría incrementar su riesgo hasta un nivel inaceptable. Sin embargo, no se pretende una simple suma de categorías para múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, una combinación de factores asignada a la categoría 2 podría no necesariamente garantizar una categoría superior.

[e] Asumiendo que no existen otros factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. Una única lectura de presión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

[f] La presión arterial elevada debería controlarse antes del procedimiento y monitorearse durante el mismo.

[g] Esta patología puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. La mujer deberá ser advertida que debido a las tasas de embarazo relativamente más altas, del modo que son utilizados comúnmente, los espermicidas, retiro, métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, capuchones cervicales, diafragmas, o condones masculinos o femeninos pueden no ser la opción más apropiada.

= Usa el método
= No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
— = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	—	1	2	S
Antecedentes de hipertensión en el embarazo (donde la presión arterial actual es mensurable y normal)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Trombosis venosa profunda (TVP)/ **Embolia pulmonar** (EP)										
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A
TVP/EP actual	4	4	4	3	3	3	*	1	3	D
Antecedentes familiares de TVP/EP (parientes de primer grado)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A
Cirugía mayor										
Con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D
Sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Mutaciones trombogénicas conocidas (ej. Factor V Leiden, Mutación de protrombina; Deficiencias de Proteína S, Proteína C y de antitrombinas)[g]	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A
Trombosis venosa superficial										
Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Trombosis superficial	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Cardiopatía isquémica[g]				I C		I C			I C	
Actual	4	4	4	2 3	3	2 3	*	1	2 3	D
Antecedentes de										C
Accidente CV (antecedentes de accidente cerebrovascular)[g]	4	4	4	2 3	3	2 3	*	1	2	C
Hiperlipidemias conocidas	2/3[h]	2/3[h]	2/3[h]	2	2	2	—	1	2	A

(Continúa)

[h] Evaluar de acuerdo al tipo y severidad de la hiperlipidemia y la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular.

= Usa el método = No usa el método I = Inicio del método C = Continuación del método — = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método NA = No aplica **Patología**	Anticonceptivos orales combinados		Inyectables mensuales		Parche combinado y anillo vaginal combinado		Píldoras de progestina sola		Inyectables de progestina sola		Implantes		Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel		Esterilización femenina*
Valvulopatía																	
No complicada	2		2		2		1		1		1		—	1	1		C[i]
Complicada (hipertensión pulmonar, fibrilación auricular, antecedentes de la endocarditis bacteriana subaguda)[g]	4		4		4		1		1		1		—	2[i]	2[i]		S*
PATOLOGÍA NEUROLÓGICA																	
Cefaleas[j]	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C	
No migrañosas (leves o severas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	A
Migraña													2				
Sin aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C			I	C	
Edad < 35	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Edad ≥ 35	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	—	1	2	2	A
Con aura a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1	2	3	A
Epilepsia	1[k]		1[k]		1[k]		1[k]		1[k]		1[k]		—	1	1		C
TRASTORNOS DEPRESIVOS																	
Trastornos depresivoss	1[l]		1[l]		1[l]		1[l]		1[l]		1[l]		—	1	1[l]		C
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR																	
Patrones de sangrado vaginal															I	C	
Patrón irregular sin sangrado profuso	1		1		1		2		2		2		—	1	1	1	A
Sangrado profuso o prolongado (incluyendo patrones regulares e irregulares)	1		1		1		2		2		2		—	2	1	2	A
Sangrado vaginal inexplicado (sospechoso de una afección grave), antes de la evaluación	2		2		2		2		3		3		—	I / 4	C / 2	I / 4	C / 2	D
Endometriosis	1		1		1		1		1		1		—	2	1		S
Tumores benignos de ovario (incluyendo quistes)	1		1		1		1		1		1		—	1	1		A
Dismenorrea severa	1		1		1		1		1		1		—	2	1		A
Enfermedad trofoblástica																	
Benigna	1		1		1		1		1		1		—	3	3		A

[i] Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.
[j] Categoría para mujeres sin otros factores de riesgo de accidente cerebrovascular.
[k] Si está tomando anticonvulsivantes, referirse a la sección sobre interacciones medicamentosas, p. 332.
[l] Ciertas medicaciones pueden interactuar con el método, reduciendo su eficacia.

= Usa el método
= No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
= Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Maligna[g]	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Neoplasia intraepitelial cervical (CIN)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A
Cáncer cervical (tratamiento en espera)	2	2	2	1	2	2	—	I C 4 2	I C 4 2	D
Enfermedad mamaria										
Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Antecedente familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cáncer de mama										
En curso[g]	4	4	4	4	4	4	—	1	4	C
Pasado, sin evidencia de enfermedad por un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A
Cáncer endometrial [g]	1	1	1	1	1	1	—	I C 4 2	I C 4 2	D
Cáncer de ovario [g]	1	1	1	1	1	1	—	3 2	3 2	D
Fibroma uterino										
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	C
Anomalías anatómicas										
Cavidad uterina alterada	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
Otras anomalías sin distorsión de la cavidad uterina ni interferencia con la colocación del DIU (incluyendo estenosis cervical o laceraciones)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)										
EIP pasada (se supone que no hay factores de riesgo para ITS)								I C	I C	
Con embarazo posteriormente	1	1	1	1	1	1	—	1 1	1 1	A

(Continúa)

[m]Trate la EIP usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de retirar el DIU si la paciente desea seguir usándolo

	= Usa el método = No usa el método I = Inicio del método C = Continuación del método — = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método NA = No aplica **Patología**	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre		Dispositivo intrauterino de levonorgestrel		Esterilización femenina*
	Sin subsiguiente embarazo	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	C
	EIP en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2[m]	4	2[m]	D
Infecciones de transmisión sexual (ITS)[g]									**I**	**C**	**I**	**C**	
	Cervicitis purulenta, clamidia, o gonorrea en curso	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D
	Otras ITS (excluyendo VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
	Vaginitis (incluyendo tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
	Riesgo incrementado de ITS	1	1	1	1	1	1	—	2/3[n]	2	2/3[n]	2	A
VIH / SIDA [g]													
									I	**C**	**I**	**C**	
	Riesgo alto de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
	Infectada de VIH	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
	SIDA	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	S[o]
	En terapia antiretroviral	2	2	2	2	2	2	—	2/3[p]	2	2/3[p]	2	S[o]
OTRAS INFECCIONES													
Esquistosomiasis													
	Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
	Fibrosis hepática (si es severa, ver cirrosis en página siguiente)[g]	1	1	1	1	1	1	—	1		1		C
Tuberculosis[g]									**I**	**C**	**I**	**C**	
	No pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
	Pélvica conocida	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4	3	S
Malaria		1	1	1	1	1	1	—	1		1		A
PATOLOGIAS ENDOCRINAS													
Diabetes													
	Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1		1		A[q]

[n] La patología es categoría 3 si la mujer tiene una muy alta probabilidad individual a la exposición a gonorrea o clamidia.

[o] La presencia de una enfermedad conexa con el SIDA puede requerir una postergación del procedimiento.

[p] El SIDA es categoría 2 para la colocación para los que están bien en su terapia antiretroviral; de no ser así es categoría 3 para la colocación.

[q] Si la glicemia no está bien controlada, se recomienda derivar a un servicio de nivel superior.

= Usa el método
= No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
— = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Diabetes no vascular										
No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C[i,q]
Insulino dependiente[g]	2	2	2	2	2	2	—	1	2	C[i,q]
Diabetes (continúa)										
Con daño en riñones, ojos, o sistema nervioso[g]	3/4[r]	3/4[r]	3/4[r]	2	3	2	—	1	2	S
Otra patología vascular o diabetes de >20 años de duración n[g]	3/4[r]	3/4[r]	3/4[r]	2	3	2	—	1	2	S
Trastornos de tiroides										
Bocio simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	S
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C
PATOLOGÍAS GASTROINTESTINALESS										
Patología de vesícula										
Sintomática										
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
En curso	3	2	3	2	2	2	—	1	2	D
Asintomática	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Antecedentes de colestasis										
Vinculada al embarazo	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Relacionada con anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hepatitis viral										
Activa	4	3/4[r,s]	4[s]	3	3	3	2	1	3	D
Portadora	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cirrosis										
Leve (compensada)	3	2	3	2	2	2	—	1	2	C[t]
Severa (descompensada)[g]	4	3	4	3	3	3	—	1	3	S

(Continúa)

[r] Evaluar de acuerdo a la severidad de la patología.

[s] En mujeres con hepatitis viral sintomática, postergue este método hasta que el hígado restablezca su funcionamiento normal o 3 meses después de que la mujer se torne asintomática, lo que ocurra primero.

[t] Debe evaluarse la función hepática.

= Usa el método
= No usa el método
I = Inicio del método
C = Continuación del método
— = Patología no enumerada, no afecta la elegibilidad del método
NA = No aplica

Patología	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestina sola	Inyectables de progestina sola	Implantes	Anticonceptivos orales de emergencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
Tumores hepáticos										
Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	—	1	3	C[t]
Maligno (hepatoma) [g]	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	C[t]
ANEMIAS										
Talasemia	1	1	1	1	1	1	—	2	1	C
Anemia falciforme [g]	2	2	2	1	1	1	—	2	1	C
Anemia por deficiencia de hierro	1	1	1	1	1	1	—	2	1	D/C[u]
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS										
Medicamentos que afectan las enzimas hepáticas										
Rifampicina	3[l]	2	3[l]	3[l]	2	3[l]	—	1	1	—
Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3[l]	2	3[l]	3[l]	2	3[l]	—	1	1	—
Antibióticos (excluyendo la rifampicina)										
Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	—	1	1	—
Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—

[u] Para hemoglobina < 7 g/dl, postergar. Para la hemoglobina ≥ 7 to < 10 g/dl, cautela.

Patologías y condiciones adicionales vinculadas con los anticonceptivos de emergencia:

Categoría 1: Uso repetido; violación.

Categoría 2: Antecedentes de complicaciones cardiovasculares severas (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, u otras patologías tromboembólicas y angina de pecho).

Patologías adicionales vinculadas con esterilización femenina:

Cautela: Hernia diafragmática; nefropatía; deficiencias nutricionales severas; cirugía abdominal o pélvica previa; concomitante con cirugía de elección.

Demora: Infección de piel abdominal; enfermedad respiratoria aguda (bronquitis, neumonía); infección sistémica o gastroenteritis; cirugía de emergencia (sin asesoramiento previo); cirugía por una patología infecciosa; ciertas patologías postparto (7 a 41 días después del parto); eclampsia/preeclampsia severa; ruptura prolongada de membranas (24 horas o más); fiebre durante o inmediatamente después del parto; sepsis posterior al parto; hemorragia severa; trauma severo en el tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del parto); ciertas afecciones postaborto (sepsis, fiebre, o hemorragia severa; trauma severo en el tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del aborto; hematometra aguda); endocarditis bacteriana subaguda; fibrilación auricular no controlada.

Preparativos especiales: Trastornos coagulatorios; asma crónica, bronquitis, enfisema, o infección pulmonar; útero fijo debido a cirugía previa o infección; hernia umbilical o de la pared abdominal; ruptura o perforación uterina postparto; perforación uterina postaborto.

Patologías y condiciones vinculadas con la vasectomía:

Sin consideraciones especiales: Alto riesgo de VIH, infectada con VIH, enfermedad falciforme.

Cautela: Juventud; trastornos depresivos; diabetes; herida escrotal previa; varicocele o hidrocele de gran tamaño; criptorquidia (puede requerir derivación).

Demora: ITS activa (excluyendo VIH y hepatitis); infección de la piel escrotal; balanitis; epididimitis u orquitis; infección sistémica o gastroenteritis; filariasis; elefantiasis; tumoración intraescrotal.

Preparativos especiales: SIDA (enfermedades vinculadas con el SIDA pueden requerir postergación); trastornos de la coagulación; hernia inguinal.

Patologías vinculadas con los condones masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicales y el método de la amenorrea de lactancia (MELA):

Todas las otras patologías enumeradas en las páginas previas que no aparecen aquí son una categoría 1 o No corresponden para condones masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, y capuchones cervicales y no enumeradas en los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Método de Amenorrea de Lactancia.

= Usa el método
= No usa el método
— = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método
NA = No aplica

Patología	Condones masculinos y femeninos	Espermicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia*
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS					
Paridad					
Nulípara (no tuvo partos)	1	1	1	1	—
Para (tuvo partos)	1	1	2	2	—
< 6 semanas posparto	1	1	NA[v]	NA[v]	—
PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR					
Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda)[g]	1	1	2	2	—
TRASTORNOS E INFECCIONES DEL TRACTO REPRODUCTIVO					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Cáncer cervical	1	2	1	4	—
Anomalías anatómicas	1	1	NA[w]	NA[x]	—
VIH / SIDA[g]					
Riesgo alto de VIH	1	4	3	3	—
Infectada de VIH	1	4	3	3	C[y]
SIDA	1	4	3	3	C[y]

(Continúa)

[v] Espere para ajustar/usar hasta que la involución uterina esté completa.

[w] El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolapso uterino.

[x] El uso del capuchón no es apropiado para una paciente con una anatomía cervical severamente distorsionada.

[y] Las mujeres con VIH/SIDA deberían evitar amamantar si la alimentación sustituta es asequible, viable, aceptable, sostenible y segura. De otro modo, se recomienda la lactancia exclusiva durante los primeros 6 meses de vida del bebé y debería discontinuarse luego por un período de 2 días a 3 semanas.

= Usa el método = No usa el método — = Patología no enumerada. No afecta la elegibilidad para el método NA = No aplica **Patología**	Condones masculinos y femeninos	Espermicidas	Diafragmas	Capuchones cervicales	Método de amenorrea de lactancia**
OTRAS					
Antecedentes de síndrome de shock tóxico	1	1	3	3	—
Infección del tracto urinario	1	1	2	2	—
Alergia al látex [z]	3	1	3	3	—

[z] No es aplicable a condones, diafragmas y capuchones cervicales de plástico.

**Patologías adicionales vinculadas al método de lactancia de amenorrea:

Medicación usada durante la lactancia: Para proteger la salud del bebé, no se recomienda la lactancia para mujeres que utilizan medicamentos tales como antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (dosis altas), ciclosporina, ergotamina, litio, medicamentos que alteran el humor, medicamentos radioactivos y reserpina.

Patologías que afectan al recién nacido y pueden dificultar la lactancia: Deformidades congénitas de la boca, mandíbula, o paladar; recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros y que requieren cuidados intensivos y algunos trastornos metabólicos.

Patologías vinculadas a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

A = Acepta C = Cautela D = Demora **Patología**	Métodos basados en los síntomas	Métodos basados en el calendario
Edad: post menarca o perimenopausia	C	C
Amamantando<6 semanas posparto	D	D[aa]
Amamantando≥6 semanas posparto	C[bb]	D[bb]
Posparto, no amamantando	D[cc]	D[aa]
Postaborto	C	D[dd]
Sangrado vaginal irregular	D	D
Flujo vaginal	D	A
Toma medicamentos que afectan la regularidad del ciclo, hormonas y/o signos de fertilidad	D/C[ee]	D/C[ee]
Enfermedades que elevan la temperatura corporal		
Aguda	D	A
Crónica	C	A

[aa] Postergue hasta que la mujer tenga 3 ciclos menstruales regulares.

[bb] Cautela tras el retorno de sangrado menstrual o secreciones normales (en general por lo menos 6 semanas después del parto).

[cc] Postergue hasta que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (en general < 4 semanas postparto).

[dd] Postergue hasta que la mujer tenga un ciclo menstrual regular.

[ee] Postergue hasta que se determine el efecto del medicamento, luego use cautela.

Glosario

Aborto espontáneo Ver **pérdida de embarazo.**

Aborto séptico Aborto inducido o **espontáneo** que implica infección.

Absceso Acúmulo de **pus** rodeado de inflamación, provocado por una infección bacteriana y acompañado de dolor persistente.

Accidente cerebro vascular Ver Accidente cerebro vascular, Apéndice B, p. 321.

Alergia al látex Reacción que presenta el organismo al contacto con el látex, incluyendo persistencia o recurrencia de rubor, prurito o hinchazón. En casos extremos puede llevar al choque o shock anafiláctico (ver Reacción alérgica severa al látex, Apéndice B, p. 321).

Amenorrea Ver **sangrado vaginal.**

Anemia Condición en la que el cuerpo carece de la **hemoglobina** adecuada, habitualmente a causa de una deficiencia de hierro o una pérdida excesiva de sangre. Como resultado, los tejidos no reciben el oxígeno adecuado.

Anemia falciforme, enfermedad falciforme Forma hereditaria y crónica de **anemia.** Los glóbulos adoptan una forma anormal con aspecto de hoz o media luna, al faltarles oxígeno.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) Clase de medicamentos usados para reducir el dolor, la fiebre y la hinchazón.

Ataque al corazón Ver Ataque al corazón, Apéndice B, p. 320. Ver también **enfermedad cardíaca isquémica.**

Aura Ver **aura migrañosa.**

Aura migrañosa Trastorno del sistema nervioso que afecta la vista y algunas veces el tacto y el habla (ver Identificación de Cefaleas y Auras Migrañosas, p. 368).

Balanitis Inflamación de la punta del **pene.**

Bocio Agrandamiento no canceroso de la tiroides.

Cáncer cervical Proliferación maligna (cancerosa) que aparece en el **cérvix,** habitualmente debida a una infección persistente con ciertos tipos de **papilomavirus humano.**

Cáncer de mama Crecimiento maligno (canceroso) que crece en tejido mamario.

Cáncer endometrial Proliferación maligna (cancerosa) del revestimiento del **útero.**

Candidiasis Infección vaginal común provocada por un hongo del tipo de las levaduras. Se la conoce también como infección por levadura o muguet. No es una infección de transmisión sexual.

Cardiopatía isquémica, isquemia La isquemia es la condición producida por un flujo sanguíneo reducido a los tejidos. Cuando este flujo reducido es en las arterias del corazón, da lugar a una cardiopatía isquémica.

Cefalea migrañosa Tipo de cefalea severa y recurrente (ver Identificación de cefaleas y auras migrañosas, p. 368).

Cervicitis Ver **cervicitis purulenta.**

Cervicitis purulenta Inflamación del **cérvix** que se acompaña de una secreción con aspecto **purulento.** A menudo indica infección con gonorrea o clamidia.

Cérvix Porción inferior del **útero** que se extiende hasta la parte superior de la **vagina** (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Chancroide **Infección de transmisión sexual** provocada por una bacteria, que produce una úlcera en los genitales.

Ciclo menstrual Serie repetida de modificaciones en los **ovarios** y **endometrio** entre las que se incluyen **ovulación** y **sangrado menstrual.** La mayoría de las mujeres tienen ciclos que duran entre 24 y 35 días cada uno (ver El Ciclo Menstrual, p. 366).

Cirrosis (del hígado) Ver Trastornos hepáticos, Apéndice B, p. 321.

Clamidia **Infección de transmisión sexual** provocada por una bacteria. De no ser tratada puede producir infertilidad.

Coito Ver **sexo.**

Colecistectomía Remoción quirúrgica de la vesícula.

Colestasis Reducción del flujo de la bilis secretada por el hígado.

Conductos deferentes 2 tubos musculares que transportan **espermatozoides** desde los **testículos** a las **vesículas seminales.** Estos conductos se seccionan o se bloquean duran la vasectomía (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Cordón espermático Cordón que consiste en los **conductos deferentes,** arterias, venas, nervios, y vasos linfáticos que pasan de la ingle hacia abajo, a la parte posterior de cada **testículo** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Criptorquidia Falla en el descenso de uno o ambos **testículos** al **escroto** después del nacimiento.

Densidad ósea Medida de la densidad y fortaleza de un hueso. Cuando el hueso antiguo se degrada con una velocidad mayor a la velocidad en la que se forma hueso nuevo, los huesos se hacen menos densos, aumentando el riesgo de fracturas.

Depresión Afección mental habitualmente caracterizada por melancolía, desesperanza y algunas veces cansancio o agitación extremos.

Descontaminar (equipo médico) Eliminar los gérmenes infecciosos de los instrumentos, guantes y otros objetos para hacerlos más seguros para la gente que los limpia.

Desinfección Ver **desinfección de alto nivel.**

Desinfección de alto nivel (instrumentos médicos) Proceso destinado a destruir todos los gérmenes, pero que no logra destruir algunas formas de bacterias. Comparar con **esterilizar.**

Eclampsia Patología de fines del embarazo, trabajo de parto y el período inmediatamente previo al parto, caracterizado por convulsiones. En casos graves, a veces va seguido de coma y muerte.

Ectropion cervical Afección no grave en la que las células productoras de mucus presentes en el canal cervical comienzan a proliferar en el área que rodea el orificio del **cérvix.**

Elección informada Decisión tomada libremente en base a información clara, exacta y pertinente. Es una de las metas del asesoramiento de planificación familiar.

Elefantiasis Hinchazón y endurecimiento a menudo extremos de la piel y tejido inmediatamente por debajo de ésta, especialmente de las piernas y **escroto,** por obstrucción del sistema linfático (ver **filariasis).**

Embarazo ectópico Ver Embarazo ectópico, Apéndice B, p. 320.

Embolismo pulmonar Ver Embolismo pulmonar, Apéndice B, p. 321.

Embrión Producto de la fertilización de un **óvulo** por parte de un **espermatozoide** en el transcurso de las primeras 8 semanas de desarrollo.

Endocarditis bacteriana Infección que ocurre cuando bacterias presentes en el torrente sanguíneo colonizan tejidos o válvulas cardíacas.

Endometrio Membrana que recubre la superficie interna del **útero.** Se engrosa y se descama una vez al mes, provocando el **sangrado mensual.** Durante el embarazo, este revestimiento no se descama, sino que sufre modificaciones y produce hormonas, ayudando a dar soporte al embarazo (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Endometriosis Patología en la que el tejido del **endometrio** crece fuera del **útero.** El tejido puede adherirse a los órganos reproductores o a otros órganos de la cavidad abdominal. Puede producir dolor pelviano y alterar la fertilidad.

Enfermedad benigna de mama Crecimiento de tejido mamario anormal pero no canceroso.

Enfermedad cardiovascular Toda enfermedad del corazón, vasos sanguíneos o circulación sanguínea.

Enfermedad cerebrovascular Toda enfermedad de los vasos sanguíneos del cerebro.

Enfermedades de la vesícula Condiciones que afectan la vesícula, un saco ubicado bajo el hígado, que almacena la bilis necesaria para la digestión de las grasas. Pueden incluir inflamación, infección, u obstrucción, cáncer de vesícula, o cálculos vesiculares (cuando los componentes de la bilis se solidifican dentro del órgano).

Enfermedad hepática Incluye tumores, **hepatitis y cirrosis.**

Enfermedad inflamatoria pélvica Ver Enfermedad inflamatoria pélvica, Apéndice B, p. 321.

Enfermedad tiroidea Cualquier enfermedad de la tiroides (ver **hipertiroidismo, hipotiroidismo).**

Enfermedad trofoblástica Ver **enfermedad trofoblástica gestacional.**

Enfermedad trofoblástica gestacional Enfermedad que se presenta durante el embarazo y que incluye proliferación celular anormal del trofoblasto, la capa más externa de las células del **embrión en desarrollo,** que se transforma en la **placenta.**

Enfermedad vascular Cualquier enfermedad de los vasos sanguíneos.

Epidídimo Conducto espiralado pegado a los **testículos** y apoyado sobre ellos. Los **espermatozoides** en desarrollo llegan a la madurez y adquieren la capacidad de nadar dentro del conducto. Los espermatozoides maduros abandonan el epidídimo a través de los **conductos deferentes** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Epididimitis Inflamación del **epidídimo.**

Epilepsia Trastorno crónico provocado por una función alterada del cerebro. Puede implicar convulsiones.

Escroto Bolsa de piel detrás del **pene** que contiene los **testículos** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Espéculo Instrumento médico utilizado para ampliar un orificio en el cuerpo para ver mejor hacia adentro. Se introduce un espéculo en la vagina para ayudar a ver el cérvix.

Espermatozoide Célula sexual masculina. Los espermatozoides se producen en los **testículos** de un hombre adulto y se mezcla con **semen** en las **vesículas seminales,** siendo liberados durante la **eyaculación** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Esquistosomiasis Enfermedad parasitaria causada por una tenia que habita como huésped en un caracol. Los individuos se infectan al caminar o bañarse en agua contaminada con larvas de los caracoles infectados.

Estenosis cervical El orificio cervical es más estrecho que lo normal.

Esterilización (equipos médicos) Destrucción de todos los gérmenes, incluyendo las esporas que no han sido eliminadas por **desinfección de alto nivel.**

Estrógeno Hormona responsable del desarrollo sexual femenino. Los estrógenos naturales, especialmente la **hormona** estradiol, son secretados por un **folículo** ovárico maduro que rodea al **óvulo.** Asimismo, hay un grupo de medicamentos sintéticos que tienen efectos similares a los del estrógeno natural; algunos se utilizan como componentes de anticonceptivos hormonales.

Expulsión Cuando se produce la salida completa o parcial de su lugar de un implante anticonceptivo o dispositivo intrauterino.

Eyaculación La salida de **semen** del **pene** en el momento del orgasmo masculino.

Fertilización Unión de un **óvulo** con un **espermatozoide.**

Feto El producto de la **fertilización** desde el fin de la 8a semana del embarazo hasta el nacimiento (ver embrión)**.**

Fibrilación auricular Trastorno del ritmo cardíaco en el que las cámaras cardíacas superiores o aurículas se contraen de manera anormal o desorganizada.

Fibroma Ver **fibroma uterino.**

Fibroma uterino Tumor no canceroso que crece en el músculo del **útero.**

Fibrosis Formación excesiva de tejido fibroso, como reacción a un daño tisular.

Filariasis Enfermedad parasitaria crónica provocada por gusanos (filaria). Puede llevar a inflamación y taponamiento de los conductos del sistema linfático y **elefantiasis.**

Folículo Pequeña estructura redondeada en el **ovario,** que contiene un **óvulo** en su interior. Durante la **ovulación** se abre un folículo sobre la superficie del ovario y libera un óvulo maduro.

Gastroenteritis Inflamación del estómago e intestino.

Gonorrea **Infección de transmisión sexual** provocada por una bacteria. De no ser tratada, provoca **infertilidad.**

Hematocrito Porcentaje de glóbulos rojos en la sangre total. Se lo utiliza como medida de **anemia.**

Hematoma Moretón, equímosis o área de decoloración de la piel provocada por la ruptura de vasos sanguíneos debajo la piel.

Hematometra Acúmulo de sangre en el **útero,** que puede ocurrir luego de un aborto espontáneo o inducido.

Hemoglobina El material de los glóbulos rojos que contiene hierro y transporta oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo.

Hepatitis Ver Trastornos hepáticos, Apéndice B, p. 321.

Hernia Proyección de un órgano, parte de un órgano, o cualquier estructura corporal que atraviesa la pared que la contiene normalmente.

Hernia inguinal **hernia** en la ingle.

Herpes Ver **herpes genital.**

Herpes genital Enfermedad provocada por un virus que se contagia por contacto sexual.

Hidrocele Colección de líquido en una cavidad del organismo, especialmente en los **testículos** o a lo largo del **conducto espermático** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Hiperlipidemia Niveles elevados de grasas en la sangre, que aumentan el riesgo de cardiopatía.

Hipertensión **Presión arterial** más alta que lo normal; 140 mm Hg o más (sistólica) o 90 mm Hg o más (diastólica).

Hipertensión pulmonar **Hipertensión** continua de la arteria pulmonar que impide el flujo de sangre del corazón a los pulmones.

Hipertiroidismo Producción excesiva de **hormonas tiroideas.**

Hipotiroidismo Producción insuficiente de **hormonas tiroideas.**

Hormona Sustancia química que se forma en un órgano o parte del cuerpo y que es transportada a otro órgano o parte, donde actúa por acción química. Además, sustancias químicas elaboradas para funcionar como hormonas.

Ictericia Color amarillento anormal de la piel y ojos. Habitualmente es un síntoma de **enfermedad hepática.**

Implantación Anidación del **embrión** en el **endometrio** del **útero,** donde se pone en contacto con el aporte sanguíneo de la mujer para nutrirse.

Infección de transmisión sexual (ITS) Cualquier grupo de infecciones bacterianas, micóticas, virales y parasitarias transmitidas durante la actividad sexual.

Infección por levaduras Ver **candidiasis.**

Infertilidad Incapacidad de una pareja de producir hijos vivos.

Ingurgitación (ingurgitación mamaria) Condición que ocurre durante la lactancia, cuando se acumula en las mamas más leche que la que consume el lactante. Puede hacer que las mamas queden pletóricas, duras, dolorosas y calientes. Se la puede evitar (o aliviar) dando pecho a menudo y a demanda.

Labios Labios mayores y menores de la **vagina,** que protegen a los órganos internos femeninos (ver Anatomía Femenina, p. 365).

Laceración Herida o excoriación de la carne en cualquier lugar del cuerpo, incluyendo el **cérvix** y la **vagina.**

Laceración cervical Ver **laceración.**

Lactancia Alimentación de un lactante con leche producida por las mamas (ver también Método de Amenorrea de la Lactancia, p. 257). Los patrones de lactancia incluyen:

> **Lactancia exclusiva** El lactante recibe solo leche de pecho sin ningún complemento de ningún tipo—ni siquiera agua—excepto tal vez por el agregado de vitaminas, minerales, o medicación.

Lactancia exclusiva El lactante recibe leche casi exclusivamente, pero también agua, jugo, vitaminas, o rara vez otros nutrientes.

Lactancia casi exclusiva Se le da al lactante algo de líquido o alimentos además de la leche de pecho, pero la leche de pecho constituye más de tres cuartos de la alimentación.

Lactancia parcial Cualquier alimentación a pecho menor a lactancia casi exclusiva, dando al lactante más complemento con otros líquidos o alimentos. Menos de tres cuartos de las comidas son mamadas.

Laparoscopía Procedimiento realizado con un laparoscopio.

Laparoscopio Dispositivo que consta de un tubo con lentes para ver el interior de un órgano o cavidad corporal. Se lo utiliza para diagnóstico y en algunos procedimientos de esterilización femenina.

Lesión Área alterada o patológica de la piel u otro tejido del organismo.

Mancha de sangre Ver **sangrado vaginal.**

Mastitis Inflamación del tejido mamario debido a infección que puede provocar fiebre, rubor y dolor.

Medidas preventivas Acciones adoptadas para evitar una enfermedad, como lavado de manos o suministro de medicamentos u otros tratamientos.

Membrana mucosa Membrana que recubre los pasajes y cavidades en el cuerpo que entran en contacto con el aire.

Menarca Comienzo de los ciclos de **sangrado mensual.** Ocurre durante la pubertad, luego que las niñas comienzan a producir **estrógeno** y **progesterona.**

Menopausia Período durante la vida de una mujer en la que los sangrados menstruales se interrumpen de manera permanente. Tiene lugar cuando los **ovarios** de una mujer dejan de producir óvulos. Se considera que una mujer está menopáusica cuando no ha sangrado durante 12 meses.

Menstruación, período menstrual, menstruación Ver **sangrado mensual.**

Método de respaldo Método anticonceptivo que se usa cuando se cometen errores con el uso de un método sostenido de anticoncepción, o para ayudar a asegurar que la mujer no quede embarazada cuando recién comienza a usar un método anticonceptivo. Incluye abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas, y retiro.

Metrorragia Ver **sangrado vaginal.**

Minilaparotomía Técnica de esterilización femenina mediante la cual se accede a las **trompas de Falopio** por una pequeña incisión en el abdomen, a través de la cual se las liga y secciona.

Mucus cervical Líquido espeso que taponea el orificio del **cérvix.** Casi siempre es suficientemente espeso como para evitar que los **espermatozoides** entren al **útero.** Sin embargo, en el medio del **ciclo menstrual,** el mucus se hace acuoso y menos espeso y los espermatozoides pueden pasar más fácilmente.

Mucus vaginal Fluído secretado por glándulas en la **vagina.**

Muguet Ver **candidiasis.**

Mutaciones trombogénicas Cualquiera de varios trastornos genéticos que provocan engrosamiento anormal o coagulación de la sangre.

Nefropatía Enfermedad renal que incluye daño a los pequeños vasos en los riñones, provocados por una diabetes de larga data.

Neoplasia intraepitelial cervical (NIC) Células anormales, precancerosa en el cérvix. Las formas leves desaparecen por sí solas, pero de no ser tratadas, las anomalías más severas avanzan hasta transformarse en un **cáncer cervical**. También recibe el nombre de displasia cervical o lesión precancerosa.

Neuropatía Enfermedad del sistema nervioso, que incluye degeneración nerviosa debida a daño a los pequeños vasos del sistema nervioso, provocados por una diabetes de larga data.

Orquitis Inflamación de un **testículo** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Ovarios Par de glándulas sexuales femeninas que almacenan y liberan óvulo (ver **óvulo)** y producen las **hormonas sexuales estrógeno** y **progesterona** (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Ovulación Liberación de un **óvulo** de un **ovario.**

Óvulo Célula reproductora que compone el huevo, producida por los **ovarios.**

Papilomavirus humano (PVH) Virus frecuente, sumamente contagioso, que se contagia mediante la actividad sexual y contacto piel con piel en el área genital. Hay ciertos subtipos de PVH que son responsables de la mayoría de los casos de **cáncer de cuello uterino;** otros tipos producen **verrugas genitales.**

Parto prematuro Nacimiento que tiene lugar antes de las 37 semanas de embarazo.

Pelvis Estructura esquelética ubicada en la parte inferior del torso humano, que reposa sobre las piernas y da soporte a la columna. En las mujeres también se refiere a la parte hueca de la estructura pélvica ósea a través de la cual pasa el **feto** durante el parto.

Pene Órgano masculino para orinar y el acto sexual (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Pérdida de embarazo Pérdida espontánea del embarazo en el transcurso de las primeras 20 semanas.

Perforación Orificio en la pared de un órgano o el proceso de hacer el orificio, como con un instrumento médico.

Perforación uterina Perforación de la pared del **útero,** que puede ocurrir durante un aborto inducido o al insertar un dispositivo intrauterino.

Placenta Órgano que nutre al **feto** en crecimiento. La placenta se forma durante el embarazo y es expulsada del **útero** a los pocos minutos del nacimiento del bebé.

Posparto Después del parto; las primeras 6 semanas siguientes al parto.

Pre eclampsia **Hipertensión** con exceso de proteína en la orina, o inflamación local o generalizada, o ambos (pero sin convulsiones) tras 20 semanas de embarazo. Puede avanzar a **eclampsia.**

Prepucio Capucha de piel que cubre la punta del **pene** (ver Anatomía Masculina, p. 367)

Presión arterial Fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Por lo general, la presión arterial sistólica normal (bombeo) es inferior a 140 mm Hg y la presión arterial diastólica normal (reposo) es inferior a 90 mm Hg (ver **hipertensión)**

Profilaxis Ver **medidas preventivas.**

Progesterona **Hormona esteroidea** producida por el **ovario** tras la **ovulación.** Prepara el **endometrio** para la **implantación** de un óvulo fertilizado**,** protege el **embrión,** promueve el desarrollo de la **placenta** y ayuda a preparar las mamas para la **lactancia.**

Progestina (progestágeno) Cualquiera de un gran grupo de medicamentos sintéticos que tienen efectos similares a los de la **progesterona.** Algunos son utilizados en los anticonceptivos hormonales.

Próstata Órgano reproductor masculino donde se produce parte del **semen** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Protección doble Evita tanto embarazo como **infecciones de transmisión sexual.**

Pus Líquido blanco-amarillento que se forma en tejido infectado.

Quiste de ovario Saco lleno de líquido que se desarrolla en el **ovario** o en su superficie. Habitualmente desaparece por sí solo, pero puede romperse y provocar dolor y complicaciones.

Retinopatía Enfermedad de la retina (tejido nervioso que reviste la parte posterior del ojo), que incluye daño a los vasos sanguíneos pequeños de la retina, a causa de una diabetes de larga data.

Rotura de embarazo ectópico Ver Rotura de embarazo ectópico, Apéndice B, p. 321.

Rotura prolongada de membranas Ocurre cuando se rompe el saco lleno de líquido que rodea el feto en la mujer embarazada 24 horas o más antes del nacimiento del bebé.

Rotura uterina Desgarro del **útero,** que tiene lugar habitualmente durante el trabajo de parto o el embarazo tardío.

Sangrado vaginal Secreción vaginal sanguinolenta (rosada, roja o marrón) que requiere el uso de protección sanitaria (paños, apósitos, o tampones). Entre los diversos patrones de sangrado vaginal se incluyen:

- **Amenorrea** No hay nada de sangrado en los momentos en los que se espera el sangrado.
- **Mancha de sangre** Descarga de sangre vaginal fuera de los momentos esperados de sangrado, cuya entidad no requiere protección sanitaria.
- **Sangrado de deprivación** Ver **sangrado mensual.**
- **Sangrado infrecuente** Menos de 2 episodios de sangrado en el transcurso de 3 meses.
- **Sangrado intermenstrual** Cualquier sangrado fuera de los momentos en que se espera un sangrado (es decir, fuera del sangrado mensual regular) que requiere el uso de protección sanitaria con apósitos.
- **Sangrado irregular** Sangrado escaso (manchado) y/o intermenstrual que aparece fuera de los momentos en que se esperaría el sangrado (es decir, fuera del sangrado mensual regular).
- **Sangrado mensual** Flujo mensual de líquido sanguinolento proveniente del **útero,** y que sale través de la **vagina** en mujeres adultas. Ocurre entre la **menarca** y la **menopausia.** Asimismo, el flujo mensual de líquido sanguinolento que presentan las mujeres cuando usan anticonceptivos hormonales (sangrado por deprivación).
- **Sangrado menstrual.** Sangrado que tiene lugar durante 3-7 días, cada alrededor de 28 días, en promedio.
- **Sangrado profuso (menorragia)** Sangrado con un volumen que duplica el sangrado habitual de la mujer.
- **Sangrado prolongado** Sangrado que dura más de 8 días.

Semen Líquido blanco y espeso producido por los órganos reproductores del hombre y que sale por el **pene** durante la **eyaculación.** Contiene **espermatozoides,** a no ser que el hombre se haya sometido a una vasectomía.

Sepsis Presencia de diversos gérmenes que forman **pus** y que provocan enfermedad, o las sustancias tóxicas que dichos gérmenes producen y liberan en la sangre o tejidos corporales.

Sepsis puerperal Infección de los órganos del aparato reproductor durante los 42 días siguientes del **postparto** (puerperio).

Sexo, relación sexual Actividad sexual en la que se inserta el pene en una cavidad corporal.

- **anal** Sexo que comprende el ano.
- **oral** Sexo que comprende la boca.
- **vaginal** Sexo que comprende la vagina.

Shock anafiláctico Ver Reacción alérgica severa al látex, Apéndice B, p. 321.

SIDA Ver **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**

Sífilis **Infección de transmisión sexual** provocada por una bacteria. De no ser tratada puede progresar a una infección sistémica, provocando una parálisis general y demencia o se puede transmitir al feto durante el embarazo o el parto.

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) Condición debida a infección con el **virus de inmunodeficiencia humana** (VIH) en la que hay una falla del sistema inmunológico del organismo, quien se torna incapaz de combatir ciertas infecciones.

Síndrome de shock tóxico Ver Síndrome de shock tóxico, Apéndice B, p. 321.

Talasemia Tipo de **anemia** hereditaria**.**

Tampón Tapón de algodón u otro material absorbente utilizado para absorber fluidos, como un tapón que se inserta en la vagina para absorber un flujo sanguinolento durante el **sangrado mensual.**

Testículos Los dos órganos reproductores en el varón, que producen **espermatozoides** y la **hormona** testosterona. Ubicados en el **escroto.** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Terapia antiretroviral (ARV) Grupo de medicamentos usados para el tratamiento de personas con **síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).** Hay varias clases de ARV, que funcionan contra el VIH de maneras diferentes. Los pacientes pueden recibir una combinación de varios fármacos al mismo tiempo.

Trastorno tromboembólico (o enfermedad tromboembólica) Coagulación anormal en el interior de los vasos sanguíneos.

Tricomoniasis **Infección de transmisión sexual** provocada por un protozoario.

Tromboflebitis Inflamación de una vena por la presencia de un coágulo sanguíneo (ver **trombosis).**

Trombosis Formación de un coágulo sanguíneo en el interior de un vaso sanguíneo.

Tromboflebitis superficial Inflamación de una vena justo por debajo de la piel debido a un coágulo sanguíneo.

Trombosis venosa profunda Ver Trombosis venosa profunda, Apéndice B, p. 320.

Trompa de Falopio Uno de un par de conductos delgados que conectan el **útero** a la región de cada **ovario. La fertilización** de un **óvulo** por un **espermatozoide** habitualmente tiene lugar en una de las trompas de Falopio (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Tuberculosis Enfermedad contagiosa provocada por una bacteria. Lo más común es que infecte el aparato respiratorio; también infecta los órganos pelvianos en la mujer y se la conoce entonces como **tuberculosis pelviana.**

Tuberculosis pélvica Infección de los órganos pélvicos provocada por los bacilos de la **tuberculosis** provenientes de los pulmones.

Tumor benigno de ovario Crecimiento no canceroso que se desarrolla sobre o dentro del ovario.

Uretra Conducto a través del cual sale la orina del cuerpo (ver Anatomía Femenina, p. 365 y Anatomía Masculina, p. 367). En los hombres, pasa también **semen** a través de la uretra.

Útero Órgano muscular hueco que aloja al **feto** durante el embarazo. Se lo llama también vientre (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Útero fijo Un **útero** que no puede moverse de su lugar, a menudo como resultado de una **endometriosis,** cirugía previa o infección.

Vagina Canal que une los órganos sexuales externos con el **útero** en las mujeres (ver Anatomía Femenina, p. 364).

Vaginitis Inflamación de la **vagina.** Puede ser debida a infección bacteriana, viral o micótica, o a irritación química. No es una infección de transmisión sexual.

Vaginosis bacteriana Afección común provocada por una proliferación excesiva de bacterias presentes normalmente en la **vagina.** No es una enfermedad de transmisión sexual.

Verrugas genitales Proliferación en la **vulva,** la pared vaginal y el **cérvix** en las mujeres y sobre el **pene** en el hombre. Son provocadas por ciertos tipos de **papilomavirus humano.**

Vesículas seminales Órganos masculinos en los que el **espermatozoide** se mezcla con el **semen** (ver Anatomía Masculina, p. 367).

Vientre Ver **útero.**

VIH Ver **virus de inmunodeficiencia humana.**

Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) El virus que provoca el **síndrome de inmunodeficiencia adquirida** (SIDA).

Vulva Genitales externos femeninos.

Valvulopatía o enfermedad de las válvulas cardíacas Problemas de salud debidos al funcionamiento incorrecto de las válvulas cardíacas.

Venas varicosas Venas tortuosas, aumentadas de tamaño, que en general se observan inmediatamente por debajo de la piel de las piernas.

Verrugas Ver **verrugas genitales.**

Indice

A

aborto espontáneo... *Ver* sangrado irregular

absceso... 126, 171, 178, 194

abstinencia... 252, 254, 287, 290...*Ver también* abstinencia periódica

abstinencia periódica...239, 240, 254

accidente cerebro vascular...3, 7, 8, 20, 41, 66, 67, 77, 86, 87, 97, 128, 170, 321, 323, 327, 328, 368

acetaminofeno... *Ver* acné por paracetamol

como efecto colateral... 2, 111, 158, 164

manejo de… 3, 19, 125

acetato de medroxiprogesterona depósito (AMPD)

como anticonceptivo inyectable sólo con progestina...59, 60, 61, 62, 63, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 272, 359...*Ver también* inyectables sólo con progestina

en inyectables mensuales...81, 92

ácido mefenámico...75, 124

acopio, almacenamiento de anticonceptivos...232, 316

acto sexual ...*Ver* sexo anal, sexo oral, sexo vaginal

Administración de Alimentos y Bebidas de los EEUU...55, 63, 209, 285

adolescencia, adolescente... 154, 242, 246, 267–271, 276

aguja...*Ver* jeringa

AINEs...*Ver* anti inflamatorios no esteroideos

alteraciones, cambios del estado de ánimo...23, 44, 80, 100, 1 30, 371 ...*Ver también* depresión

como efecto colateral...2, 27, 61, 111, 158

manejo de... 19, 39, 76, 125

AMPD...*Ver* acetato de medroxiprogesterona depósito (AMPD)

AMPD-SC...63

analgésico...*Ver* aspirina, ibuprofeno, paracetamol, anti inflamatorios no esteroideos

anemia... *Ver* anemia ferropénica o por déficit de hierro, anemia falciforme, talasemia

anemia ferropénica, por déficit de hierro... 132, 150, 362

como criterio médico de elegibilidad...170, 171, 332

uso no limitante del método...5, 28, 84, 113

prevención de...39, 76, 96, 125, 149, 290

protección contra...3, 62, 111, 159, 362

anestesia, anestésico... 176, 180, 181, 195

general...166, 169, 187, 324

local...120–121, 166, 175–176, 191

anillo vaginal combinado...105–108, 148, 269, 272, 299, 358

eficacia anticonceptiva... 106

criterios médicos de elegibilidad...6–9

efectos colaterales y manejo... 17–20, 106

anomalías anatómicas... 137, 304, 329, 333

antibióticos 1 39, 156, 242, 247, 280, 328

anticoagulantes...259, 334

Anticoncepción de emergencia...52, 142, 362...*Ver también* anticonceptivos orales de emergencia

anticonceptivos orales combinados... 1–24, 148, 269, 272, 299, 358

eficacia anticonceptiva... 1–2

criterios médicos de elegibilidad...6–9

efectos colaterales y manejo...2, 17–20

anticonceptivos orales de emergencia...45–58, 73, 74, 94, 95, 204, 206, 209, 216, 217, 225, 231, 256, 269, 272, 302

eficacia anticonceptiva ...46

criterios médicos de elegibilidad...48

uso de anticonceptivos orales como...54, 56–58

anticonceptivos orales, píldoras del día después...*Ver* anticonceptivos orales de emergencia

Anticoncepción postcoito...*Ver* anticonceptivos orales de emergencia

anticonvulsivantes...20, 41, 127, 328, 332

antidepresivos...242, 246

antiinflamatorios no esteroideos... 17, 38, 39, 95, 96, 149, 150, 247

antiretrovirales...209, 282–283, 287, 294

no limita el uso del método...9, 30, 55, 67, 88, 115, 136, 138, 171, 188, 283, 330, 332

antiséptico... 126, 142, 144, 147, 178, 194, 313

ardor o dolor al orinar... 139, 151, 233, 234, 279, 321

arrepentimiento de la esterilización... 167, 173, 174, 186, 189, 195, 269

arterial, estenosis u obstrucción...41, 77, 128, 323

como criterio médico de elegibilidad...7, 66, 67, 86, 170, 327, 332

coágulo sanguíneo...3, 20, 23, 41, 77, 97, 100, 128, 194, 320, 321 ...*Ver también* trombosis de venas profundas

como criterio médico de elegibilidad...7, 29, 30, 66, 67, 86, 114, 115, 160, 161, 170

ARV...*Ver* terapia antiretroviral

asesoramiento...308–309

sobre infertilidad...304–306

sobre violencia...300–303

diferentes grupos...267–274

para esterilización femenina y vasectomía...173–174, 189

en atención postaborto...297–299

aspirina...242, 247

como tratamiento... 18, 19, 39, 40, 76, 96, 125, 126, 194

a evitar...143, 150, 177, 192

ataque cardíaco...3, 7, 66, 86, 320

ausencia de sangrado menstrual...40, 43, 51, 74, 78, 113, 167, 179, 257, 370

como efecto colateral...2, 27, 61, 83, 102, 106, 111, 158, 164

manejo de... 18, 38, 75, 96, 124

cuándo iniciar el método... 12, 33, 70, 91, 118, 163, 172, 247

B

bacteria...205, 277, 3 12, 3 15, 321

balanitis... 188, 333

barbitúricos...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

bocio...33 1

bromocriptina...259, 334

C

calostro...261, 292

calambres menstruales...3, 132, 143, 150, 159

cáncer cervical...4, 79, 137, 200, 223, 226, 227, 238, 284–285, 329, 333

cáncer de mama...4, 20, 23, 41, 77, 79, 97, 128, 322

como criterio médico de elegibilidad...8, 9, 29, 30, 66, 67, 87, 88, 115, 160, 161, 169, 329

cáncer de próstata...271

cáncer endometrial...3, 4, 62, 79, 132, 322, 329, 362

candidiasis...226, 234, 279, 280

capuchón cervical... 148, 237–238, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...237

criterios médicos de elegibilidad ...227–228, 238

carbamazepina...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332

cardiopatía...8, 20, 41, 66, 87, 97, 170, 198, 323, 328, 333...*Ver también* obstrucción o estenosis arterial, ataque cardíaco, al corazón

cardiopatía isquémica...*Ver* obstrucción o estenosis arterial

cefaleas comunes... 150

como efecto colateral...2, 13, 27, 34, 47, 6 1, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 158, 164

manejo de... 18, 39, 76, 96, 125

cervicitis purulenta... 137, 169, 282, 283, 307, 330

cérvix...131, 142, 151, 175, 220, 227, 229, 286, 320–321, 364

capuchón cervical, diafragma, y colocación del espermicida...224, 230, 238

chancroide...277, 279, 286

choque anafiláctico... 207, 321

ciclo menstrual...25, 44, 46, 109, 130, 156

y métodos de conocimiento de la fertilidad...239, 242, 244–245, 249, 253

circuncisión, varón...208, 288, 367

cirugía...8, 20, 87, 97, 155, 166, 169, 171, 177, 179, 181, 182, 184, 195, 196, 285, 325, 327, 332

cirugía abdominal ...171

clamidia...78, 1 36, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330

y uso del DIU...132, 136–137, 138–139, 151, 154

protección contra...200, 226, 236

colestasis...331

condones femeninos... 148, 211–220, 269, 273, 299, 360–361, 361–362

eficacia anticonceptiva...212

criterios médicos de elegibilidad...213

condones masculinos...148, 199–210, 269, 273, 299, 360–361, 361–362, 363...

Ver también negociación del uso del condón

eficacia anticonceptiva...200

criterios médicos de elegibilidad...202

conducto espermático... 188, 283, 304, 333

conductos deferentes... 183, 184, 190, 191, 195, 367

confidencialidad...268, 298, 300, 302

consentimiento informado... 167, 173, 186, 189

cordón espermático... 187, 195

corticosteroides...259, 334

Crecimiento de vello...3, 365

criptorquidia...333

criterios médicos de elegibilidad...*Ver* criterios médicos de elegibilidad para cada método anticonceptivo

cuidados intensivos neonatales...259, 334

cuidados postaborto... 169, 297–299, 305, 332

D

daño arterial debido a diabetes...77, 97

daño neuronal debido a la diabetes, neuropatía...20, 77, 97, 170, 323

como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 331

Daño renal debido a diabetes...20, 77, 97, 323, 331

como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170

débil, debilidad...150, 167, 181, 185, 195, 202, 321, 368

defectos de nacimiento...3, 22, 42, 47, 54, 80, 83, 98, 129, 133, 223, 235

densidad ósea...6 1, 80, 272, 274

depo-subQ provera...63

depresión...19, 39, 76, 125, 301

desgarro vaginal...286, 332

desinfección de alto nivel... 142, 312, 315

desinfección de instrumentos...312...*Ver también* desinfección de alto nivel

desmayos...40, 127, 152, 178, 179, 191, 291, 320, 362

Desperdicios, residuos, eliminación...3 12–314, 316, 365

diabetes...323

como criterio médico de elegibilidad...7–8, 9, 20, 65–66, 67, 77, 86–88, 97, 170, 326, 330–331, 333

diafragma... 148, 225–236, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...226

criterios médicos de elegibilidad...227–228

efectos colaterales y manejo...226, 233–234

diarrea...15, 17, 27, 36, 38, 234, 321

dieta... 19, 75, 96, 125, 289–290

dispositivo intrauterino...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino con levonorgestrel

dispositivo intrauterino de cobre... 131–156, 269, 273, 299, 362

eficacia anticonceptiva... 131–132

criterios médicos de elegibilidad... 135–139

efectos colaterales y manejo... 132, 149–154

distensión y malestar abdominal... 61, 75, 177

distribución basada en la comunidad...317

DIU...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre, dispositivo intrauterino de levonorgestrel

dolor... 137, 218, 233, 275, 368...*Ver también* dolor abdominal, calambres menstruales, dolor mamario y tensión mamaria

después de colocación de DIU...145, 150, 152

después de colocación de esterilización...177, 178, 181

después de colocación de implante... 120, 123, 126

después de vasectomía... 185, 192, 194, 195

durante el sexo...146, 151, 274, 279, 300, 321

dolor abdominal 50, 137, 139, 146, 200, 279, 291, 301, 320–321

como efecto colateral 27, 47, 102, 111, 119

manejo de 40, 44, 125, 1 30, 151, 152, 177, 179

dolor torácico..321

ducha...209, 224, 280, 287

E

eeclampsia... 169, 332

econazol...207

efectos colaterales...*Ver* efectos colaterales para cada método anticonceptivo

eficacia anticonceptiva...236, 319, 355, 358, 360, 362, tapa posterior...*Ver también* eficacia anticonceptiva para cada método

EIP...*Ver* enfermedad inflamatoria pélvica

electrocoagulación... 176

elefantiasis... 188, 333

embarazo...181...*Ver también* embarazo ectópico cuidado antenatal...290–29 1

evaluación para detección de... 136, 370–371

patologías que hacen el embarazo riesgoso... 322–323

no distorsionado por un método...22, 54, 78, 98 planificación...27 1, 289–290

signos y síntomas...37 1

sospecha en usuaria de DIU...153–154

infecciones de transmisión sexual en...277, 287

embarazo ectópico...28, 55, 113, 134, 152, 320, 321, 325

diagnóstico y cuidado...40, 126–127, 152, 179

reducción del riesgo de...27, 44, 112, 129, 133, 156, 167, 182

endometrio... 157, 364, 366

endometriosis...3, 62, 159, 169, 328

Enfermedad de vesícula biliar...9, 20, 85, 331

enfermedad hepática, hepatopatía...30, 41, 77, 97, 128, 321, 323

como criterio médico de elegibilidad...6, 29, 65, 67, 85, 88, 114, 115, 160, 161, 170–171, 330

enfermedad mamaria benigna...329

enfermedad renal, nefropatía... 170, 332

enfermedad trofoblástica maligna... 169

enfisema...171, 332

epididimitis... 188, 333

epidídimo... 188, 304

epilepsia... 170, 328

erección... 185, 206, 210, 361, 363

ergotamina...259, 334

erupción... 102, 207, 210, 219, 233, 234, 321

escroto...183, 187, 188, 190, 191, 192, 194, 195

espaciamiento entre los partos...82, 289–291

espéculo...142, 143, 144, 147

espermatozoides...54, 165, 202, 213, 225, 237, 256, 304, 364, 366–367...*Ver también* semen, análisis del semen

obstrucción o daño para evitar el embarazo... 25, 109, 131, 183, 185, 190–191, 199, 211, 221, 225

espermicidas... 148, 221–225, 232–236, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...222 criterios médicos de elegibilidad...223

efectos colaterales y manejo...222, 233, 23 3–234

esponja vaginal...236

esquistosomiasis... 170

esterilización femenina... 148, 165–182, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva... 165–166

criterios médicos de elegibilidad...168–171

esterilización masculina...*Ver* vasectomía

esterilizar (equipos médicos)...312, 315...*Ver también* desinfección de alto nivel

estrategias de protección dobles...280–281

estrógeno... 15, 364...*Ver también* etinil estradiol

en anticonceptivos hormonales combinados... 1, 24, 81, 98, 101, 105

en anticonceptivos orales de emergencia...45–46, 50, 54–59

etinil estradiol...50, 54, 56–58, 76, 124

ETS, ITS...*Ver* infecciones de transmisión sexual

esterilización...*Ver* esterilización femenina, vasectomía

examen de mama...5, 28, 64, 84, 113, 134, 307

exceso de sedación... 176

expulsión

de un DIU...142, 152–153, 273

de implantes...112, 126

eyaculación...203, 212, 238, 255–256, 363, 367

F

falciforme, anemia...62, 170, 323

farmacéutico...3 10, 317

fatiga...47, 150, 371

fenitoína...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

fertilidad... 182, 197, 257, 298, 304–306

fertilización...364

fibroma...*Ver* fibromas uterinos

fibrosis... 170, 323, 330

fiebre...139, 146, 151, 154, 178, 234, 249, 291, 321, 332

folículo...*Ver* folículo ovárico

fórceps...147, 153, 191

G

gastroenteritis... 171, 188, 332–333

gonorrea... 136, 169, 277, 278, 279, 282–283, 303, 304–305, 307, 322, 330 y uso de DIU... 132, 136–137, 138–139, 151, 154 protección contra... 200, 226, 236

griseofulvina...332

guantes...210, 312–315

H

hematoma... 185, 190 hematometra...332

hemoglobina...150, 152, 170, 171, 186, 307, 332

hemorragia... 169, 332

hepatitis...6, 29, 65, 85, 93, 114, 160, 171, 277, 312, 315, 321, 330, 331, 333...*Ver también* enfermedad hepática

hernia...169, 170, 188, 332–333

herpes genital...200, 277, 279

hidrocele... 187, 333

hilos del DIU...144, 145, 151, 153, 156

hilos perdidos...*Ver* hilos del DIU

hipertensión...*Ver* presión arterial

hipertiroidismo...171, 331

hipotiroidismo... 170, 331

HPV...*Ver* virus de papiloma humano

humedad vaginal...239

I

ibuprofeno... 143, 242, 247

como tratamiento... 17, 18, 19, 38, 39, 40, 75, 76, 95, 96, 124, 125, 126, 145, 149, 150, 177, 192, 194

ictericia...*Ver* enfermedad hepática, hepatopatía

Implanon...109, 110, 111, 116, 118, 120, 130, 360...*Ver también* implantes

implantes... 109–130, 148, 269, 272, 299, 360

eficacia anticonceptiva... 110

criterios médicos de elegibilidad...114–115

efectos colaterales y manejo... 111, 124–128

impotencia...202, 210

infección...*Ver también* infección hepática,

infección bacteriana... 151

vaginosis bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...*Ver también* patología vaginal

infección del aparato reproductor, infección de transmisión sexual, infección de las vías urinarias

y esterilización femenina...166, 169, 171, 177, 178

e implantes...112, 123, 126, 129

y DIU...132, 134–139, 141, 142, 151, 155, 156, 159, 163

y vasectomía...185, 187–188, 190, 193, 194

infección de la piel escrotal... 188, 283, 333

infecciones del tracto reproductor...304, 322

infección micótica...296

Infección por levadura...*Ver* candidiasis

infección pulmonar...171, 332

infertilidad, infértil...3, 18, 27, 38, 47, 62, 75, 79, 83, 96, 100, 112, 124, 133, 155, 200, 275, 304–306

inmovilización prolongada...8, 20, 87, 97, 171, 327

instrucciones de colocación y retiro

capuchón cervical...231–232, 238

condón femenino...214

diafragma...230–23 1

DIU...143–144, 147–148

espermicida...224

implantes...120–121

interacciones medicamentosas...332

intervalo libre de anticonceptivos orales... *Ver* semana sin hormonas

involución...*Ver* involución uterina

involucramiento, participación del hombre...270–271

inyección...49, 60, 63, 71–75, 92–95, 31 3... *Ver también* jeringas

inyectable, anticonceptivo inyectable...

Ver inyectables mensuales, inyectables sólo con progestina

inyectables mensuales...81–100, 148, 269, 272, 299, 358–359

eficacia anticonceptiva...82

criterios médicos de elegibilidad...85–88

efectos colaterales y manejo...83, 95–97

Irritación genital... 102, 103, 202, 207, 213, 219, 225, 228, 231, 233, 235, 274

J

Jadelle... 109, 110, 120, 123, 130, 360...*Ver también* implantes

jeringa...71–72, 92–93, 120, 313–314

reutilizable...72, 93, 313

juventud...*Ver* adolescencia, adolescente

K

L

lactancia... 167... *Ver también* alimentación a pecho

y recuperación de la fertilidad...291

e inicio de un método...293, 372

y mujeres con VIH...260, 265, 294, 295

como criterio médico de elegibilidad...6, 9, 65, 67, 85, 88, 115, 242, 246, 325, 334

mejores prácticas de lactancia, pecho (amamantamiento)...292

problemas de la lactancia...295–296

lactante...*Ver* salud neonatal

laparoscopio, laparoscopía... 165, 175–176, 182, 311

látex, alergia...200, 202, 207, 210, 228, 234, 334

lavado de manos...71, 92, 224, 230, 231, 312–314

leche de pecho...257, 260, 263, 265, 277, 292, 294

lesión escrotal...187, 333

lesiones, úlceras genitales... 137, 222, 226, 233, 277, 278

levonorgestrel...46, 50, 54, 56–58, 124, 157, 360...*Ver también* norgestrel

levonorgestrel dispositivo intrauterino con... 157–164, 269, 273, 299, 362

eficacia anticonceptiva... 1 58

criterios médicos de elegibilidad... 135–139, 160–161

efectos colaterales... 158

litio...247, 259, 334

LNG...*Ver* levonorgestrel

LNG-IUD...*Ver* levonorgestrel dispositivo intrauterino con logística...316–317

lubricantes...274

para condones femeninos...211, 216, 218–2 19

para condones masculinos...204, 206–207, 209

M

malaria...290, 330

malestar de estómago...*Ver* náuseas

mareos... 40, 127, 152, 178, 179, 210, 320, 321

como efecto colateral...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 111, 158

manejo de... 18, 40, 76, 96, 126, 127, 150, 152, 179, 207, 234

masa, tumoración intraescrotal... 1 88, 333

medicación antiemética, antieméticos 51

medicamentos que alteran el estado de ánimo...242, 246, 259, 334

medroxiprogesterona acetato/estradiol cipionato...8 1, 92...*Ver también* inyectables mensuales

membranas mucosas...312–315

menarca...242, 246, 325, 334

menopausia...24, 83, 154, 180–181, 242, 246, 272–274

métodos basados en el calendario...239–240, 242–245, 253–254, 269, 273, 299, 334

criterios médicos de elegibilidad...242

métodos basados en los síntomas...239, 240, 246–251, 253, 269, 273, 334

criterios médicos de elegibilidad...246–247

Método de amenorrea por lactancia (MELA)... 257–265

eficacia anticonceptiva...258

criterios médicos de elegibilidad...259

métodos de conocimiento de la fertilidad... 148, 239–254, 269, 273, 299...*Ver también* métodos basados en el calendario, métodos basados en los síntomas

eficacia anticonceptiva...240

criterios médicos de elegibilidad...242, 246–247

Método de los días estándar...239, 240, 243, 244, 253, 254

Método de los dos días...239, 240, 248, 253, 254

Método del ritmo del calendario...239–240, 245, 253...*Ver también* métodos basados en el calendario

miconazol...207, 234

migrañosas, auras, cefaleas...8–9, 20, 41, 77, 87–88, 97, 128, 272, 328, 368–369

minilaparotomía... 165, 175, 182

minipíldora...*Ver* anticonceptivo oral sólo con progestina

muguet...*Ver* candidiasis

N

náuseas...8, 24, 87, 146, 151, 320, 362, 368, 371

como efecto colateral...2, 1 3, 27, 34, 47, 50,

102, 111, 158

manejo de... 18, 51, 126

nefropatía...*Ver* daño renal debido a la diabetes

negociación del uso de condones...201, 204, 206, 281

neoplasia intraepitelial cervical...238, 329, 333

nonoxinol-9...221, 222, 226, 235

noretindrona enantato (NET-EN)

inyectables con progestina sola...59, 60, 61, 62, 71, 72, 73, 74, 78, 79, 80, 98, 288, 359

en inyectables mensuales...81, 92

norgestrel...46, 50, 54, 56, 57, 58

Norplant...109, 110, 120, 123, 130, 360...*Ver también* implantes

O

obesidad... 171, 326

omisión de píldoras...14–15, 17, 35–36, 38–39, lado interior de tapa de atrás

orales, anticonceptivos...*Ver* anticonceptivos orales combinados, anticonceptivos orales de progestina sola

oral, sexo...277, 284

orinar...371...*Ver también* ardor o dolor al orinar

orquitis... 188, 333

ovarios, cáncer de...3, 4, 135, 136, 166, 322

ovario, folículo...27, 40, 44, 111, 126–127, 130

ovario, ovarios...54, 1 37, 272, 304, 321, 364, 366

ovarios, quistes...3, 40, 44, 126–127, 130, 158

ovulación...1, 25, 45, 54, 60, 81, 101, 105,109, 142, 239, 242, 247, 249, 250, 251, 258, 366

ovulación, método de la ovulación...239, 240, 251, 253, 254

oxcarbazepina...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

P

paracetamol...242, 247

como tratamiento... 18, 19, 39, 40, 76, 96, 125,

parche combinado...101–104, 148, 269, 272, 299, 358

PVH ver virus papiloma humano 126, 143, 145, 150, 177, 192, 194

eficacia anticonceptiva... 101–102

criterios médicos de elegibilidad...6–9

efectos colaterales y manejo... 17–20, 102

parto prematuro...298

pélvica, enfermedad inflamatoria... 132, 154, 156

e infertilidad... 155, 304–305

como criterio médico de elegibilidad... 169, 282–283, 329

diagnóstico de...137, 146–147, 151, 279, 321

protección contra...3, 62, 111, 159, 166, 200, 226, 236

pélvica tuberculosis...135, 171, 330

pélvico examen...23, 130, 137, 144, 147, 151, 175, 179, 225, 229, 313, 321, 370–371

pene...363, 367

y uso del condón femenino...2 14–215, 218, 220, 360–361

y uso del condón masculino...203, 206, 209, 360–361

e infecciones de transmisión sexual... 139, 277, 279, 283, 287

y retiro...255–256

irritación...202, 207, 213, 219, 222, 225, 226, 228, 231, 233

pérdida de embarazo... 156, 159, 298, 299, 304, 372

y uso seguro del método...5, 28, 64, 84, 113, 133, 134

e inicio del método... 12, 33, 70, 91, 118, 141, 163, 172, 242–243, 246–247

en una usuaria de DIU...132, 153–154

perforación...*Ver* perforación uterina

peso al nacer...295

peso, alteraciones, cambios de peso...22, 78,

167, 180, 195, 371

y duración del implante eficacia...110, 123, 130, 360

como efecto colateral...2, 13, 61, 63, 71, 83, 91, 111, 158, 359

manejo de... 19, 75, 96, 125

pesquisa de cáncer cervical...5, 28, 64, 84, 1 1 3, 134, 167, 285, 307

Planificación familiar natural...*Ver* métodos de conocimiento de la fertilidad, método de amenorrea de la lactancia, retiro

Pre eclampsia... 169, 332

prematura, eyaculación...256

presión arterial...2, 20, 77, 97, 98, 291, 321, 323

como criterio médico de elegibilidad...7–8, 9, 65–66, 67, 86–87, 88, 170, 326–327

control de...16, 74, 94, 152, 186, 307, 326

prevención de infecciones...120–121, 142, 156, 175, 191, 229, 305, 310, 312, 312–315, 315

primidona...8, 9, 20, 29, 30, 41, 114, 115, 127, 332

producción de leche...78, 258, 292...*Ver también* leche de pecho

profilaxis post exposición...209, 287, 303

progesterona...1, 25, 45, 59, 81, 101, 105, 109

progestina

en anticonceptivos orales de emergencia...45, 46, 47, 50, 56–58

en anticonceptivos hormonales... 1, 24, 25, 59, 81, 98, 101, 105, 109, 157

progestina sola - anticonceptivos orales con...25–44, 148, 269, 272, 299

eficacia anticonceptiva...26

criterios médicos de elegibilidad...29–30

efectos colaterales y manejo...27, 38–41

progestina sola - inyectables...59–80, 148, 269, 272, 299

eficacia anticonceptiva...60

criterios médicos de elegibilidad...65–67

efectos colaterales y manejo...6 1, 75–77

proveedores, prestatarios...310–311

proveedores de atención de la comunidad...310

prurito...2 10, 279

como efecto colateral...225, 231

manejo de...207, 219, 233, 234

pulmonar, embolia...3, 321, 327

Q

R

radioactivos, fármacos...259, 334

reacción alérgica *Ver* alergia al látex

retiro... 148, 255–256, 269, 273, 299

eficacia anticonceptiva...255

criterios médicos de elegibilidad...256

recuperación de la fertilidad...2, 26, 47, 60, 79, 82, 100, 102, 106, 110, 200, 212, 222, 226, 237, 240, 255, 258

reserpina...259, 334

retinopatía...*Ver* daño de la visión debido a la diabetes

reversión de la esterilización...166, 181, 184, 196

rifampicina...8, 9, 17, 20, 29, 30, 38, 41, 114, 115, 127, 332

rotura o deslizamiento del condón...200, 206, 209, 212, 218, 361

rotura prolongada de membranas...332

S

salud materna...289–296

salud neonatal...260, 265, 287, 289–296

sangrado infrecuente...2, 27, 61, 83, 91, 106, 111, 158...*Ver también* sangrado irregular

sangrado irregular...21, 62, 99, 159, 167, 242, 246, 253, 358, 362...*Ver también* sangrado vaginal

como efecto colateral...2, 27, 34, 47, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158

manejo de... 17–18, 38–39, 53, 75, 95, 124, 149–150

sangrado más ligero...2, 83, 102, 106, 111, 158

sangrado menstrual (menstruación, período menstrual)...

sangrado mensual...21, 51, 53, 91, 99, 103, 107, 156, 220, 241, 366...*Ver también* sangrado profuso o prolongado, sangrado infrecuente, sangrado irregular, ausencia de sangrado mensual, sangrado vaginal inexplicado, sangrado vaginal

y métodos de conocimiento de la fertilidad... 242–247, 249–251, 254

efectos del método sobre...2, 13, 27, 34, 47, 50, 61, 71, 83, 91, 102, 106, 111, 119, 132, 143, 158, 164, 180

sangrado profuso o prolongado...250, 292, 328, 359

como efecto colateral...27, 61, 71, 83, 102, 106, 132, 143, 158

manejo de... 19, 39, 76–77, 96, 124–125, 149

sangrado vaginal inexplicado...40, 127, 152, 179, 279, 320

como criterio médico de elegibilidad...66, 67, 114, 115, 135, 169

manejo de...19, 41, 77, 97, 127, 153

secreción de mucus cervical...25, 1 09, 239, 247, 248–251, 253–254, 364

secreciones vaginales...204, 223

sedación...175, 176, 180 convulsiones...8, 29, 114

semana sin hormonas... 18, 19, 103, 107

semen...183, 195, 199, 202–203, 211, 213, 215, 250, 255–256, 275, 281, 284, 367

semen, análisis... 183, 186, 192, 196 sepsis... *Ver* sepsis puerperal

sepsis puerperal... 135, 325

séptica, pérdida del embarazo, aborto séptico... 1 32, 135, 153–154, 325

sexo forzado...49, 300, 303, 332

sexo vaginal...205, 208–209, 224, 240, 244–245, 248–249, 252–253, 288

sexual contacto sin acto sexual...281... *Ver también* abstinencia

sexual, deseo, impulso, desempeño, funcionamiento sexual...23, 44, 80, 100, 130, 180, 195, 300

sexual, infecciones de transmisión... 133, 154, 275–288, 290, 300, 303

e infertilidad...304–305

y uso seguro del anticonceptivo... 19, 41, 77, 78, 97, 127, 153, 155, 233, 288

como criterio médico de elegibilidad... 136–139, 188, 330, 333

sin (falta de) protección contra...2, 26, 47, 60, 82, 110, 132, 158, 166, 184, 222–223, 240, 258

prevención... 198–220, 226, 236, 280–281, 290

factores de riesgo... 1 39, 276

sífilis...277, 279, 286, 290, 303

síndrome de ovario poliquístico...3

síndrome de shock tóxico...226, 228, 231, 234, 236, 238, 321, 334

síntomas y temperatura, método...239, 240, 251, 254

sistémica, infección...332, 333

sobrepeso...*Ver* obesidad

Suministro de métodos postparto... 140, 166, 169, 227, 293, 325, 333, 334, 362

T

tabaquismo...4, 5, 6, 8, 9, 24, 28, 64, 84, 85, 87, 88, 99, 113, 170, 272, 284, 326

talasemia... 170, 332

TCu-380A IUD...*Ver* dispositivo intrauterino de cobre

temperatura corporal basal...239–240, 249

tensión y dolor mamarios...25 1, 371

como efecto colateral...2, 1 3, 27, 34, 47, 83, 102, 111, 119, 158, 164

manejo de... 19, 40, 96, 125

terapias ansiolíticas 242, 246

testículos... 185, 187, 188, 195, 279, 283, 367

testículos no descendidos... 187–188

tiroidea, patología ...170–171, 331

topiramato...8, 9, 20, 29–30, 41, 114–115, 127, 332

trastornos de la coagulación...171, 332

tricomoniasis...226, 236, 279–280

trimetroprim...233

trofoblástica, enfermedad... 135, 136, 169, 328

tromboembólico, trastorno...332

tromboflebitis...327

Trombosis venosa profunda...3, 23, 100, 320... *Ver también* coágulo sanguíneo

trompa de Falopio...137, 165, 181, 304, 364, 366

tubaria, ligadura, salpingectomía...*Ver* esterilización femenina

tuberculosis...8, 29, 114, 323, 330...*Ver también* tuberculosis pélvica

U

úlcera...*Ver* lesiones genitales, úlceras no circuncidado...208, 288

uso continuo de anticonceptivos orales combinados... 18–19, 21

uso extendido de anticonceptivos orales combinados... 1 8, 1 9, 21

uterina, cavidad... 1 37, 179, 329

uterina, involución...227, 299, 333

uterina, perforación...132, 137, 142, 147, 159, 169, 299, 332

uterina, ruptura... 169, 332

uterinos fibromas...62, 169, 329

útero...137, 155, 157, 169, 182, 332, 364, 366, 370–371

V

vaginal, anillo ...*Ver* anillo vaginal combinado

vaginal, flujo...106, 139, 146, 151, 154, 231, 234, 238, 246, 279, 291

vaginal, infección... 134, 207, 219, 233–234, 248, 250, 279–280, 322

vaginal Infección por levadura...*Ver* candidiasis vaginitis... 102, 106, 330

vaginal, prurito...*Ver* prurito

Vaginal, sangrado...23, 154...*Ver también* sangrado profuso o prolongado, sangrado infrecuente, sangrado irregular, sangrado mensual, menstruación, ausencia de sangrado mensual, sangrado vaginal inexplicado

vaginal, sequedad, lubricante vaginal...274

vaginosis...*Ver* vaginosis bacteriana

vaginosis bacteriana...226, 234, 279–280, 322, 330...

varicocele... 187, 333

vasculopatía, enfermedad vascular...323, 327, 331

vasectomía... 149, 183–198, 269, 273

eficacia anticonceptiva... 183–184

criterios médicos de elegibilidad...187–188

vasectomía sin bisturí... 185, 190, 191

venas varicosas...5, 23, 28, 84, 100, 113, 327

Verrugas genitales...279, 284–285

Vía respiratoria superior, infección... 102

Vías urinarias, infección...222, 226, 233, 234, 334

VIH/SIDA...226, 275–288...*Ver* también terapia antiretroviral

y uso de método seguro...9, 30, 67, 88, 115, 138, 171, 188, 241, 260

limitaciones al uso del método...282–283

prevención de...200, 209, 212, 260, 265, 280, 294–295

violación...*Ver* sexo forzado

violencia contra la mujer...300–303 viral,

virus de inmunodeficiencia humano...*Ver* VIH/ SIDA

virus de papiloma humano...4, 279, 284–285

visión, daño debido a la diabetes...20, 77, 97, 323

como criterio médico de elegibilidad...7, 9, 65, 67, 86, 88, 170, 331

visita de control, de seguimiento...23, 128, 139, 146–147, 177, 192, 263

voluntaria, anticoncepción quirúrgica...*Ver* esterilización femenina, vasectomía

vómitos...8, 87, 146, 151, 234, 312, 321, 362, 368, 371

y eficacia del anticonceptivo oral... 15, 17, 36, 38

como efecto colateral...47, 102

manejo de...5 1

vulva... 137

W

Y

Z

Metodología

Este manual, una de las piedras angulares de la planificación familiar de la Organización Mundial de la Salud, presenta guías basadas en la evidencia, desarrolladas gracias a la colaboración mundial. El Departamento de Salud Reproductiva e Investigación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó a más de 30 organizaciones a participar en su preparación. El proceso de elaboración del manual estuvo a cargo del Proyecto INFO en la Facultad de Salud Pública Bloomberg de Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación.

Este manual sucede al documento *The Essentials of Contraceptive Technology* (Facultad de Salud Pública de Johns Hopkins, Programa de Información sobre Poblaciones, 1997). Ese trabajo sirvió como punto de partida, incorporándose ahora nuevas guías basadas en la evidencia y agregándose nuevos contenidos (ver ¿Qué hay de Nuevo en Este Manual?, p. viii).

El contenido de este manual proviene de varios procesos de consenso similares:

- Uno es *Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos* y el otro: *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*. Estas guías fueron elaboradas por Grupos de Trabajo de Expertos de la OMS.
- Un Grupo de Trabajo de Expertos de la OMS se reunió en Ginebra del 21-24 junio de 2005 para responder otras preguntas específicas de este manual.
- Varios subgrupos se reunieron antes del encuentro de junio de 2005 para analizar ciertos temas que necesitaban atención especial. En el encuentro de junio de 2005 el Grupo de Trabajo de Expertos completo revisó y aprobó las recomendaciones de los subgrupos.

El contenido no considerado en estos procesos de consenso fue desarrollado a través de la colaboración entre investigadores del Proyecto INFO y expertos técnicos. Posteriormente, la totalidad del texto fue revisada por un grupo de expertos y representantes de las organizaciones involucradas.

Algunas definiciones utilizadas en este manual

Efectividad: De no especificarse otra cosa, las tasas son básicamente los porcentajes de mujeres estadounidenses que se estima tienen embarazos no deseados durante el primer año de uso.

Efectos colaterales: Afecciones relatadas por al menos 5% de los usuarios en estudios seleccionados, independientemente de la evidencia de causalidad o plausibilidad biológica, enumerados en orden de frecuencia, de más a menos frecuentes.

Términos que describen riesgos a la salud (porcentaje de usuarios que presentan un riesgo):

Común: ≥15% y <45%
No común: ≥1% y <15%
Raro: ≥0.1% y <1% (<1 cada 100 y ≥1 cada 1,000)
Muy raro: ≥0.01% y <0.1% (<1 cada 1,000 y ≥1 cada 10,000)
Extremadamente raro: <0.01% (<1 cada 10,000)

(Se puede acceder a más material sobre los procesos, fuentes, criterios de selección y terminología utilizada en este manual en línea en http://www.fphandbook.org/.)

Reconocimientos por Fotos e Ilustraciones

Salvo otras especificaciones, las ilustraciones son de Rafael Avila y Rita Meyer. Todas las adaptaciones son de Rafael Avila.

p. 5 David Alexander, Center for Communication Programs (CCP), cortesía de Photoshare
p. 30 DELIVER
p. 34 Cheikh Fall, CCP, cortesía de Photoshare
p. 37 Lauren Goodsmith, cortesía de Photoshare
p. 46 Francine Mueller, CCP
p. 60 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 63 PATH
p. 82 Schering AG
p. 99 CCP, cortesía de Photoshare
p. 102 Ortho-McNeil Pharmaceutical
p. 106 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 112 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 113 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 119 Organon USA
p. 120 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
p. 121 Indonesia Ministry for Population, National Family Planning Coordinating Board
p.122 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3ª ed. Baltimore: JHPI EGO; 2006. (adaptada)
p. 133 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 142 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 144 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3rd ed. Baltimore: JHPI EGO; 2006. (adaptada)
p.145 JHPIEGO. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3ª ed. Baltimore: JHPI EGO; 2006. (adaptada)
p. 159 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 175 EngenderHealth (adaptada)
p. 176 EngenderHealth (adaptada)
p. 191 EngenderHealth (adaptada)
p. 212 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 215 Female Health Foundation (adaptada)
p. 222 David Alexander, CCP, cortesía de Photoshare
p. 238 Francine Mueller, CCP

p. 244 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
p. 250 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
p. 251 Institute for Reproductive Health, Georgetown University (adaptada)
p. 264 LINKAGES Project, Academy for Educational Development
p. 268 Helen Hawkings, cortesía de Photoshare
p. 270 Bangladesh Center for Communication Programs
p. 290 Rick Maiman, David and Lucile Packard Foundation, cortesía de Photoshare
p. 291 CCP, cortesía de Photoshare
p. 299 CCP, cortesía de Photoshare
p. 303 Hesperian Foundation (adaptada)
p. 312 Lamia Jaroudi, CCP, cortesía de Photoshare
p. 314 DELIVER
p. 315 CCP, cortesía de Photoshare
p. 316 Claudia Allers, FPLM/Johns Snow International, cortesía de Photoshare
p. 317 DELIVER

Comparación de Anticonceptivos

Comparación de Métodos Combinados

Características	Anticonceptivos Orales Combinados	Inyectables Mensuales	Parche Combinado	Anillo Vaginal-Combinado
Cómo se utiliza	Píldora que se toma por vía oral.	Inyección intramuscular.	Parche que se usa en la parte superior externa del brazo, espalda, abdomen o nalgas. No en las mamas.	Anillo que se coloca en la vagina.
Frecuencia de uso	Diaria.	Mensual: Inyección cada 4 semanas.	Semanal: El parche se cambia cada semana durante 3 semanas. No se usa parche en la 4ª semana.	Mensual: El anillo se mantiene colocado 3 semanas y se retira durante la 4ª semana.
Eficacia	Depende de la capacidad de la usuaria de tomar una píldora cada día.	Menos dependiente de la usuaria. La usuaria debe regresar a la clínica cada 4 semanas (más o menos 7 días).	Requiere la atención de la usuaria una vez por semana.	Depende de que la usuaria mantenga el anillo colocado todo el día, sin quitarlo por más de 3 horas por vez.
Patrones de sangrado	Generalmente, sangrado irregular los primeros meses y luego sangrado más leve y más regular.	El sangrado irregular o la ausencia de sangrado es más común que con AOC. Algunas también tienen sangrado prolongado en los primeros meses.	Similar a AOC, pero el sangrado irregular es más común en los primeros ciclos que con AOC.	Similar a AOC, pero el sangrado irregular es menos común que con AOC.
Privacidad	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las píldoras.	No existen signos físicos del uso.	El parche es visible para la pareja o para otros.	Algunas parejas pueden llegar a sentir el anillo.

Comparación de Inyectables

Características	AMPD	EN-NET	Inyectables Mensuales
Tiempo entre inyecciones	3 meses.	2 meses.	1 mes.
¿Cuánto puede adelantarse o retrasarse la próxima inyección?	2 semanas.	2 semanas.	7 días.
Técnica de la inyección	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, o nalgas. (Ver también, Inyectables de Progestina Sola, Nueva formulación de AMPD, p. 63.)	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, o nalgas. Puede ser ligeramente más dolorosa que la AMPD.	Inyección intramuscular profunda en la cadera, parte superior del brazo, nalgas, o muslo externo.
Patrones típicos de sangrado en el primer año	Al principio, sangrado irregular y prolongado, luego, ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. Después de 1 año, cerca del 40% de las usuarias no tienen menstruación.	En los 6 primeros meses, sangrado irregular o prolongado, pero episodios de sangrado más cortos que con AMPD. Después de 6 meses, los patrones de sangrado son similares a los de AMPD. Después de 1 año, 30% de las usuarias no tienen menstruación.	En los 3 primeros meses, sangrado irregular, frecuente, o prolongado. Para el primer año, la mayoría presenta patrones de sangrado regulares. Después de 1 año, cerca del 2% de las usuarias no tienen menstruación.
Aumento promedio de peso	1–2 kg por año.	1–2 kg por año.	1 kg por año.
Tasa de embarazo, como se lo utiliza comúnmente	Cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres en el correr del primer año.	Se supone similar a las de AMPD.	
Demora promedio para quedar embarazada después de interrumpir las inyecciones	4 meses más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que para mujeres que usan otros métodos.

Comparación de Implantes

Característi-cas	Norplant	Jadelle	Implanon
Tipo de progestina	Levonorgestrel.	Levonorgestrel.	Etonogestrel.
Número	6 cápsulas.	2 cilindros.	1 cilindro.
Vida útil	Hasta 7 años.	Hasta 5 años.	3 años.
Eficacia y peso de la paciente (ver también, Implantes, Pregunta 9, p. 130)	80 kg o más: Se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso. 70–79 kg: Se vuelve menos eficaz después de 5 años de uso.	80 kg o más: Se vuelve menos eficaz después de 4 años de uso.	El peso no tiene un impacto conocido sobre la efectividad.
Disponibilidad	En proceso gradual de abandono (ver Implantes, Pregunta 11, p. 130).	Se espera reemplace al Norplant en el 2011.	Principalmente disponible en Europa y Asia. Su uso también está aprobado en Estados Unidos.

Comparación de Condones

Características	Condones Masculinos	Condones Femeninos
Cómo usarlo	Se calza en el pene del hombre, quedando ajustado al pene.	Se inserta en la vagina de la mujer. Reviste la vagina holgadamente y no aprieta el pene.
Cuándo se coloca	Se pone en el pene erecto justo antes del sexo.	Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo.
Material	La mayoría están hechos de látex; algunos son de materiales sintéticos o membranas animales.	La mayoría están hechos de una fina película sintética; unos pocos están hechos de látex.
Sensación durante el sexo	Cambian la sensación en el sexo.	Menos quejas de modificación de la sensación en el sexo que con condones masculinos.

Continúa en la próxima página

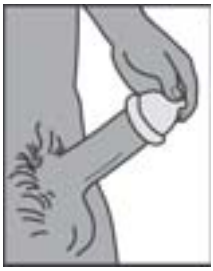
Características	Condones Masculinos	Condones Femeninos
Ruido durante el sexo	Puede hacer un ruido de frotamiento durante el sexo.	Puede crujir o chirriar durante el sexo
Lubricantes a utilizar	Los usuarios pueden agregar lubricantes: • Solamente en base a agua o en base a siliconas. • Se aplican al exterior del condón.	Las usuarias pueden agregar lubricantes: • En base a agua, siliconas o aceite. • Se aplica al exterior del condón antes de colocárselo. • Se aplica al interior del condón, luego de colocado, o al pene.
Roturas o deslizamiento	Tienden a romperse más que los condones femeninos.	Tienden a salirse con más frecuencia que los condones masculinos.
Cuándo quitárselo	Requiere retirarlo de la vagina antes que ceda la erección.	Puede mantenerse en la vagina después que ceda la erección. Requiere retirárselo antes de que la mujer se ponga de pie.
Qué protege	Cubre y protege la mayor parte del pene, protege los genitales internos de la mujer.	Cubre los genitales tanto internos como externos de la mujer y la base del pene.
Cómo guardar	Evitar calor, luz y humedad.	Los condones plásticos no se dañan por el calor, la luz y la humedad.
Reutilización	No se pueden reutilizar.	No se recomienda reutilizarlos (ver Condones Femeninos, Pregunta 5, p. 220).
Costo y disponibilidad	En general, bajo costo y fácilmente accesibles.	En general, más caros y más difíciles de conseguir que los condones femeninos (ver Condones Masculinos, Pregunta 10, p. 220).

Comparación de los DIU

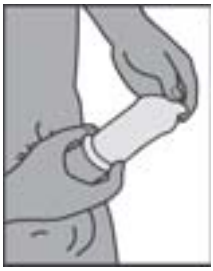
Caracteristicas	DIU de Cobre	DIU de Levonorgestrel
Efectividad	Aproximadamente iguales. Ambos están entre los métodos más eficaces.	
Vida útil	Aprobado por 10 años.	Aprobado por 5 años.
Patrones de sangrado	Menstruación más prolongada y profusa, sangrado irregular y más calambres o dolores durante la menstruación.	Más sangrado irregular y manchado en los primeros meses. Después de 1 año, lo más frecuente es la ausencia de menstruación. Con el tiempo, causa menos sangrado que el DIU de cobre.
Anemia	Puede aumentar la anemia por deficiencia de hierro si antes de la colocación la mujer ya tiene déficit de hierro.	Puede ayudar a evitar la anemia por deficiencia de hierro.
Principales razones para interrumpir su uso	Aumento del sangrado y el dolor.	Ausencia de menstruación y efectos colaterales hormonales.
Beneficios no anticonceptivos	Puede ayudar a proteger contra el cáncer endometrial.	Tratamiento eficaz para la menstruación prolongada y profusa (alternativo de la histerectomía). Puede también ayudar a tratar la menstruación dolorosa. Se lo puede usar igual que la progestina en la terapia de reemplazo hormonal.
Uso postparto	Puede colocarse hasta 48 horas posparto.	Puede colocarse después de 4 semanas posparto.
Uso como anticoncepción de emergencia	Puede utilizarse dentro de los 5 días de sexo sin protección.	No recomendado.
Colocación	Requiere entrenamiento específico, pero es más fácil de colocar que el DIU de levonorgestrel.	Requiere entrenamiento específico y una técnica de colocación única, más dificultosa. Al colocarlo la mujer puede experimentar más desvanecimientos, dolor y náuseas o vómitos que con el DIU de cobre.
Costo	Menos costoso.	Más caro.

Uso Correcto del Condón Masculino

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

Anatomía Femenina

y Funcionamiento de los Anticonceptivos en la Mujer

Anatomía Interna

Vientre (útero)

Lugar en el que crece el huevo fertilizado y se transforma en un feto. Si bien los *DIUs* se colocan en el útero, actúan impidiendo la fertilización en las trompas de Falopio. Los *DIUs de cobre* también eliminan los espermatozoides al desplazarse hacia el útero.

Ovario

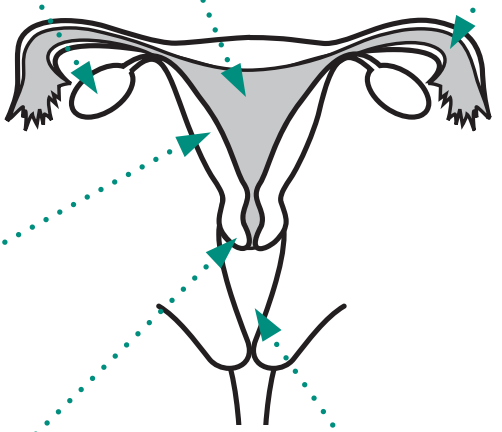
Lugar en el que se desarrollan los óvulos, de donde se libera uno todos los meses. *El Método de amenorrea de la lactancia (MELA)* y los *métodos hormonales*, especialmente los que contienen estrógeno, impiden la liberación de los óvulos. *Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad* requieren evitar el sexo no protegido en el tiempo cercano a la liberación del óvulo.

Revestimiento uterino (endometrio)

Revestimiento del útero, que se engrosa gradualmente y luego se desprende durante el

Trompas de Falopio

Una vez al mes, un óvulo atraviesa una de las trompas desde el ovario. La fertilización tiene lugar en estas trompas cuando el espermatozoide encuentra al óvulo. *La fertilización femenina* implica cortar o colocar clips en las trompas de Falopio. Esto impide la unión de los espermatozoides y óvulos. Los DIUs producen una alteración química que altera el espermatozoide antes de que encuentre el óvulo en la trompa de Falopio.



Cérvix

La porción inferior del útero, que se extiende hasta la parte superior de la vagina. Produce mucus. Los *métodos hormonales* espesan ese mucus, lo que ayuda a impedir que el espermatozoide atraviese el cérvix. Algunos *métodos basados en el conocimiento de la fertilidad* requieren el control del mucus cervical. El *diafragma, el capuchón cervical* y la *esponja* cubren el cérvix para que los espermatozoides no puedan entrar.

Vagina

Une los órganos sexuales externos con el útero. El *anillo combinado* se coloca en la vagina, donde libera hormonas que pasan a través de las paredes de la vagina. El condón femenino se coloca en la vagina, creando una barrera a los espermatozoides. Los espermicidas insertados en la vagina eliminan los espermatozoides.

Anatomía Externa

Vello púbico

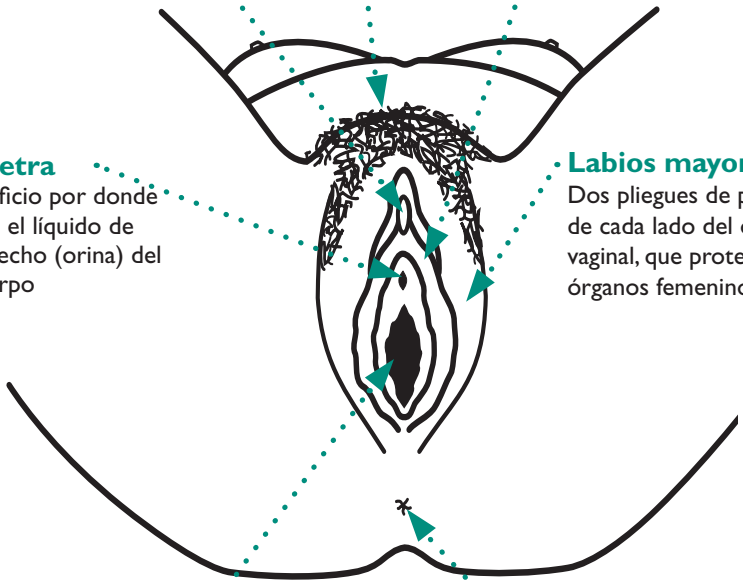
Vello que crece durante la pubertad y rodea los órganos femeninos

Clitoris

Estructura de tejido sensible que produce placer sexual

Labios menores

Dos pliegues de piel, por dentro de los labios externos, que se extienden desde el clítoris



Uretra

Orificio por donde sale el líquido de desecho (orina) del cuerpo

Labios mayores

Dos pliegues de piel, uno de cada lado del orificio vaginal, que protegen los órganos femeninos

Orificio vaginal

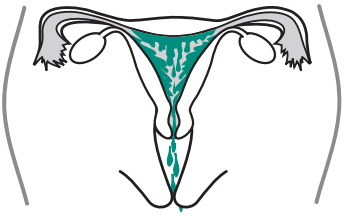
Orificio en el que se introduce el pene del hombre durante el coito. Orificio de salida de la sangre durante la menstruación

Ano

Orificio por donde se expulsan las materias fecales

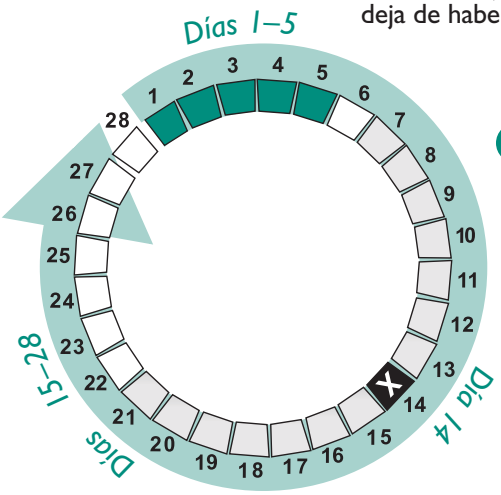
El Ciclo Menstrual

1 *Días 1-5:* Sangrado menstrual

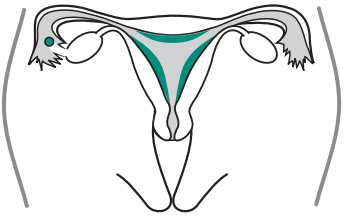


En general dura entre 2–7 días, frecuentemente cerca de 5 días

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.



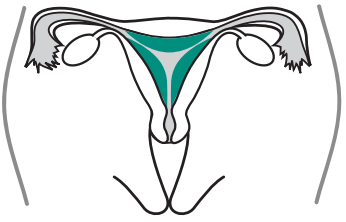
2 *Día 14:* Liberación del óvulo



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 revesimiento uterino



En general el útero se engrosa durante unos 14 días después de la ovulación

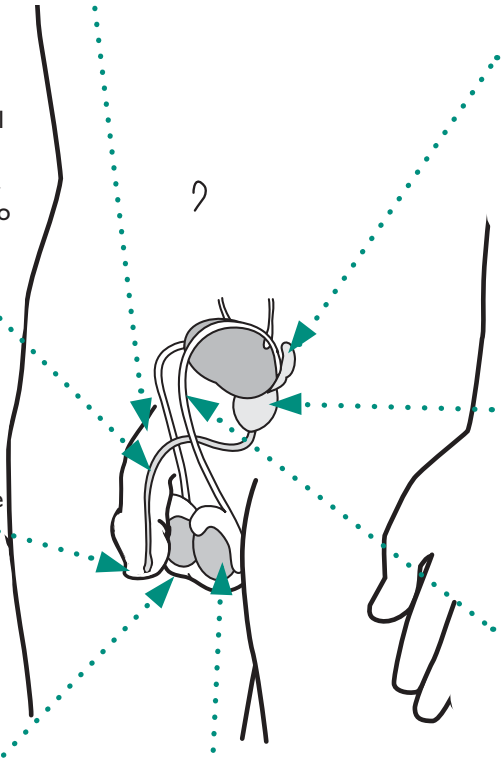
En este período, el revestimiento del útero (endometrio) se vuelve más grueso, preparándose para anidar un huevo. Habitualmente no se produce embarazo y el óvulo sin fertilizar se disuelve en el tracto reproductor.

Anatomía Masculina

y Funcionamiento de los Anticonceptivos en el Hombre

Pene

Órgano sexual masculino constituido por tejido esponjoso. Cuando el hombre presenta excitación sexual, el pene se alarga y se pone rígido. En el momento de mayor excitación (orgasmo), se produce la eyacuación, es decir, la salida de semen que contiene espermatozoides. El *condón masculino* cubre el pene erecto, evitando la entrada de espermatozoides en la vagina de la mujer. El *retiro* del pene de la vagina evita la entrada de semen.



Uretra

Conducto a través del cual sale el semen del cuerpo. La orina (desecho líquido) sale por el mismo conducto.

Vesículas seminales

Lugar donde se mezclan los espermatozoides con el semen.

Próstata

Órgano que produce parte del líquido del semen.

Prepucio

Capucha de piel que cubre el extremo del pene. La circuncisión elimina el prepucio.

Vaso deferente

Dos conductos finos que llevan los espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales. En la *vasectomía* se cortan o bloquean estos conductos para que los espermatozoides no lleguen al semen.

Escroto

Saco de piel fina y floja que contiene los testículos.

Testículos

Órganos que producen los espermatozoides.

Identificación de Cefaleas Migrañosas y Auras

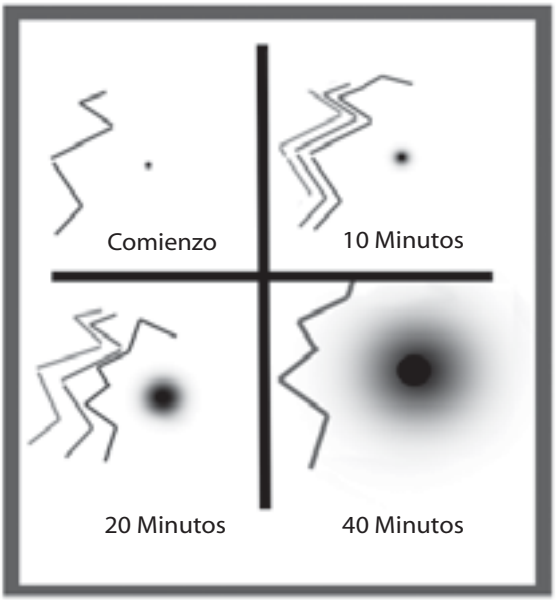
Es importante identificar a las mujeres que sufren de cefaleas migrañosas y/o auras porque las migrañas y el aura en particular, conllevan un mayor riesgo de accidente cerebro vascular. Algunos anticonceptivos orales pueden aumentar aun más ese riesgo.

Cefaleas Migrañosas

- Dolor de cabeza severo, recurrente, pulsátil, con frecuencia de un solo lado de la cabeza, que puede durar de 4 a 72 horas.
- El movimiento a menudo empeora la cefalea migrañosa.
- Además, puede haber náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz o el ruido.

Aura Migrañosa

- Alteraciones del sistema nervioso que afectan a la vista y a veces el tacto y el habla.
- Casi todas las auras incluyen un área brillante con pérdida visión de un ojo que aumenta de tamaño y toma la forma una media luna con bordes en zigzag.
- Cerca del 30% de las auras incluyen también una sensación de "pinchazo de agujas" en una mano que se extiende hacia todo el brazo y a un lado de la cara. Algunas auras también incluyen dificultades en el habla. Las manchas o destellos y la visión borrosa que a menudo aparecen durante las cefaleas migrañosas no constituyen un aura.



Los sujetos describen las auras visuales como ondas o líneas brillantes, resplandecientes, alrededor de un área brillante con pérdida de visión, que aumenta de tamaño y se adopta la forma de una media luna con bordes en zigzag. La mancha negra muestra el aumento de tamaño del área con pérdida de visón con el transcurso del tiempo

- El aura aparece lentamente a lo largo de varios minutos y cede en el transcurso de una hora, por lo general antes de comenzar la cefalea. (Por el contrario, un oscurecimiento repentino en un ojo, en particular si se acompaña de sensación de "pinchazo de agujas" o falta de fuerzas en el brazo o pierna opuestos, puede indicar un accidente cerebrovascular.)

Identificación de las Migrañas

Para mujeres que desean un método hormonal [‡,§] o que están utilizando uno.

Si la mujer relata cefaleas muy fuertes, hágale las siguientes preguntas para diferenciar entre una migraña y una cefalea común. Si contesta "sí" a 2 cualquiera de estas preguntas, probablemente sufra de migrañas. Prosiga interrogando sobre Auras Migrañosas, como sigue.

1. **¿Sus cefaleas le producen malestar estomacal?**
2. **Cuándo tiene una cefalea, ¿la luz y el ruido le molestan mucho más que cuando no tiene cefaleas?**
3. **¿Tiene cefaleas que le hagan interrumpir su trabajo o dejar sus tareas habituales por un día o más?**

Identificación de Auras Migrañosas

Realice estas preguntas a fin de identificar las auras migrañosas más comunes. Si la mujer responde "sí", es probable que sufra de auras migrañosas.

1. **¿Alguna vez le apareció una luz brillante que dure entre 5 y 60 minutos, con pérdida de nitidez en la visión, en general de un solo lado, todo seguido de una cefalea?** (Las mujeres con ese tipo de aura a menudo levantan una mano al costado de su cabeza cuando describen esta alteración de la visión. En algunos casos la luz brillante no va seguida de una cefalea.).

Si las cefaleas no son migrañas y la mujer no tiene aura, podrá comenzar o continuar los métodos hormonales, siempre y cuando sea médicamente elegible. No obstante, cualquier cambio ulterior de sus cefaleas deberá ser evaluado.

¿Puede una Mujer con Migrañas y/o Aura Utilizar un Método Hormonal?

En situaciones en que el juicio clínico se encuentra limitado: Si = Si, puede usar; No = No, puede usar; I = Iniciación; C = Continuación

	Métodos combinados[‡]		Métodos de progestina sola [§]	
Cefaleas migrañosas	**I**	**C**	**I**	**C**
Sin aura				
Edad < 35	Si	No	Si	Si
Edad ≥ 35	No	No	Si	Si
Con aura, a cualquier edad	No	No	Si	No

[†] *Métodos con estrógeno y progestina: anticonceptivos orales combinados, inyectables mensuales, parche combinado y anillo vaginal combinado*

[§] *Métodos con progestina sola: píldoras de progestina sola, inyectables de progestina sola, e implantes*

Otras Opciones para Evaluar el Embarazo

La mujer puede comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal o, en la mayoría de los casos, un DIU, siempre que exista una razonable certeza de que no está embarazada. Esto abarca algunos días posteriores al comienzo del sangrado mensual, dependiendo del método. En otros períodos del ciclo menstrual de la mujer, a menudo se puede emplear la lista de verificación de la p. 372 para tener una razonable certeza de que no está embarazada.

Si la mujer contesta "no" a todas las preguntas de la lista de verificación de embarazo, igual puede o no estar embarazada. Casi siempre, antes de comenzar el método elegido, esas mujeres deberán usar un método de respaldo* y esperar, sea a su próximo sangrado mensual o hasta que se hace evidente que está embarazada.

Sin embargo, en algunos casos, algunos proveedores pueden desear verificar el embarazo por otros medios. Para hacerlo, el proveedor puede seguir uno de los paquetes de instrucciones a continuación, según su situación y entrenamiento. Estas opciones son especialmente útiles cuando haya razones plausibles – que no constituyan embarazo – que expliquen que la mujer no haya tenido su menstruación durante varios meses. Entre esas razones se incluyen:

- La mujer tuvo el parto hace más de 6 meses y sigue amamantando.
- La mujer sigue sin tener su menstruación, habiendo interrumpido recientemente los inyectables de progestina sola.
- La mujer tiene una patología médica crónica que interrumpe la menstruación.

Evaluación para Descartar Embarazo

Si se dispone de una prueba de embarazo:

- Realícele una prueba de embarazo de orina o derive a alguna dependencia donde dispongan de tales pruebas. Si la prueba resulta negativa, suminístrele el método anticonceptivo que ella quiera.

Si se dispone de una prueba de embarazo pero el proveedor puede realizar un examen pélvico bimanual:

- Obtenga la historia de la mujer, incluyendo la fecha de su última menstruación y pregunte si presenta signos o síntomas de embarazo (ver síntomas en la página siguiente).
- Realice un examen pélvico bimanual para determinar el tamaño de su útero, para permitir una comparación ulterior.
- Proporciónele un método de respaldo y enséñele cómo usarlo de modo consistente y correcto. Solicítele que regrese en cerca de 4 semanas o cuando tenga su próximo sangrado menstrual, lo que ocurra primero.

* *Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculinos y femeninos, espermicidas y retiro. Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. Si es posible, proporciónele condones.*

Cuando vuelva:

- Si regresa con el sangrado mensual, déle el método anticonceptivo que desee.
- Si regresa aún sin haber menstruado, habiendo transcurrido 4 semanas, realícele un segundo examen pélvico.
  - – La mujer que solía tener sus menstruaciones regularmente y ahora no tiene menstruación probablemente esté embarazada y tenga un agrandamiento del útero.
  - – Si no existe agrandamiento del útero, ni otros signos o síntomas de embarazo y ha utilizado un método de respaldo de manera consistente y correcta, déle el método anticonceptivo que desee. Puede que necesite seguir con el método de respaldo durante los primeros días, dependiendo de las especificaciones para cada método.

Si no se dispone de una prueba de embarazo ni un examen pélvico bimanual:

- El proveedor puede dar a la mujer un método de respaldo y pedirle que regrese cuando aparezca su próxima menstruación o en 12 a 14 semanas, lo que ocurra primero.

Cuando vuelva:

- Si regresa con menstruación, déle el método anticonceptivo que ella desee.
- Si regresa aún sin haber menstruado, habiendo transcurrido 12 a 14 semanas:
  - – Si está embarazada, se puede palpar el útero desde afuera, a través de la pared abdominal inferior, viniendo desde abajo.
  - – Si el útero no está agrandado de tamaño y no hay otros signos ni síntomas de embarazo y ha utilizado un método de respaldo de manera consistente y correcta, proporciónele el método anticonceptivo que ella desee. Tal vez tenga que seguir con su método de respaldo los primeros días de uso, según se especifique para cada método.

Dígale que regrese a la clínica en cualquier momento si cree estar embarazada, o si tiene signos o síntomas de embarazo (ver debajo). Si usted sospecha la existencia de algún problema subyacente de salud que explique la ausencia prolongada de la menstruación, derive a la mujer para su evaluación y atención.

Signos y Síntomas de Embarazo

- Náuseas
- Tensión mamaria
- Fatiga
- Vómitos
- Aumento en la frecuencia de la micción
- Aumento de la sensibilidad a los olores
- Cambios de humor
- Aumento de peso

Lista de Verificación de Embarazo

Realice 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 dando pecho exclusivo o casi exclusivo 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 consistente 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 **"si"** *al menos a una* de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.