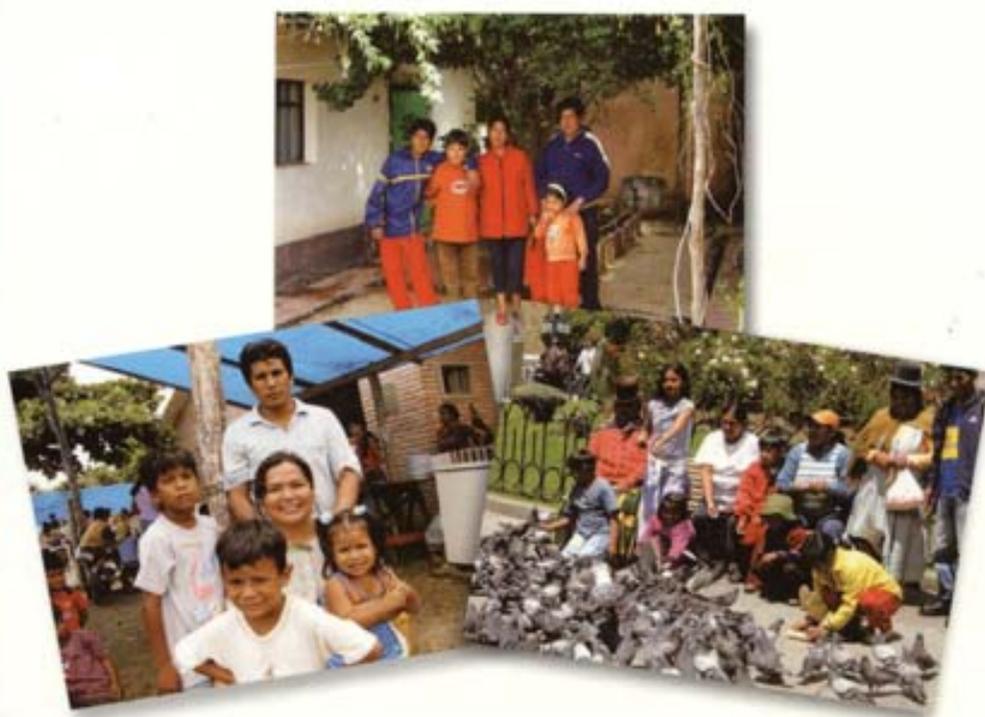




ESTADO PLURINACIONAL
DE BOLIVIA

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

NORMA NACIONAL REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN



**Movilizados por
el Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnico - Normativos

LA PAZ - BOLIVIA
2010

PUBLICACIÓN
169



**ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES**

NORMA NACIONAL REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN



**Movilizados por el
Derecho a la Salud y la Vida**

Serie: Documentos Técnicos - Normativos

**LA PAZ - BOLIVIA
2010**

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes. La Paz, 2010

Depósito Legal: 4-1-104-10 P.O. I.S.B.N. 978-99954-50-05-2

La impresión de este documento ha sido posible gracias al apoyo de la Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de Salud OPS/OMS y el Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes, siendo autorizada su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Revisión y Actualización

Dr. Adolfo Zárate Cabello Coordinador Nacional Salud Sexual y Salud Reproductiva USSyC – MSD
Dra. Amanda Moreno Cuellar Presidenta Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología
Lic. Haydee Padilla Asesora de Salud Familiar Comunitaria OPS/OMS Bolivia
Dr. Alberto Castro Oficial Nacional de Salud Sexual y Reproductiva y Derechos UNFPA – Bolivia
Dr. William Michel Chávez Consultor

Revisión:

Dr. Luis Távora REPRESENTANTE FIGO
Dra. Carmen Arce Toro Vicepresidenta Sociedad Boliviana de Obstetricia y Ginecología
Lic. Ruth Galvez SSR SEDES Santa Cruz.
Dr. Wilber Leytón SSR SEDES Tarija.
Dra. Paula Mejía SSR SEDES Pando.
Dr. René Mercado SSR SEDES Beni.
Dr. Carlos Dávila SSR SEDES Potosí.
Dr. Sandra Nieves SSR SEDES Chuquisaca.
Lic. Alcira Anca SSR SEDES Cochabamba.
Dra. Carmen Cornejo SSR SEDES La Paz
Lic. Nancy Solís SSR SEDES Oruro.
Lic. Jenny Chao Rivero SEDES BENI
Lic. Cecilia Vásquez Arteaga SEDES BENI
Lic. Analía Almanza SEDES COCHABAMBA
Dr. Eduardo Sotto Butrón SEDES COCHABAMBA
Dra. Martha Cortez SEDES COCHABAMBA
Dra. Patricia Alcocer Soria SEDES COCHABAMBA
Lic. Cleofe Terceros Alcalá SEDES COCHABAMBA
Dr. Jhery Dávila SEDES COCHABAMBA
Dra. Angélica Mariane Alane Fernández SEDES LA PAZ
Dr. Primo Gonzales Oliva SEDES LA PAZ
Lic. Nancy Soliz Marca SEDES URUO
Dr. Anthony Yave Colque SEDES URUO
Dra. María Lidia Vinaya Catjiri SEDES PANDO
Dra. Marmusell Sanola Novillo SEDES PANDO
Dr. David Román Aramayo Ajhuacho SEDES POTOSÍ
Dr. Félix Tancara Lima SEDES POTOSÍ
Dra. Dagne Carmela Delgadillo Quiroga SEDES SANTA CRUZ
Lic. Rosse Mary Andía Heredia SEDES SANTA CRUZ
Dra. Angélica Mencia Ledezma SEDES SUCRE
Dr. Edwin Subirana Mendieta SEDES SUCRE
Dr. Milton Hugo Pinto Calisaya SEDES TARIJA
Dra. Emma Miranda Gonzales SEDES TARIJA

Organizaciones Sociales:

Sra. Laura Reina DELEGADA DE LA CONFEDERACIÓN NACIONAL DE MUJERES CAMPESINAS ORIGINARIAS DE BOLIVIA - BARTOLINA SISA
Dr. Julio Iglesias Quintana DELEGADO CIDOB – SANTA CRUZ
Fotografías, Archivos Marie Stopes Internacional

Se brinda un reconocimiento y agradecimiento especial a todos los que trabajaron en la elaboración de la versión previa a esta actualización

Ficha Bibliográfica

BO Bolivia Ministerio de Salud y Deportes
HQ765.3 Norma nacional, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción./Ministerio de Salud y
M665n Deportes; Unidad de Servicios de Salud y Calidad Coaut. La Paz: Amaru Impresiones, 2010.
No.169
2010 216p.: ilus.(Serie: Documentos Técnico-Normativos No. 169)

Depósito Legal: 4-1-104-10 P.O.
ISBN: 978-99954-50-05-2

- I. NORMAS NACIONALES
- II. POLÍTICA DE PLANIFICACION FAMILIAR
- III. ANTICONCEPCION
- IV. BOLIVIA
1. t.
2. Unidad de Servicios de Salud y Calidad. Coaut.
3. Serie

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Dra. Sonia Polo Andrade
Ministra de Salud y Deportes

Dra. Nila Heredia Miranda
Viceministra de Salud y Promoción

Dr. Jaime Javier Choque Cortez
Director General de Servicios de Salud

Dr. Boris Cardenas Guerrero
Jefe Unidad de Servicios de Salud y Calidad



Resolución Ministerial Nº 0001

05 ENE. 2010

VISTOS Y CONSIDERANDO

Que, la Constitución Política del Estado en su artículo 37 dispone que el Estado tiene la obligación indeclinable de garantizar y sostener el derecho a la salud, que se constituye en una función suprema y primera responsabilidad financiera. Se priorizará la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades;

Que, asimismo, el Artículo 6º del Código de Salud establece que toda persona está en el deber de velar por el mejoramiento, la conservación y recuperación de su salud personal y la de sus familiares dependientes, evitando acciones u omisiones perjudiciales y cumpliendo las instrucciones técnicas y las normas obligatorias que la Autoridad de Salud disponga;

Que, el Decreto Supremo N° 29894 de 7 de febrero de 2009 que constituye la Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional, señala en su artículo 90, inciso d) que es atribución del Sr. Ministro de Salud y Deportes garantizar la salud de la población a través de promoción, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación;

Que, mediante Comunicación Interna MSyD/DGS/USSyC/085/09 de 18 de noviembre de 2009, la Jefa de la Unidad de Servicios de Salud y Calidad, vía Director General de Salud y Viceministerio de Salud, solicita al Sr. Ministro de Salud y Deportes la aprobación del documento "Norma, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción" y posterior impresión. Solicitud aprobada por el Sr. Ministro mediante Nota Interna MSD/12566 de 14 de diciembre de 2009.

POR TANTO,

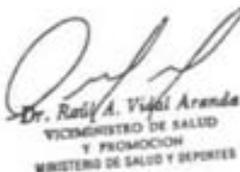
El señor Ministro de Salud y Deportes, en ejercicio de las atribuciones conferidas por el Decreto Supremo N° 29894 de fecha 7 de febrero de 2009,

RESUELVE:

ARTICULO UNICO.- Aprobar el documento *NORMA, REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ANTICONCEPCION*, y autorizar su posterior impresión y difusión, debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo Central de este Ministerio.

Regístrese, comuníquese y archívese.


Dr. Edgar L. B. Ponce Castañeda
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURÍDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Raúl A. Vidal Arendt
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCION
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES


Dr. Román Toledo Suárez
MINISTRO DE SALUD
Y DEPORTES



Movilizados por el Derecho a la Salud y la Vida

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	9
GLOSARIO.....	11
I. INTRODUCCIÓN.....	23
II. MARCO DE REFERENCIA.....	27
III. NORMATIVA GENERAL.....	33
IV. LISTA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU EFICACIA.....	39
V. NIVELES DE ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD	41
VI. ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	45
MÉTODOS CUBIERTOS Y OFERTADOS POR EL SEGURO Y EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD.....	49
VII. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES	49
A. MÉTODOS NATURALES	49
1. MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA (MELA).....	49
2. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.....	53
2.1. Método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus)	57
2.2. Método de la temperatura basal.....	59
2.3. Método del moco cervical (Billings)	61
2.4. Método sinto-térmico	63
2.5. Método de los días fijos o días estándar	65
3. MÉTODO DEL RETIRO	71
B. MÉTODOS MODERNOS	73
1. MÉTODOS DE BARRERA.....	73
1.1. Condón masculino o preservativo	73
1.2. Condón femenino	79
2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) T de Cobre.....	83
3. MÉTODOS HORMONALES.....	95
3.1. Métodos hormonales orales: anticonceptivos orales combinados	95
3.2. Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE): Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE).....	107
3.3. Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina – AMPD	115
VIII. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES	123

1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.....	123
1.1. SALPINGOCLASIA OTB	123
1.2. VASECTOMÍA.....	137
OTROS MÉTODOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA.....	149
MÉTODOS DE BARRERA.....	149
1. ESPERMICIDAS	149
2. EL CAPUCHÓN CERVICAL.....	151
MÉTODOS HORMONALES	153
1. PÍLDORA CON PROGESTINA SOLA (AOP).....	153
2. MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES	155
3. PARCHES HORMONALES COMBINADOS	157
4. ANILLO VAGINAL COMBINADO	159
5. DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL	161
6. IMPLANTES	163
ATENCIÓN EN ANTICONCEPCIÓN A GRUPOS ESPECIALES.....	165
ADOLESCENTES	165
HOMBRES	168
MUJERES PRÓXIMAS A LA MENOPAUSIA.....	170
MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA.....	172
INFERTILIDAD	175
MUJERES EN EL POSPARTO	177
ANTICONCEPCIÓN PARA USUARIAS Y USUARIOS CON ITS, VIH/SIDA.....	179
SESENTA PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS CLAVE	
SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	181
DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS.....	191
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	199
ANEXOS	
1. TABLA DE CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD	
DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – OMS.....	201
2. RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN	
INTERCULTURAL DE LA SALUD	212
3. LISTA DE VERIFICACIÓN DE EMBARAZO.....	214
SIGLAS.....	215

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud y Deportes cumple en poner a disposición del Sistema Boliviano de Salud la presente *Norma, Nacional, Reglas, Protocolos y Procedimientos en Anticoncepción*, para su aplicación en la red de servicios de salud del país.

Este documento técnico ha sido actualizado en el marco de la Constitución Política del Estado Plurinacional cuyo artículo 66 prescribe: "Se garantiza a las mujeres y a los hombres el ejercicio de sus derechos sexuales y sus derechos reproductivos"; de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural; y de los acuerdos internacionales suscritos por el Estado al respecto.

El objetivo fundamental de la presente Norma es mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de hombres y mujeres, adultos y adolescentes de Bolivia, presentando las diferentes opciones anticonceptivas y las recomendaciones técnicas y clínicas para que los proveedores de los servicios de salud proporcionen servicios de calidad con un enfoque intercultural y de derechos.

Por otra parte la evidencia científica muestra que la anticoncepción, junto a la atención del parto por personal calificado y la resolución oportuna de emergencias obstétricas, son pilares fundamentales que contribuyen a la reducción de la mortalidad materna, uno de los problemas de salud pública del país.

Así también, dadas las características del Estado plurinacional del país, la cosmovisión de salud sexual y salud reproductiva en el ámbito andino-amazónico, indígena-comunitario, están directamente relacionadas con su medio natural, y en equilibrio con el sistema de complementariedad, tanto ecológicos, sociales, culturales, aspectos que se deben tomar en cuenta al momento de brindar una atención integral.

Finalmente esperamos que este documento aporte al trabajo de todo el personal de salud en beneficio de la población boliviana y que cumpla con el objetivo principal del mismo: "mejorar la salud sexual y la salud reproductiva".

La Paz, Abril de 2010



Dra. Sonia Polo Andrade
MINISTRA DE SALUD Y DEPORTES

GLOSARIO

Aborto séptico: aborto inducido o espontáneo que se complica en infección.

Amenorrea: ausencia de menstruación por más de 90 días.

Amenorrea por lactancia: condición natural de la mujer en el puerperio, durante el cual existe ausencia de menstruación. Tiene una duración variable, desde algunos meses hasta 1 – 2 años aproximadamente.

Anticoncepción: conjunto de métodos u opciones que permite a las parejas y/o individuos ejercer sus derechos reproductivos y regular su fecundidad cuando así lo deseen.

Anticoncepción quirúrgica voluntaria: anticoncepción mediante métodos quirúrgicos aceptados por la ciencia médica, basada en la oclusión de un segmento del tracto reproductivo; debe ser considerada permanente.

Anticoncepción natural: procedimientos basados en señales relacionadas con la fisiología reproductiva del cuerpo de la mujer.

Atención de la salud sexual y de la salud reproductiva: conjunto de técnicas, métodos y servicios que contribuyen a la salud y al bienestar reproductivo, al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de infecciones de transmisión sexual.

Atención integral: conjunto de actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud, ofrecidas de una sola vez o de forma secuencial y periódica, tanto en el ámbito de los establecimientos de salud que conforman una red de servicios como en el de la familia o de la colectividad.

Barreras a los servicios: leyes o políticas nacionales o gubernamentales, prácticas o procedimientos profesionales, requisitos administrativos u otros reglamentos oficiales y no oficiales que impiden que la gente reciba los servicios o por factores debidos a su edad, género, estado conyugal, paridad, situación financiera, lugar de residencia, etc.

Balanitis: inflamación de la punta del pene.

Calidad de los servicios: se refiere a un número de factores interrelacionados que incluyen el trato a los usuarios y las usuarias; el alcance de los servicios en la atención integral y de los métodos anticonceptivos disponibles para los usuarios y las usuarias; información completa,

veraz y oportuna para la selección del método en forma individual; la competencia técnica de quienes ofrecen los servicios; y la accesibilidad y continuidad de los servicios.

Cáncer cervical: proliferación maligna que aparece en el cérvix, habitualmente debida a una infección persistente con ciertos tipos de papilomavirus humano.

Cáncer de mama: proceso maligno, que crece en el tejido mamario.

Cáncer endometrial: proliferación maligna del revestimiento interno 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.

Cervicitis purulenta: inflamación del cérvix que se acompaña de una secreción con aspecto purulento. A menudo indica infección con gonorrea o clamidiasis.

Cérvix o cuello uterino: porción inferior del útero.

Chancroide: infección de transmisión sexual provocada por una bacteria, que produce una úlcera en los genitales.

Ciclo menstrual: período que se inicia desde el primer día de la menstruación y concluye un día antes de la siguiente menstruación. La mayoría de las mujeres tienen ciclos que duran entre 24 y 35 días cada uno.

Clamidia – infección de transmisión sexual: provocada por una bacteria. De no ser tratada puede producir infertilidad.

Concepción: unión de un óvulo con un espermatozoide. También se conoce como fertilización o fecundación.

Conductos deferentes: dos tubos musculares que transportan espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales. Estos conductos se seccionan o se bloquean durante la vasectomía.

Consentimiento informado: se refiere al acto por el cual se acuerda recibir atención médica o tratamiento, después de un proceso de elección informada.

Criptorquidia: falla en el descenso de uno o de ambos **testículos** al **escroto** después del nacimiento.

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.

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 el hueso nuevo, los huesos se hacen menos densos, aumentando el riesgo de fracturas.

Derechos reproductivos: abarcan ciertos derechos humanos ya reconocidos en documentos internacionales sobre derechos humanos, entre ellos:

“El derecho básico de todas las parejas e individuos a decidir libre y responsablemente el número y espaciamiento de sus hijos y a disponer de la información, educación y los medios para ello”.

“El derecho a alcanzar el nivel más elevado de salud sexual y reproductiva. El derecho a adoptar decisiones sobre la reproducción sin sufrir discriminación, coerción ni violencia” (CCMM plataforma 95, 97, 216, 223; CIPD principio 8, 7.3; programa 41; CED 16.1).

Desinfección de alto nivel (instrumentos médicos): proceso destinado a destruir todos los gérmenes, pero que no logra destruir algunas formas de bacterias y esporas. Comparar con esterilizar.

Dismenorrea: menstruación dolorosa.

Dispareunia: dolor durante el coito vaginal.

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.

Ectropión cervical: afección no grave en la que las células productoras de mucus presentes en el canal cervical comienzan a proliferar en el área del exocérnix.

Elección informada: decisión tomada libremente en base a información clara, exacta y pertinente. Es una de las metas del asesoramiento de planificación familiar.

Embrión: producto de la concepción hasta las primeras ocho semanas de desarrollo.

Endometrio: capa 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.

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 pélvico y alterar la fertilidad.

Enfermedad benigna de mama: crecimiento anormal de tejido mamario, pero no canceroso.

Enfermedad inflamatoria pélvica: infección genital femenina que abarca el endometrio, trompas y/o peritoneo pélvico.

Edad fértil o reproductiva: etapa de la vida del hombre y de la mujer durante la cual se posee la capacidad biológica de la reproducción.

Efectividad anticonceptiva: es la capacidad que tiene un método anticonceptivo para evitar un embarazo en las condiciones habituales de uso, en un período de un año.

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**.

Epididimo: 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**.

Epididimitis: inflamación del **epidídimo**.

Escroto: bolsa de piel detrás del **pene** que contiene los **testículos**.

Espéculo: instrumento médico utilizado para visualizar el canal vaginal y 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**.

Estenosis cervical: estrechez del conducto cervical, que 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**.

Estrategia: agregación organizada de servicios, actividades, técnicas, instrumentos y proyectos dirigidos al logro de objetivos definidos. Ejemplo: Estrategia Nacional de Salud Sexual y Salud Reproductiva.

Estrógeno: hormona responsable del desarrollo sexual femenino. Los estrógenos naturales, especialmente la **hormona** estradiol, son secretados por un **foliculo** 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 anti-conceptivo o dispositivo intrauterino.

Eyacuación: la salida de **semen** por el **pene** en el momento del orgasmo masculino.

Factor de riesgo: característica o circunstancia personal, ambiental o social de los individuos o grupos, asociada con un aumento en la probabilidad de ocurrencia de un daño.

Fertilización o fecundación: unión de un **óvulo** con un **espermatozoide**.

Feto: nombre que se le da al producto de la fecundación desde el fin de la octava semana del embarazo hasta el nacimiento.

Fibroma uterino: tumor no canceroso que crece en el músculo del **útero**.

Foliculo: pequeña estructura redondeada en el **ovario**, que contiene un **óvulo** en su interior, durante la **ovulación** se abre un foliculo sobre la superficie del ovario y libera un óvulo maduro.

Género: es la construcción social de lo femenino y lo masculino en un momento y cultura determinados: una persona aprende a comportarse como hombre o mujer. Implica la construcción de ciertas diferencias entre las personas en base a los atributos y roles simbólicos, sociales, económicos, jurídicos, políticos y culturales que les asignamos de acuerdo a su sexo.

Gonorrea: infección de transmisión sexual provocada por una bacteria. De no ser tratada, provoca **infertilidad**.

Hematómetra: acumulación de sangre menstrual en el **útero**.

Herpes genital: infección 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**.

Hormona: sustancia química que se forma en un órgano y que es transportada a otro órgano o parte, donde actúa. Además, sustancias químicas sintéticas elaboradas para funcionar como hormonas.

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.

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 plétóricas, duras, dolorosas y calientes. Se la puede evitar (o aliviar) dando pecho a menudo y a demanda.

Labios mayores y menores: repliegues cutáneos que protegen la entrada de la vagina.

Lactancia: alimentación de un lactante con leche producida por las mamas. Los patrones de lactancia incluyen:

- Comenzar con la lactancia materna inmediatamente (antes de 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.
- Un régimen ideal es alimentar a libre demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces al día durante las primeras semanas, y luego 8 a 10 veces por día, incluyendo al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.

Maniobra de los "tres dedos": maniobra realizada durante el procedimiento de vasectomía sin bisturí, que consiste en colocar el dedo pulgar en forma perpendicular en la unión de los dos tercios medio y superior del rafe escrotal. Con el dedo medio colocado detrás del escroto, palpar el conducto deferente desplazándolo debajo del pulgar. Sosteniendo el conducto entre los dedos pulgar y medio, colocar el índice por arriba del pulgar creando una "ventana" entre ellos a través de la cual se aplicará la anestesia.

Mastitis: inflamación del tejido mamario debido a infección que puede provocar fiebre, rubor y dolor.

Menarca: comienzo de los ciclos de **sangrado menstrual**. 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.

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.

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.

Moco cervical: líquido espeso que tapona 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.

Moco vaginal: fluido secretado por glándulas en la **vagina**.

Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC): células anormales, precancerosas 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.

Norma: documento, establecido por consenso y aprobado por un organismo reconocido, que provee, para uso común o repetido, reglas, lineamientos o características para actividades o sus resultados, garantizando un óptimo grado de orden en un contexto dado.

Orquitis: inflamación de un **testículo**.

Ovarios: par de glándulas sexuales femeninas que almacenan y liberan el óvulo y producen las **hormonas sexuales estrógeno** y **progesterona**.

Ovulación: liberación de un **óvulo** de un **ovario**.

Óvulo: célula reproductora femenina, producida por los **ovarios**.

Orientación en salud sexual y salud reproductiva: proceso mediante el cual se apoya a las personas a tomar decisiones informadas y voluntarias sobre su vida sexual y reproductiva. Es una comunicación de doble vía entre el o la proveedora y el o la usuaria de un servicio, para confirmar o facilitar la elección informada.

Oclusión tubárica bilateral: procedimiento de anticoncepción quirúrgica voluntaria mediante la oclusión de ambas trompas de Falopio, lo que impide en forma permanente la unión del óvulo con el espermatozoide.

Papilomavirus humano (PVH): virus, que se trasmite mediante la actividad sexual y por contacto de piel con piel en el área genital y perineal. Hay genotipos específicos de PHV que son responsables del **cáncer de cuello uterino**.

Parto prematuro: nacimiento que tiene lugar antes de las 37 semanas de embarazo.

Pene: órgano masculino que tiene las funciones de eliminación de orina y penetración en el acto sexual.

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.

Planificación familiar: derecho de las personas para decidir de forma libre e informada el número de hijos y cuándo tenerlos.

Posparto: período después del parto y hasta las primeras seis semanas siguientes al parto.

Preeclampsia: hipertensión con exceso de proteína en la orina, edema local o generalizado, o ambos (pero sin convulsiones) después de las 20 semanas del embarazo. Si no es detectada y tratada puede llegar a **eclampsia**.

Prepucio: capucha de piel que cubre la punta del **pene**.

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 del sistema reproductor masculino donde se produce el líquido prostático que es parte del **semen**.

Protección doble: evita tanto el embarazo como las **Infecciones de Transmisión Sexual**.

Quiste de ovario: **colección líquida** que se desarrolla en el **ovario** o en su superficie.

Relación coital: actividad sexual en la que se introduce el pene en una cavidad corporal (vaginal, oral y anal).

Retraso menstrual: ausencia de menstruación por menos de 90 días.

Riesgo reproductivo preconcepcional: probabilidad que tiene una mujer de sufrir un daño en caso de embarazarse en condiciones desfavorables. Se lo detecta en mujeres no embarazadas.

Riesgo obstétrico: probabilidad que tiene una mujer embarazada y/o su hijo de sufrir daño por la presencia de factores de riesgo de tipo biológico, ambiental o social.

Ruptura uterina: Desgarro del **útero**, que tiene lugar habitualmente durante el trabajo de parto prolongado o útero con antecedentes de cirugía previa.

Salud reproductiva: es un estado general de bienestar físico, mental y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, sus funciones y procesos. Las personas son capaces de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear y la libertad de hacerlo y no hacerlo, determinando cuándo y con qué frecuencia. El hombre y la mujer tienen el derecho a obtener información y tener acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables de su elección para la regulación de la fecundidad, que no estén legalmente prohibidos, así como el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos (CCMM plataforma 94, 97; CIPD 7.2).

Salud sexual: es un estado general de bienestar, mediante la realización voluntaria, satisfactoria y placentera de la sexualidad humana. Los servicios de salud sexual no deberían estar meramente orientados al asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual (CCMM plataforma 94; CIPD 7.2).

Sangrado vaginal: eliminación de sangre por la vagina que requiere el uso de protección sanitaria (pañeros, apósitos o tampones). Entre los diversos patrones de sangrado vaginal se incluyen:

Sangrado inter-menstrual: 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 menstrual: sangrado que tiene lugar durante 3-7 días, cada 28 días, en promedio. Ocurre entre la **menarca** y la **menopausia**.

Sangrado profuso (menorragia): sangrado con un volumen que duplica el sangrado menstrual habitual de la mujer.

Sangrado prolongado: sangrado que dura más de 8 días.

Semen: líquido blanco y espeso producido por los órganos del sistema reproductor del hombre y que sale por el **pene** durante la **eyaculación**. Contiene a los **espermatozoides**.

Sepsis puerperal: infección de los órganos del aparato reproductor femenino que se produce hasta los 42 días siguientes del **posparto** (puerperio).

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.

Sistema Boliviano de Salud: es la estructura compuesta por todos los agentes de salud, tanto públicos como privados (servicios públicos, las ONG, Iglesia, consultorios privados, cajas y seguros).

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, que se torna incapaz de combatir ciertas infecciones.

Técnica: sistema, pericia, conjunto de procedimientos de que se sirve una ciencia o arte. Habilidad para usar esos procedimientos.

Testículos: los dos órganos reproductores en el varón, que producen **espermatozoides** y la **hormona** testosterona. Ubicados en el **escroto**.

Terapia antirretroviral (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 usuarios y las usuarias pueden recibir una combinación de varios fármacos al mismo tiempo.

Tricomoniasis: **Infección de transmisión sexual** provocada por un protozoario.

Trompas de Falopio: par de conductos delgados ubicados a ambos lados del útero que conectan el **útero** con el **ovario**. La **fecundación** de un **óvulo** por un **espermatozoide** habitualmente tiene lugar en una de las trompas de Falopio.

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. En los hombres, pasa también **semen** a través de la uretra.

Usuario y/o usuaria de anticoncepción: persona que selecciona y utiliza un método anticonceptivo de forma libre, voluntaria e informada.

Usuario nuevo y/o usuaria nueva de anticoncepción: persona que por primera vez en su vida utiliza algún método anticonceptivo.

Usuario continuo y/o usuaria continua de anticoncepción: persona que viene utilizando (sin interrupción) un determinado método anticonceptivo por más de 365 días (un año calendario).

Útero: órgano muscular hueco que aloja al **feto** durante el embarazo. Se lo llama también matriz o vientre.

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.

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 donde se produce el líquido seminal.

Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH): el virus que provoca el **Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**.

Vulva: genitales externos femeninos.

I. INTRODUCCIÓN

A través de las tres últimas Encuestas Nacionales de Demografía y Salud (ENDSA), de 1998, 2003 y 2008, la población boliviana ha mostrado variaciones y ha hecho conocer sus necesidades y aspiraciones respecto de su salud sexual y de su salud reproductiva, particularmente de aquella relacionada con su fecundidad.

Los resultados de estas encuestas muestran una situación particular, de avances y retrocesos, poniéndose de manifiesto el conocimiento, el uso y las necesidades insatisfechas en anticoncepción, principalmente de las mujeres. Son importantes los datos que se detallan a continuación:

- El descenso de la tasa global de fecundidad (TGF): de 4,2 hijos por mujer en 1998 a 3,5 en los datos del ENSDA 2008, marca una tendencia descendente importante.
- La diferencia de datos entre lo urbano y lo rural, con una TGF urbana de 2.8 y una TGF rural de 4.9 (ENDSA 2008), marca un dato importante para poder continuar con el trabajo, fundamentalmente en el área **rural** donde aún se presenta la mayor mortalidad materna, coincidentemente con la elevada TGF.
- La mejora en el conocimiento de métodos de anticoncepción por mujeres en edad fértil y de hombres entre 15 a 64 años, que habrían oído hablar de por lo menos un método anticonceptivo: era de 89% en 1998 y llega prácticamente a un 94% en el 2008.
- La diferencia en el conocimiento de métodos anticonceptivos modernos, según el lugar de residencia: de acuerdo a la ENSDA 2003 el 97% de las mujeres conocían métodos modernos, frente al 83% de mujeres en el área rural.
- La mejora en la prevalencia general de uso de métodos en mujeres: de 48,3% en 1998 a 58,8% en el ENSDA 2003 y 60,6% en el ENSDA 2008, siendo el 34,5% para métodos modernos y el 26,1% para métodos naturales según el ENSDA 2008.
- Se incrementó el uso de métodos naturales o tradicionales en mujeres de 23,1% (ENDSA 1998) a 26,1% (ENDSA 2008) en aproximadamente una década, incrementándose también el uso de métodos modernos de 25,2% (ENDSA 1998) a 34,6% (ENDSA 2008), aproximadamente un 10% en diez años.

- El deseo de no tener más hijos: 63,8% de las mujeres en unión en 1998; llegando este porcentaje a 63,2% en el ENDSA 2008, presentando una ligera disminución en relación a 1998.
- A su vez es importante el rol del sector privado en el suministro de métodos modernos, con el surgimiento de nuevas organizaciones que trabajan en el país ofreciendo anticoncepción. El papel de las farmacias en la provisión de píldoras, condones y de los consultorios médicos privados como fuente principal para las usuarias del DIU y de anticoncepción permanente.
- Persisten niveles altos de personas que pese a conocer un método y tener la necesidad de iniciar con la anticoncepción, no acceden a los mismos, esto por diferentes factores, tanto de la oferta como de la demanda y a los tabúes que aún existen en algunos círculos sociales.
- Según el ENDSA 2008, el 20% de las mujeres casadas o unidas estarían con necesidad insatisfecha de planificación familiar (en 2003 era el 23% y en 1998 el 26%).
- La fecundidad en adolescentes entre 15 y 19 años: era de 14% en 1998, se incrementó a 19% el 2003, siendo este porcentaje mayor en adolescentes con bajos niveles de instrucción; además la necesidad insatisfecha en anticoncepción que llega al 38% según el de la ENDSA 2008.
- Toda esta situación indica que pese a los avances alcanzados y a toda la inversión que se realizó en estos 10 últimos años, el avance si bien ha sido significativo, es muy reducido en relación a las necesidades que se tienen en esta temática, por lo que se debe asegurar el acceso a las diferentes poblaciones, con opciones amplias, con información y orientación, con respeto a las creencias culturales y a la diversidad existente en el país, y fundamentalmente con el respeto a los derechos establecidos.

En base a estos datos se tienen las siguientes consideraciones:

Es muy importante mencionar que la anticoncepción es un camino para disminuir la brecha entre pobres y ricos, además de mejorar la salud de la mujer, disminuyendo los riesgos de mortalidad relacionados al embarazo, parto y puerperio.

Se han relacionado muchos factores con la fecundidad, entre estos la escolaridad; el inicio de relaciones sexuales; la procedencia, es decir urbano-rural; además de la edad del primer embarazo.

Se debe continuar con el trabajo con intervenciones para prevenir el embarazo no deseado en adolescentes, con énfasis en el segundo embarazo.

Algo que debe incluirse en el análisis es a las mujeres que están cerca de la menopausia, las cuales por la irregularidad menstrual del climaterio suelen presentar embarazos de riesgo, esto sumado a la profesionalización y a la postergación de la maternidad en sectores de clase media, que hace que se tenga que brindar la información completa de todas las opciones anticonceptivas y de sus características para cada grupo poblacional.

En este sentido el documento refleja las diferentes opciones anticonceptivas y las recomendaciones técnicas y clínicas para su uso, esto con el fin principal de mejorar la salud sexual y la salud reproductiva de hombres, mujeres y adolescentes de Bolivia y de reducir la mortalidad materna.

Un gran apoyo al trabajo en anticoncepción se dio con la adopción de una nueva meta por la Asamblea General de las Naciones Unidas "lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el 2015", bajo el quinto Objetivo de Desarrollo del Milenio (ODM), con la finalidad de reducir en tres cuartas partes la tasa de mortalidad materna.

Otro elemento fundamental en este aspecto es la incorporación de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado Plurinacional, promulgada en febrero de 2009.

II. MARCO DE REFERENCIA

Para el marco de referencia se realizará una breve revisión de conceptos y una revisión retrospectiva de las normativas relacionadas a la anticoncepción desde hace 15 años, las cuales son base para el presente documento.

2.1. Interculturalidad

Se debe considerar la interculturalidad, entendida principalmente como la capacidad de armonizar los conocimientos y las prácticas provenientes de la cultura tradicional indígena con los de la cultura occidental. Se constata que el concepto de interculturalidad que hoy se aplica está suficientemente definido y tiene el alcance que se requiere para poder orientar a las nuevas propuestas de desarrollo humano sustentable.

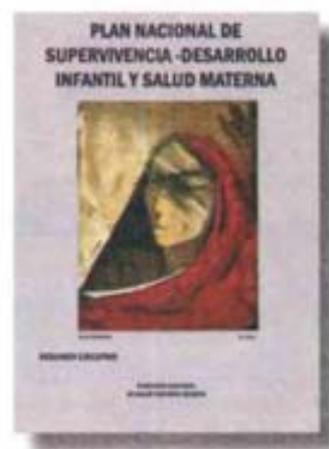
2.2. Atención intercultural para tierras altas y bajas

En los pueblos originarios, la comprensión del proceso de salud y de enfermedad tiene relación con su cosmovisión de complementariedad, donde no existen opuestos sino complementos, es decir el arriba y el abajo se complementan, como el día y la noche, el hombre y la mujer, esto constituye uno de los principios ordenadores del mundo andino-amazónico. En esta dimensión la salud "... es vivir cuidadosamente en armonía y mantener el equilibrio, con el sistema de complementariedad, tanto ecológico y social como cósmico y religioso".

2.3. Normativas relacionadas a la anticoncepción

1. EL LIBRO DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS DE 1992

En junio de 1992 el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública publicó el *Libro de Normas y Procedimientos*, denominado también *Normas nacionales para la atención integral al niño, al escolar, al adolescente y a la mujer*, en correspondencia con el Plan Nacional de Supervivencia, Desarrollo Infantil y Salud Materna. Menciona elementos de la salud de la mujer no embarazada y a la planificación familiar. Se habla de los métodos tradicionales, el condón, la



píldora anticonceptiva y los dispositivos intrauterinos.

2. LA NORMA BOLIVIANA DE SALUD NB-SNS-01-96

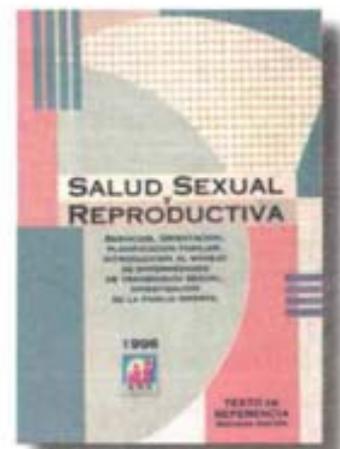


En junio de 1996, la Secretaría Nacional de Salud presentó la *Norma Boliviana de Salud NB-SNS-01-96*, para la atención a la mujer y al recién nacido en institutos de maternidad y en hospitales departamentales. Esta Norma estableció orientaciones de gestación normal y las emergencias obstétricas; contiene un capítulo dedicado al componente de anticoncepción, hace énfasis en las píldoras anticonceptivas, el dispositivo intrauterino y la anticoncepción en situaciones especiales (hipertensión arterial, malaria, enfermedad de Chagas, diabetes, cáncer cérvico-uterino y tuberculosis).

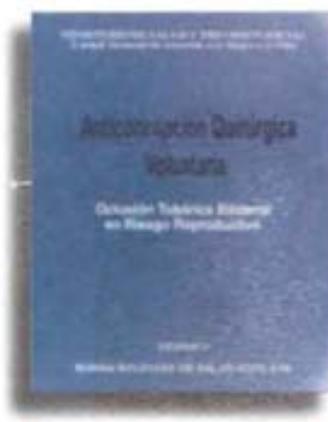
3. EL TEXTO DE REFERENCIA DE SALUD

SEXUAL Y REPRODUCTIVA – 1996

En diciembre de 1996, la Secretaría Nacional de Salud publicó la segunda edición del *Texto de referencia en salud sexual y reproductiva* como "documento complementario a las *Normas y protocolos de atención a la mujer y al recién nacido* de los tres niveles de atención, así como de la *Curricula de los centros de capacitación en salud reproductiva y escuelas de salud pública*". Este texto, que abordó ampliamente temas vinculados a la salud sexual y reproductiva (no fueron considerados temas referidos a la salud materna y perinatal), se propuso la tarea de ayudar en la profundización de los contenidos temáticos señalados, sobre todo de las normas existentes hasta ese momento en el país. Este documento al ser muy amplio es muy completo¹.



4. LA NORMA BOLIVIANA DE SALUD MSPS 4-98



En noviembre de 1998, el Ministerio de Salud y Previsión Social, aprobó la *Norma Boliviana de Salud MSPS 4-98*, referida a la "anticoncepción quirúrgica voluntaria, volumen 1, oclusión tubárica bilateral en riesgo reproductivo", para su aplicación en el segundo y tercer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud. Estableció las "reglas generales" para la realización de la oclusión tubárica bilateral (OTB) en establecimientos de salud que cumplieran con

¹ Riestler, *Universo Mítico de los Chimane* (1993), en el de Rebeca Ellis y Gonzalo Aráuz *Pueblo Indígena Tsimane'* (1998) y en los escritos de Pérez Diez (1985).

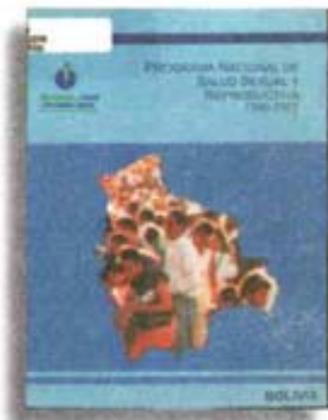
requisitos mínimos quirúrgicos y de bioseguridad, y con personal de salud debidamente capacitado. Además de contar con orientación adecuada y el consentimiento informado.

5. LA RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0421 DE 22-09-1998

En septiembre de 1998, un hito en la anticoncepción fue la Resolución Ministerial N° 0421 del Ministerio de Salud y Previsión Social, que aprobó el uso del Acetato de Medroxiprogesterona (AMPD) más conocido como *Depo-provera*, en la red de servicios del Ministerio de Salud y Deportes. Este hecho marca un momento de inflexión, siendo ahora uno de los métodos más usados por las mujeres de nuestro país.



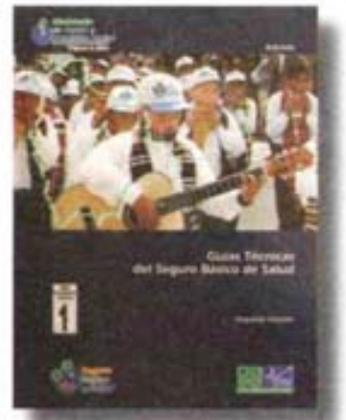
6. EL PROGRAMA NACIONAL DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA 1999-2002



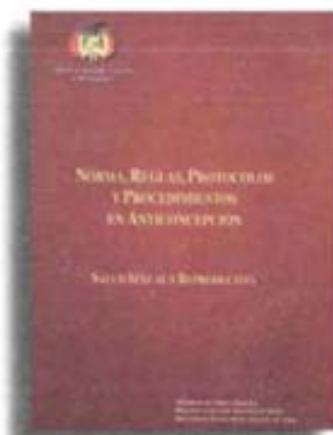
En marzo de 1999, el Ministerio de Salud y Previsión Social aprobó el Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 1999-2002, mediante Resolución Ministerial N° 134. Este programa oficializó la política específica del sector en aspectos relacionados con la atención a la Salud Sexual y Reproductiva en el país, definió alcances programáticos, y uno de sus componentes fue el de anticoncepción; los otros componentes fueron la salud materna y perinatal, la atención a la salud de la mujer no gestante y la prevención del riesgo reproductivo, la atención integral a la salud de adolescentes, la detección del cáncer ginecológico, la prevención y control de las ITS-VIH/SIDA, la promoción de la participación masculina y la prevención de la violencia intrafamiliar.

7. EL SEGURO BÁSICO DE SALUD

En diciembre de 1998, el gobierno boliviano promulgó el Decreto Supremo N° 25265 del Seguro Básico de Salud; fue una estrategia para asegurar el financiamiento público a una oferta de prestaciones de salud de alto impacto y bajo costo, a ser entregadas a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud y de la seguridad social. Dentro de esta oferta se consideraron prestaciones en anticoncepción. Este seguro contaba con prestaciones que se detallaban en las *Guías técnicas del Seguro Básico de Salud* (segunda edición), referidas principalmente a la consulta de orientación de servicios de anticoncepción, el dispositivo intrauterino, la anticoncepción oral, la anticoncepción inyectable y la anticoncepción de barrera (condón).



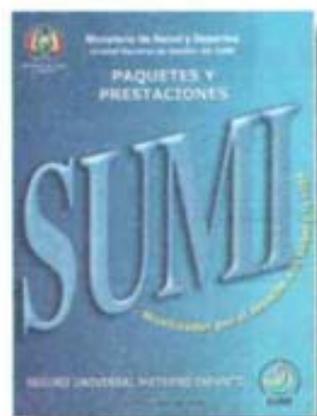
8. LA NORMA, REGLAS Y PROTOCOLOS EN ANTICONCEPCIÓN



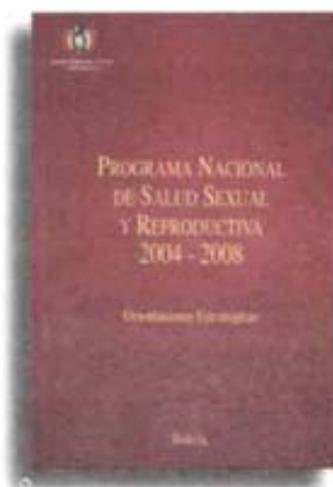
Desde el año 2000 se gestan diversos esfuerzos para sistematizar algunos procesos, incluido el componente de anticoncepción. El 2001, con la R.M. N° 0381, del 17 de agosto de 2001, sale a luz este documento (en el marco del Plan Estratégico de Salud-PES y el Seguro Básico de Salud), en razón a normar las actividades del equipo de salud, para mejorar la calidad de atención, estableciendo bases técnicas y legales de respaldo, asignando responsabilidades por niveles e iniciando actividades de auditoría médica.

9. EL SEGURO UNIVERSAL MATERNO INFANTIL

En el marco de la Ley N° 2426 del 21 de noviembre de 2002, se crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) en todo el territorio nacional con carácter universal, integral y gratuito, para otorgar las prestaciones de salud en los niveles de atención del Sistema de Nacional de Salud y del Sistema de Seguridad Social de Corto Plazo a las mujeres embarazadas desde el inicio de la gestación hasta los seis meses posteriores al parto y a los niños y niñas, desde su nacimiento hasta los cinco años de edad.



De acuerdo a la Ley N° 3250 de diciembre de 2006 se amplían las coberturas del SUMI: a mujeres mayores de cinco y hasta los 60 años de edad, incluyendo prestaciones de SSR y anticoncepción para esta población. Esto como una estrategia para que los insumos tengan financiamiento directo desde los fondos municipales y estén asegurados.



10. EL PROGRAMA NACIONAL DE SSR 2004-2008

Este programa tiene seis componentes, con el fin de planificación y organización de los recursos. Incluye un componente de anticoncepción, encargado de asegurar la capacidad técnica y los recursos suficientes para proporcionar información, orientación y servicios de anticoncepción, y fomentar el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos.

11. NORMA, REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS EN ANTICONCEPCIÓN

Como complemento al anterior documento, se elabora un *Manual de procedimientos técnicos en anticoncepción*, con R.M. 0789 de diciembre de 2003, con el fin de facilitar la aplicación de la norma, reglas, protocolos y procedimientos en la red de servicios de salud del país. Esta Norma sirve de base principal para el presente documento; la misma menciona las características y la forma de administración de la anticoncepción, tanto en servicios públicos como en centros privados.



La presente *Norma Nacional, reglas, protocolos y procedimientos en anticoncepción*, actualizada al 2009, se inscribe en el contexto de la política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), buscando operacionalizar una oferta racional de métodos anticonceptivos, respetando los derechos de la población, enmarcado en el artículo 66 de la Constitución Política del Estado, promulgada en febrero de 2009, donde se garantiza el ejercicio y cumplimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos de la población.

III. NORMATIVA GENERAL

3.1. Carácter de la Norma

La presente Norma define un conjunto de reglas, protocolos y procedimientos, todos ellos orientados a asegurar estándares de calidad en las prestaciones de salud relacionadas con la anticoncepción, y en correspondencia con los derechos sexuales y con los derechos reproductivos de la población, y con los requerimientos técnicos y organizativos establecidos internacionalmente.

La aplicación de esta Norma es de carácter obligatorio a nivel del Sistema Nacional de Salud, enmarcado dentro de la política nacional de salud familiar comunitaria intercultural, y de seguimiento estricto por los programas que realizarán las supervisiones necesarias para su cumplimiento.

3.2. Reglas específicas

REGLA 1: DE LOS MÉTODOS AUTORIZADOS

En los sectores privados, comerciales y sociales, se aprueba ofertar los métodos anticonceptivos que se mencionan, siempre que cumpla con las condiciones legales establecidas para los insumos y los medicamentos (UNIMED); se notifique de su utilización a la Unidad de Servicios de Salud y Calidad; y se cumpla con los principios de libre elección y de consentimiento informado.

1. MÉTODOS CUBIERTOS Y OFERTADOS POR EL SEGURO Y SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

1.1. Métodos anticonceptivos temporales

A. MÉTODOS NATURALES.

1. MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA (MELA).
2. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.
 - 2.1. Método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus).
 - 2.2. Método de la temperatura basal.
 - 2.3. Método del moco cervical (Billings).

- 2.4. Método sinto-térmico.
- 2.5. Método de los días fijos o días estándar.
- 3. MÉTODO DEL RETIRO.

B. MÉTODOS MODERNOS.

- 1. MÉTODOS DE BARRERA.
 - 1.1. Condón masculino o preservativo.
 - 1.2. Condón femenino.
- 2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) – T DE COBRE.
- 3. MÉTODOS HORMONALES.
 - 3.1. Métodos hormonales orales: anticonceptivos orales combinados.
 - 3.2. Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE):
Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE).
 - 3.3. Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina – AMPD

1.2. Métodos anticonceptivos permanentes

- 1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.
 - 1.1. Salpingoclasia – OTB.
 - 1.2. Vasectomía.

2. OTROS MÉTODOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA

A. MÉTODOS DE BARRERA.

- 1. ESPERMICIDAS.
- 2. EL CAPUCHÓN CERVICAL.

B. MÉTODOS HORMONALES.

- 1. PÍLDORA DE PROGESTINA SOLA (AOP) – MINIPÍLDORA.
- 2. MÉTODOS HORMONALES INYECTABLES.
- 3. PARCHES HORMONALES COMBINADOS.
- 4. ANILLO VAGINAL COMBINADO.
- 5. DISPOSITIVO INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL.
- 6. IMPLANTES.

REGLA 2: DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

La prestación de servicios de anticoncepción deberá comprender necesariamente la orientación e información a los usuarios y las usuarias, y la provisión de una amplia gama de métodos anticonceptivos, y/o la referencia al nivel correspondiente de manera oportuna y adecuada al marco de la política Nacional de Salud Familiar Comunitaria e Intercultural.

REGLA 3: DE LA ORIENTACIÓN

- La orientación es uno de los elementos de mayor importancia e indispensable para ofertar servicios de anticoncepción con calidad.
- El proveedor o la proveedora debe suministrar al usuario o a la usuaria información completa, veraz y oportuna, incluyendo beneficios, limitantes y riesgos para la salud, con el objetivo de garantizar la elección informada.
- La orientación debe facilitar el ejercicio de los derechos de los usuarios y de las usuarias de decidir libre y voluntariamente sobre el uso de un método anticonceptivo.
- Todos los establecimientos de salud deberán brindar orientación y atención en anticoncepción, a través de personal calificado; esto con el fin de mejorar el acceso a los servicios de planificación familiar y anticoncepción.
- El personal de salud brindará orientación en anticoncepción de acuerdo a las necesidades y/o requerimientos de los usuarios y de las usuarias, facilitando la toma de una decisión/ elección libre e informada.

REGLA 4: DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA

Los métodos anticonceptivos que requieren evaluación clínica y mayor seguimiento son:

- Métodos hormonales.
- El DIU (T de cobre).
- La anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV).

Todos los métodos deben usarse siguiendo las recomendaciones de los criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

REGLA 5: DEL SEGUIMIENTO DE LOS USUARIOS Y DE LAS USUARIAS

Se deberán programar controles y seguimiento de las usuarias y de los usuarios de anticoncepción usando la carpeta familiar.

REGLA 6: GRUPOS ESPECIALES

- **Los y las adolescentes** son saludables y elegibles para cualquiera de los métodos anticonceptivos, previa orientación y asesoramiento, sin embargo se debe tener especial cuidado con la oferta de los métodos permanentes. Esta población tiene muchas necesidades y son un grupo de riesgo tanto para embarazos no deseados como para abortos. Asimismo, se debe considerar que los y las adolescentes están expuestos al

riesgo elevado de contraer ITS, incluyendo el VIH/SIDA, por lo tanto cuando existe riesgo de contagio y de transmisión de ITS es importante que se promueva y proporcione la **doble protección**.

- Con los **hombres**, se debe tener en cuenta que habitualmente no consultan por anticoncepción, por lo que se debe tener con ellos un tratamiento diferenciado.
- Las **mujeres en la peri menopausia**, las mujeres cercanas a la menopausia, son de especial cuidado por su condición y se debe realizar un seguimiento cercano con el uso de algún anticonceptivo.
- Las **mujeres con VIH** son un grupo de especial cuidado para el uso de anticonceptivos.
- También se debe dar una especial importancia a las **mujeres víctimas de violencia sexual** y actuar de acuerdo a lo que indica la Norma de atención integral a las Víctimas de Violencia Sexual y de Género del Viceministerio de Justicia y del Ministerio de Salud y Deportes, en actual vigencia.
- Finalmente otro grupo especial es el de las **mujeres en el puerperio** (posparto o post-cesárea) para el cual se realizarán algunas recomendaciones.

REGLA 7: DE LOS INSTRUMENTOS DE REGISTRO Y DE SEGUIMIENTO

Los instrumentos de registro a ser utilizados en todos los establecimientos de salud de primer, segundo y tercer nivel son:

- Historia clínica única —en toda usuaria o usuario— (carpeta familiar SAFCI).
- Historia clínica perinatal base (HCPB) y carnet perinatal (anticoncepción, posparto en puérperas).
- Cuadernos de registro N° 2 y N° 3 de anticoncepción y de cáncer de cuello uterino.
- Formularios del Sistema de Administración Logística (SIAL):

Registros:

- ▲ De existencia: tarjeta de control de existencia.
- ▲ De consumo: formulario de registro diario de insumos entregados.
- ▲ De movimiento: formulario de movimiento de solicitud de insumos del Seguro Público de Salud.

Informes:

- ▲ De consumo: formulario de registro diario de insumos entregados.
- ▲ De movimiento de anticonceptivos: informe mensual de actividades.
- ▲ De reabastecimiento: formulario de movimiento y solicitud de insumos del Seguro Público de Salud.

REGLA 8: DE LA LOGÍSTICA DE INSUMOS Y ALMACENAMIENTO

La logística de suministros de anticoncepción deberá tomar en cuenta los siguientes criterios de programación y almacenamiento:

- La programación de suministros se dará en cuatro niveles gerenciales (nacional, departamental, municipal y local) y un nivel operativo (establecimiento de salud); este último estará sujeto a la programación anual y a la meta programática que se tenga en el establecimiento de salud.
- El almacenamiento de suministros de anticoncepción se dará de acuerdo a las siguientes recomendaciones específicas:
 - ▲ Identificar fechas de vencimiento (en el caso del condón masculino considerar cinco años desde la fecha de fabricación).
 - ▲ No mezclar los suministros con productos tóxicos.
 - ▲ Separar y dar de baja los anticonceptivos que estén deteriorados o vencidos.
 - ▲ Mantener el kárdex al día.
 - ▲ Entregar primero los anticonceptivos que estén próximos a expirar.
 - ▲ Solicitar los insumos de manera racional, para no exceder la demanda y manejar un stock permanente, evitando así el vencimiento y desperdicio de insumos, de acuerdo a las normas del sistema logístico.

CUADRO DE NIVELES (TIEMPOS) MÍNIMO Y MÁXIMO PARA SOLICITUD DE SUMINISTROS POR NIVEL DE ATENCIÓN

Nivel de distribución	Nivel mínimo	Nivel máximo	Período de reabastecimiento
CEASS nacional	12 meses	24 meses	Anual o por requerimiento.
CEASS regional	3 meses	9 meses	Semestral.
Municipio	45 días	4 y 1/2 meses	Trimestral.
Local (establecimiento de salud)	45 días	4 y 1/2 meses	Trimestral.

REGLA 9: DE LA ESTRUCTURA DE LOS PROTOCOLOS

La estructura interna de los protocolos contemplará las siguientes variables:

- Puntos clave del método.
- Descripción del método: breve resumen, nombres comunes y formas de presentación.
- Efectividad/tasa de falla: describe porcentualmente la protección que ofrece el método anticonceptivo frente a un posible embarazo y a la probabilidad de embarazo en el primer año de uso.
- Mecanismo de acción: describe la forma como actúa el método para evitar un embarazo.
- Características: señala los atributos de cada método anticonceptivo:
 - ▲ Si es apropiado o no para un usuario o una usuaria potencial.

- ▲ Los beneficios.
- ▲ Las limitantes.
- ▲ Los efectos secundarios.
- ▲ La aclaración de malentendidos.
- Señales de alarma, complicaciones y su manejo.
- Modo de uso: describe las medidas a tener en cuenta para la administración/utilización correcta del método
 - ▲ Retorno de la fertilidad: especifica cuándo la mujer puede embarazarse luego de abandonar el método anticonceptivo.
 - ▲ Procedimiento: describe la secuencia de pasos en la aplicación de algunos métodos.

REGLA 10: SOBRE LA CLASIFICACIÓN DE CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD (MÉTODOS TEMPORALES)

La elegibilidad de un método anticonceptivo dependerá de la existencia de alguna condición específica de la usuaria o del usuario, la que podría corresponder a una de las siguientes categorías (OMS):

- **Categoría 1:** no hay restricción para el uso de un método anticonceptivo.
- **Categoría 2:** los beneficios del uso del método generalmente son mayores que el riesgo teórico o potencial.
- **Categoría 3:** el riesgo teórico o potencial es mayor que los beneficios de uso del método.
- **Categoría 4:** existe un riesgo inaceptable para la salud cuando se asocia al uso del método.

En establecimientos donde los recursos técnicos son limitados, como por ejemplo servicios comunitarios, la clasificación puede ser simplificada en dos categorías. En este documento los criterios médicos de elegibilidad se encuentran al final de la descripción de cada método, con una tabla resumen y a detalle de todos los casos específicos y su clasificación.

REGLA 11: SOBRE LA CLASIFICACIÓN EN CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD (MÉTODOS PERMANENTES)

La elegibilidad en el caso de los métodos permanentes (OTB y vasectomía) deberá considerar la condición de salud de la usuaria o del usuario y corresponderá a una de las siguientes categorías (OMS):

- **Aceptar:** no hay restricciones al uso del método.
- **Cuidado o precaución:** proporcionar servicios de manera usual pero tomando en cuenta previsiones y precauciones especiales, dependiendo de la condición.
- **Postergar:** retrasar el procedimiento, hasta que la condición sea evaluada y/o tratada. Se deberá proveer métodos temporales alternativos de anticoncepción.
- **Referir:** derivar a un establecimiento de salud donde exista personal calificado (la OMS llama "especiales" a estas condiciones) donde haya la capacidad para ofrecer el procedimiento quirúrgico y el tipo de anestesia más apropiado.

IV. LISTA DE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y SU EFICACIA

4.1. Métodos cubiertos y ofertados por el Seguro y el Sistema Público de Salud

4.1.1. Métodos anticonceptivos temporales

A. MÉTODOS NATURALES.

1. MÉTODO DE LA LACTANCIA – AMENORREA (MELA).
2. MÉTODOS DE ABSTINENCIA PERIÓDICA.
 - 2.1. Método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus).
 - 2.2. Método de la temperatura basal.
 - 2.3. Método del moco cervical (Billings).
 - 2.4. Método sinto-térmico.
 - 2.5. Método de los días fijos o días estándar.
3. MÉTODO DEL RETIRO.

B. MÉTODOS MODERNOS.

1. MÉTODOS DE BARRERA.
 - 1.1. Condón masculino o preservativo.
 - 1.2. Condón femenino.
2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU) T DE COBRE.
3. MÉTODOS HORMONALES.
 - 3.1. Métodos hormonales orales: anticonceptivos orales combinados.
 - 3.2. Anticoncepción Oral de Emergencia (AOE):
Píldora Anticonceptiva de Emergencia (PAE).
 - 3.3. Anticonceptivos hormonales inyectables de sólo progestina –AMPD.

4.1.2. Métodos anticonceptivos permanentes

1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA.
 - 1.1 Salpingoclasia – OTB.
 - 1.2 Vasectomía.

4.2. Otros métodos autorizados en el Sistema de Salud de Bolivia

A. MÉTODOS DE BARRERA.

1. Espermicidas.
2. El capuchón cervical.

B. MÉTODOS HORMONALES.

1. Píldora de progestina sola – Minipíldora.
2. Inyectable hormonal combinado.
3. Parches combinados.
4. Anillo vaginal combinado.
5. Dispositivo intrauterino con levonorgestrel.
6. Implantes.

EFICACIA DE LOS ANTICONCEPTIVOS TASAS DE EMBARAZOS NO DESEADOS POR CADA 100 MUJERES

Método anticonceptivo	Tasas de embarazo Primer año (Trussell ^a)		Tasa de embarazo 12 meses (Cleland & Ali ^b)	
	Uso consistente y correcto	Como se lo usa comúnmente	Como se lo usa comúnmente	
Implantes	0.05	0.05		0-0,9
Vasectomía	0.1	0.15		MUY EFICAZ
DIU de levonorgestrel	0.2	0.2		
Esterilización femenina	0.5	0.5		1-9
DIU de Cobre	0.6	0.8	2	EFICAZ
MELA (para 6 meses)	0.9 _c	2 _c		
Inyectables mensuales	0.05	3		10-25
Inyectables de progestina sola	0.3	3	2	MODERADA- MENTE EFICAZ
Anticonceptivos orales combinados	0.3	8	7	
Píldoras de progestina sola	0.3	8		26-32
Parche combinado	0.3	8		POCO EFICAZ
Anillo vaginal combinado	0.3	8		
Condones masculinos	2	15	10	
Método de la ovulación	3			
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	

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 M.M. Reproductive consequences of contraceptive failure in 19 developing countries. Obstetrics and Gynecology. 2004; 104(2): 314-320.

c. La tasa para uso consistente y correcto de MELA es un promedio ponderado de cuatro 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. 1996;54(1): 55-57.

d. Tasa de embarazo para mujeres que tuvieron partos.

e. Tasa de embarazo para mujeres que nunca tuvieron partos.

V. NIVELES DE ATENCIÓN Y FUNCIONES DEL PERSONAL DE SALUD

5.1. Niveles de gestión y de atención

La oferta de servicios de anticoncepción deberá brindarse en la red de servicios de salud, en los tres niveles de atención. Esta red debe contar con un sistema de referencia y retorno entre los niveles mencionados, de acuerdo a la Norma nacional y en el marco de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.



En relación con las normas vigentes, las autoridades del nivel correspondiente deberán asegurar la oferta de servicios de anticoncepción de calidad, con opciones y con una adecuada orientación.

5.1.1. Niveles de gestión

El Sistema Nacional de Salud establece cuatro ámbitos de gestión:

- **Nivel nacional:** correspondiente al Ministerio de Salud y Deportes (MSD), que es el órgano rector-normativo de la gestión de salud a nivel nacional, responsable de formular las estrategias, las políticas y los planes nacionales, así como de dictar las normas que rigen el Sistema Nacional de Salud.
- **Nivel departamental:** correspondiente al Servicio Departamental de Salud que promueve la difusión de las normas vigentes, su aplicación y su supervisión en la red de establecimientos de salud.
- **Nivel municipal:** correspondiente al Directorio Local de Salud (DILOS), que está a cargo de la coordinación de la red; organiza y supervisa la aplicación de la Norma en la red de establecimientos de salud de su jurisdicción. El DILOS, en cada uno de los municipios, constituye la máxima autoridad en la gestión compartida con participación comunitaria en salud, para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Elabora, suscribe y evalúa compromisos de gestión con el coordinador de red. Evalúa la situación de salud, la red de servicios, la ejecución de programas, el Seguro Público de Salud y la calidad de atención.
- **Nivel local:** correspondiente al establecimiento de salud en su área de influencia y a los equipos móviles como nivel operativo.

5.1.2. Niveles de atención

Son tres los niveles de atención establecidos en el Sistema Nacional de Salud, cuyas características principales y funciones en relación a la anticoncepción se detallan a continuación:

Primer nivel

Comprende a los centros/puestos SAFCI, y a modalidades de prestación de servicio de nivel comunitario y municipal, bajo enfoques de promoción y prevención de la salud. El personal de salud, en el marco de sus funciones, es responsable de la aplicación de las normas durante la prestación de servicios de anticoncepción.

Segundo nivel

Comprende a los consultorios de hospitales de segundo nivel, con personal calificado para la atención en anticoncepción que requiere de un manejo especializado, como es el caso de la Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV) y de otras prestaciones de anticoncepción.

Tercer nivel

Comprende servicios o unidades de hospitales especializados y de maternidades, para la atención especializada, la investigación y la formación de recursos humanos. Oferta servicios de AQV, desarrolla actividades de capacitación e investigación en anticoncepción, y apoya a los establecimientos del segundo y primer nivel. En este nivel se considera la organización de unidades para la atención de anticoncepción en situaciones especiales (climaterio, violencia sexual y discapacidad).

5.2. Funciones del personal de salud

A continuación se señalan las funciones principales del personal de salud, las que deben ajustarse en correspondencia con el nivel profesional y el cargo.

- Gestión y gerencia.
- Atención integral.
- Información y comunicación social.
- Educación y capacitación.
- Apoyo a la participación.
- Registro, análisis e investigación.

Las principales actividades y responsabilidades de estas seis categorías de funciones en relación a la anticoncepción se desagregan a continuación.

5.2.1. Gestión y gerencia

- Programar reuniones de los Comités de Análisis de Información (CAI).
- Definir la población programática.

- Definir las necesidades programáticas de atención en anticoncepción, tomando en cuenta los planes y las recomendaciones del Ministerio de Salud y Deportes.
- Establecer convenios con instituciones de otros sectores para asegurar una oferta amplia y de calidad.
- Establecer convenios con establecimientos de mayor nivel de complejidad y de capacidad resolutoria para la referencia de casos cuyo riesgo o daño así lo requiera.
- Programar la dotación de formularios de registro y de material educativo para el componente.
- Programar el desarrollo de actividades preventivo-promocionales en correspondencia con las reglas y protocolos contenidos en el presente documento.
- Programar la capacitación del personal institucional para garantizar una atención de calidad.
- Programar actividades de capacitación para el personal comunitario (agentes comunitarios de salud responsables populares de salud, líderes juveniles, organizaciones sociales, etc.).
- Programar actividades de comunicación social para optimizar la información, educación y comunicación.
- Supervisar, hacer seguimiento y evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de la programación y de los planes.
- Analizar y tomar decisiones estratégicas, basándose en datos de coberturas, producción de servicios y de calidad, en reuniones conjuntas entre personal de salud, distribuidores comunitarios y representantes de la sociedad.

5.2.2. Atención integral

- Desarrollar actividades preventivo-promocionales en correspondencia con las orientaciones del presente documento.
- Organizar y adecuar las instalaciones físicas, mobiliario y equipos para asegurar una atención de calidad.
- Organizar los establecimientos para hacerlos instalaciones amigables, a fin de favorecer el acceso y el uso de éstos por parte de múltiples usuarios y usuarias, entre los cuales se encuentran los y las adolescentes.
- Organizar sistemas de referencia y retorno en función del nivel de complejidad y de capacidad resolutoria del establecimiento.

5.2.3. Información y comunicación social

- Seleccionar y organizar los contenidos para información y comunicación social.
- Definir los ámbitos geográficos e institucionales en los cuales se desarrollarán actividades de información y comunicación social.
- Proporcionar información y orientación en anticoncepción bajo una visión integral de salud sexual y salud reproductiva, en el marco de los derechos de los usuarios y las usuarias.

- Definir los tipos y las estrategias de información, orientación y comunicación social.
- Asegurar la oferta de información, orientación y comunicación social en correspondencia con las particularidades regionales y culturales.

5.2.4. Educación y capacitación

- Capacitar al personal de salud para una adecuada comprensión y manejo de las políticas y normas vigentes en relación con la atención en anticoncepción.
- Capacitar al personal de salud para la correcta aplicación de las reglas y protocolos de anticoncepción.
- Capacitar al recurso humano comunitario y municipal (responsables populares de salud, profesores, funcionarios municipales y líderes juveniles) en la promoción de los derechos sexuales y de los derechos reproductivos, entre ellos el derecho a acceder a orientación y a servicios de anticoncepción.

5.2.5. Apoyo a la participación comunitaria

- Desarrollar iniciativas para promover la participación organizada de la comunidad en actividades de promoción de los derechos sexuales y reproductivos.
- Promover actividades intersectoriales con diversos grupos de población, y principalmente entre ellos con adolescentes, para fomentar su participación y la realización de acciones preventivo- promocionales.
- Promover la participación de la población, sobre todo de adolescentes, en programas de trabajo con pares, capacitándola para la utilización de los medios didácticos y de comunicación social disponibles.

5.2.6. Registro, análisis e investigación

- Asegurar la adecuada dotación y uso de la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), historia clínica única y la carpeta familiar SAFCI, para establecimientos de los tres niveles de atención.

VI. ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN

5.1. ¿Qué es orientación en anticoncepción?

Es una interacción de persona a persona, a través de la cual el proveedor y/o la proveedora de salud (orientador o orientadora) facilita información a la mujer, al hombre o a la pareja, para elegir el método anticonceptivo más adecuado y de acuerdo con las características de la persona y del método.

Esta ayuda implica respetar el derecho a la libertad de elección y a la capacidad de la persona para tomar decisiones.



5.2. ¿Por qué orientar en anticoncepción?

- Mejora la confianza del usuario y/o la usuaria en el proveedor o proveedora.
- Posibilita un proceso de libre elección informada.
- Facilita la participación de la usuaria y/o usuario en el autocuidado.
- Mejora la satisfacción con el método (aceptación de los posibles efectos secundarios).
- Mejora el modo de uso del método anticonceptivo (instrucciones y seguimiento).
- Mejora la satisfacción con el servicio.

5.3. ¿Cómo orientar?

Para que la orientación sea efectiva es necesario tener en cuenta los cinco pasos del modelo de atención. Para la aplicación de estos pasos la orientadora y/o orientador debe desarrollar destrezas y habilidades de comunicación interpersonal. Comunicación interpersonal es el intercambio efectivo de información, conocimientos, sentimientos y emociones de forma verbal y no verbal: (Díaz M.; Cabral F.: 2001. Módulo 5).

- Establecer una relación cordial con las usuarias y los usuarios que comprenda privacidad y confianza.
- Identificar las necesidades de las usuarias y los usuarios, incluyendo: planes reproductivos de la persona, proyecto de vida, tipo de relación de pareja (estable, varias parejas, etc.), vida sexual (activa, ocasional), salud, problemas de salud, trabajo (disponibilidad para el seguimiento), acceso al servicio de salud, religión, valores.

- Escuchar atentamente y explicar en lenguaje simple y comprensible, acorde a la realidad educativa y cultural de la usuaria o del usuario.
- Responder a las necesidades de las usuarias y los usuarios, teniendo en cuenta: dar informaciones específicas para el uso del método, características (modo de uso, eficacia, cómo funciona, criterios de elegibilidad, efectos secundarios y su manejo), seguimiento, costo, libertad de cambio y discontinuación.
- Verificar la comprensión de las usuarias y los usuarios de modo de facilitar el proceso de decisión, reflexionando y discutiendo sobre las características del método y de la vida de la persona.

Finalmente en este punto es importante indicar que el proveedor o la proveedora deberá tener ética, es decir no influenciar y respetar la decisión de la persona, manteniendo una relación cordial con las usuarias y los usuarios².

5.3.1. ¿Cuándo orientar?

- En la consulta inicial de la usuaria o el usuario, o de la pareja.
- Después de la acción educativa.
- En cualquier consulta de seguimiento.
- En la consulta posparto.
- En la consulta post-aborto.
- En cualquier otra consulta que la persona requiera.

5.4. Otros aspectos importantes a tener en cuenta

5.4.1. La orientación y el enfoque integral de la salud sexual y de la salud reproductiva

La orientación debe tener un enfoque en la persona como ser integral, es decir que la orientación no debe enfocarse sólo al uso de métodos anticonceptivos, pues es necesario tomar en cuenta otros aspectos fundamentales de la salud sexual y de la salud reproductiva: ITS, sexualidad, cáncer de cuello uterino y de mama, entre otros. Esta integralidad ayudará a que la persona pueda elegir el método adecuado.

5.4.2. La orientación, los derechos sexuales y derechos reproductivos

El proveedor y/o proveedora debe conocer y enfocar la orientación en el contexto de los derechos sexuales y derechos reproductivos, comprendiendo la anticoncepción como un derecho de toda persona para ejercer su sexualidad y decidir libremente el número de hijos y/o hijas

² Díaz, Margarita y Cabral, Francisco, 2001. *Optimizando la calidad y humanizando la atención en planificación familiar y otros componentes de la salud sexual y reproductiva.*

que desea tener, y el espacio de tiempo entre los nacimientos; por tanto, el orientador y/o orientadora debe brindar la información completa y correcta de cada método y hacer conocer a las usuarias y los usuarios que puede cambiar de método o dejar de usarlo cuando lo desee.

5.4.3. La orientación y la elección informada

El orientador y/o orientadora necesita reconocer y respetar la capacidad que tienen las personas para tomar sus propias decisiones. La toma de decisiones es fundamental para lograr una elección libre e informada.

Las decisiones influenciadas generalmente llevan al usuario y/o a la usuaria a que no se sienta satisfecho o satisfecha con el uso del método anticonceptivo, no lo use de forma adecuada, no tolere los efectos secundarios y abandone el método con consecuencias que afectarán la calidad de vida de la persona. Una decisión pensada e informada hará que la persona se sienta satisfecha con el método anticonceptivo, lo use en forma correcta, tenga mayor tolerancia por los efectos secundarios y mejore su calidad de vida.

"La elección informada es un proceso dinámico de toma de decisiones, y en última instancia, la libertad y condiciones necesarias para ejercer una decisión que corresponde con las necesidades de vida y salud de la persona, y logra que ésta lleve a cabo sus intenciones reproductivas" (AVSC Internacional: 1998).

5.4.4. Orientación y recursos visuales

La orientación debe estar acompañada de recursos visuales (muestrarios, rotafolios, trípticos, y métodos anticonceptivos para manipular). Con los recursos visuales las usuarias y los usuarios comprenden mejor la información, despejan dudas y sentimientos de temor por el uso de un método anticonceptivo que no conocen o no han utilizado antes.

El orientador y/o orientadora debe estar capacitado para el uso de los recursos visuales; éstos necesitan ser utilizados de manera adecuada y diferenciada, ya que no siempre lo que los profesionales ven, es lo que están viendo los demás. Nuevamente, las destrezas y habilidades de comunicación son parte fundamental para el orientador o orientadora: no basta solamente conocer o saber las características de los métodos anticonceptivos.

5.4.5. Información – acción educativa

La información sobre anticoncepción implica dar a conocer qué métodos anticonceptivos existen. Puede hacerse por diferentes medios de comunicación y como un proceso individual o grupal, no obstante, la sola información no ayuda a la elección de un método anticonceptivo.

La acción educativa es un proceso grupal donde se brinda información sobre las opciones anticonceptivas y sobre las características de cada método anticonceptivo, con la finalidad que las usuarias y los usuarios puedan tomar decisiones informadas. La acción educativa es un proceso dinámico de construcción del conocimiento. Por ello, debe iniciarse a partir de lo que las personas saben y piensan acerca de los métodos anticonceptivos, brindando la nueva información de forma completa y correcta. La acción educativa puede conducir a la persona a buscar un método anticonceptivo y, por tanto, a la orientación sobre el mismo.

MÉTODOS CUBIERTOS Y OFERTADOS POR EL SEGURO Y EL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD

VII. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES

A. MÉTODOS NATURALES

1.

Método de la LACTANCIA-AMENORREA (MELA)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

- ◆ **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.
- ◆ **Requiere amamantar con frecuencia durante el día y la noche.**
- ◆ **Le brinda a la mujer la posibilidad de utilizar un método mientras elige otro método continuo que puede seguir usándolo después de los 6 meses.**

Descripción del método

El MELA es 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 lactancia y amenorrea (MELA) requiere cumplir tres condiciones, estas son:

1. Que la madre no haya vuelto a menstruar durante los primeros seis meses después del parto.
2. Que el bebé esté siendo alimentado con lactancia materna exclusiva y con frecuencia, durante el día y la noche.
3. Que el bebé tenga menos de seis meses de edad.

Cuando la usuaria no cumple con los tres criterios o no desea continuar con el método, puede elegir otro método anticonceptivo.



"Pecho o lactancia exclusiva: 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). El niño o niña debe recibir seno materno inmediatamente después de nacer (dentro la primera hora de nacido), darle el pecho las veces que quiera por lo menos 10 veces durante las 24 horas" (AIEPInut).

Efectividad/tasa de falla

- La efectividad es de 98%, siempre y cuando se cumplan los tres criterios arriba mencionados.
- La tasa de falla es de dos embarazos por cada 100 mujeres en los primeros seis meses posparto.

Mecanismo de acción

La estimulación frecuente del pezón materno (mediante la succión) produce una mayor liberación de hormona prolactina, esto suprime la ovulación.

Al dar de lactar se reduce la descarga pulsátil de la hormona liberadora de gonadotropina (GnRH), la cual a su vez suprime la liberación de hormona luteinizante (LH), indispensable para la actividad ovárica y la ovulación. La succión del recién nacido provoca dos reflejos: la

secreción de oxitocina y prolactina, esenciales para mantener la producción de leche (que también depende de la frecuencia y duración de la lactancia). La prolactina compite con la hormona foliculoestimulante (FSH), hormona también importante para la ovulación.

Características

Es apropiado para mujeres que cumplen los criterios arriba mencionados.

■ Beneficios:

- ▲ Efectividad elevada e inmediata.
- ▲ No tiene efectos secundarios.
- ▲ No necesita supervisión médica.
- ▲ No requiere de insumos.
- ▲ No implica costo alguno.
- ▲ Disminuye el sangrado posparto.
- ▲ Mejora la salud del recién nacido

■ Limitantes:

- ▲ Efectividad elevada sólo hasta que se reanuda la menstruación o hasta los seis meses posparto; existen estudios que mencionan que puede existir efectividad luego de los seis meses si aún existe amenorrea, pero los datos son poco consistentes.
- ▲ No protege contra las ITS-VIH/SIDA.
- ▲ Si la madre tiene el VIH, existe la posibilidad de que éste pase al bebé a través de la leche materna.

■ Efectos secundarios:

- ▲ No existen efectos secundarios ni complicaciones atribuibles al método.

Modo de uso (dar lactancia materna)

- Comenzar con la lactancia materna inmediatamente (antes de 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.
- Un régimen ideal es alimentar a libre demanda (o sea cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces al día durante las primeras semanas, y luego 8 a 10 veces por día, incluyendo al menos una vez durante la noche durante los primeros meses.
- El espacio entre la succión no debe 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 estimulados a tomar pecho con mayor frecuencia.

Problemas con el uso

- Los problemas con el MELA afectan a la satisfacción de la mujer con el uso del método. Si la usuaria cuenta que tiene problemas, debe escuchar dudas e inquietudes, asesorarla y si corresponde, realizar el tratamiento respectivo.
- Ofrezca ayuda a la usuaria en la elección de otro método o de un método de respaldo si tiene dudas, en ese mismo momento, si lo desea, o más adelante, si no se pueden superar los problemas.

Programe una visita de seguimiento

- Programe la próxima visita mientras se sigan aplicando los criterios del MELA, para elegir otro método y seguir evitando embarazos.
- De ser posible, entregue condones. La usuaria podrá comenzar a utilizarlos si el niño o niña ya no se está alimentando con lactancia exclusiva, si se restablece la menstruación, o si el niño o niña cumple seis meses antes de que la madre pueda volver para obtener otro método.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el MELA

Todas las mujeres que amamantan pueden usar el MELA de forma segura, pero en las siguientes situaciones tal vez convenga considerar otros métodos anticonceptivos:

- ◆ Estén infectadas con VIH, incluyendo SIDA.
- ◆ 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).

2.

Métodos de **ABSTINENCIA PERIÓDICA**

(Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios 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.

Descripción

Conocimiento de la fertilidad significa que la mujer puede darse cuenta cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica, otras de planificación familiar natural, o de métodos naturales.

La mujer puede aplicar varias maneras, solas o combinadas, para identificar cuándo comienza y termina su período fértil.

Los **métodos basados en el calendario** implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual a fin de identificar el comienzo y la finalización del período fértil.

Ejemplos: método de días fijos y método del ritmo de calendario.

Los **métodos basados en 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 condiciones basales (reposo) 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 TCB, método de la ovulación (también conocido como método Billings o método del moco cervical) y el método de síntomas y temperatura. Implican la identificación de los días fértiles en el ciclo menstrual, ya sea observando los signos de fecundidad, tales como secreciones cervicales, la temperatura basal del cuerpo, o monitoreando los días del ciclo menstrual.

El éxito de estos métodos depende de la capacitación y habilidad de la usuaria para identificar la fase fértil de cada ciclo, y de la motivación y disciplina de la usuaria para practicar la abstinencia durante el tiempo requerido, por esto es importante el compromiso de la pareja para el uso de estos métodos.

La orientación apropiada y el apoyo a las parejas, mediante un buen seguimiento, son esenciales para asegurar la efectividad de estos métodos.

Tipos de métodos

Entre los métodos de abstinencia periódica están:

- El método del calendario o método del ritmo (Ogino Knaus).
- El método de la temperatura basal corporal (TBC).
- El método del moco cervical o método de la ovulación (Billings).
- El método sinto-térmico.
- El método de días fijos o días estándar.

Efectividad/tasa de falla

Con el uso correcto y consistente, la efectividad es de 91 a 99%. Se registran de 1 a 9 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso.

Método	Embarazos cada 100 mujeres en el transcurso del primer año *
Métodos basados en el calendario	
Método de días fijos o estándar	5
Método del calendario o ritmo	9
Métodos basados en los síntomas	
Método de la TBC	1
Método de la ovulación	3
Método de síntomas y temperatura	2

* Si se usa de manera consistente y correcta.

El retorno de la fertilidad, después de interrumpir los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, se da **sin demora**.

No brinda **ninguna** protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Mecanismo de acción

Se previene el embarazo al evitar voluntariamente el coito vaginal durante el período fértil del ciclo menstrual. Si no hay coito vaginal los espermatozoides no entran en contacto con el óvulo de la mujer y por lo tanto no hay fecundación.

Características

- Efectos colaterales:
 - ▲ Ninguno.
- Riesgos conocidos para la salud:
 - ▲ Ninguno.

Beneficios de los métodos de abstinencia periódica

- Promueven el conocimiento del aparato reproductor femenino (puede servir para evitar un embarazo o para conseguirlo).
- No interfieren con la lactancia materna.
- No hay riesgos para la salud relacionados con estos métodos.

- No tienen efectos secundarios.
- Promueven la participación y la responsabilidad del varón en la anticoncepción.

Limitantes a tomar en cuenta

- Las mujeres cuyos ciclos son irregulares, pues puede resultarles difícil utilizar el método y deben buscar otro método.
- La efectividad es moderada con el uso común.
- Necesitan de un proceso de capacitación y aprendizaje de la función del aparato reproductor.
- No son útiles cuando existe amenorrea de lactancia.
- Pueden requerir de largos períodos sin coito vaginal y resultar difícil de cumplir.
- Requieren llevar un registro diario de signos y síntomas.
- Cuando existe una infección genital puede ser difícil interpretar las modificaciones del moco cervical.
- No protegen contra las ITS/VIH .
- Es difícil para personas que no son capaces de negociar con su pareja la abstinencia durante los días fértiles y para parejas que no tienen buena comunicación sobre los temas de su sexualidad y las relaciones sexuales.
- No interfieren con la fertilidad.

2.1.

Método del CALENDARIO O DEL RITMO (Ogino Knaus)

Descripción del método

Antes de confiar y utilizar este método la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual por un mínimo de seis meses, para identificar el comienzo y/o el final de su período fértil. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como "día uno".

Características

Es apropiado para parejas que realizan cálculos numéricos para determinar los días del período fértil del ciclo menstrual y pueden abstenerse de tener coitos vaginales durante estos días.

Modo de uso (procedimiento)

- Se debe identificar cuál ha sido el ciclo más corto y cuál el ciclo más largo en ese período de seis meses.
- Se debe calcular el primer día fértil restando 18 días a la duración del ciclo más corto.
 - ▲ *Primer día fértil = ciclo más corto - 18 días.*
- Se debe calcular el último día fértil restando 11 días al ciclo más largo.
 - ▲ *Último día fértil = ciclo más largo - 11 días.*
- Luego se debe trasladar este período fértil a las fechas que (para ese mes) corresponden al calendario. La pareja debe abstenerse de tener coitos vaginales durante la fase fértil (o puede utilizar algún método de barrera durante estos días).

Se debe realizar este procedimiento **todos los meses**, tomando como base para el cálculo los últimos seis ciclos menstruales (cada mes pueden variar los períodos fértiles, dependiendo de la duración de los ciclos menstruales, por lo que se debe **realizar un cálculo para cada mes**). Dicho de otro modo: la mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los seis ciclos más recientes.

Ejemplo:

- Si el más corto de sus seis últimos ciclos fue de 27 días, la fórmula a aplicar es: $27 - 18 = 9$. Debe comenzar a evitar el coito sin protección a partir del día 9.
- Si el más largo de sus seis últimos ciclos fue de 31 días, la fórmula a aplicar es: $31 - 11 = 20$. La mujer puede volver a tener coito sin protección a partir del día 21.
- Por lo tanto, ella debe evitar el coito vaginal sin protección desde el día 9 hasta el día 20 de su ciclo, siempre teniendo en cuenta que el primer día de su menstruación se cuenta como "día uno".

**CRITERIOS MÉDICOS****de elegibilidad para los 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 usuaria sea evaluada o corregida. Proporcione a la usuaria 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:

- Cuando la mujer tuvo un parto recientemente o está amamantando (postergue hasta que la mujer haya tenido un mínimo de tres menstruaciones y éstas se hayan regularizado otra vez. Después de restablecidos los ciclos regulares, recomiende utilizarlo con precaución por algunos meses).
- Cuando la mujer ha tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo (postergue hasta el inicio de su próxima menstruación).
- Cuando existe sangrado vaginal irregular.

En las siguientes situaciones postergue o tenga cautela con los métodos basados en el calendario:

- Con la ingesta de medicamentos que modifican el ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina, tricíclicos, o tetracíclicos), uso prolongado de ciertos antibióticos, o uso **prolongado** de cualquier antiinflamatorio no esteroideo (como aspirina, ibuprofeno o paracetamol). Estos medicamentos pueden demorar la ovulación.

2.2.

Método de la **TEMPERATURA BASAL CORPORAL** (TBC)

IMPORTANTE: Si la mujer presenta fiebre u otros cambios en la temperatura corporal, puede que sea difícil utilizar el método TBC.

Descripción del método

Se basa en el aumento de la temperatura corporal justo después de la ovulación; este aumento está asociado a la secreción de progesterona por el cuerpo lúteo del ovario.

Características

Es apropiado para mujeres que están dispuestas a abstenerse de tener coitos vaginales durante largos períodos de tiempo (sólo debe tenerlos durante la fase post-ovulatoria, es decir luego de la subida de la temperatura).

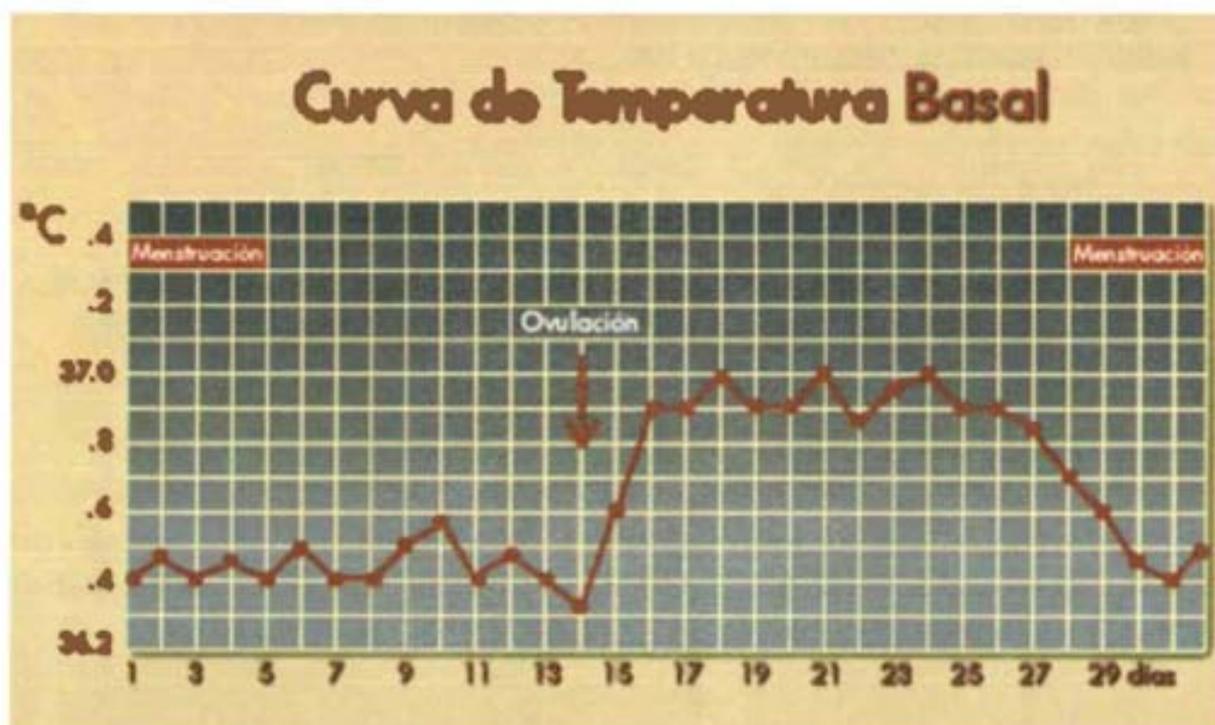
Modo de uso (procedimiento)

Este procedimiento deberá ser realizado por parte de la mujer y para el cual habrá que darle las siguientes indicaciones:

- Deberá contar con una planilla de control y registro de la temperatura basal.
- Deberá tomarse la temperatura oral, rectal o vaginal, a la misma hora todas las mañanas antes de levantarse de la cama (deberá saber leer un termómetro y registrar su temperatura en la planilla).
- Observar si su temperatura se eleva levemente 0.2°C a 0.5°C , cambio que sucede justo después de la ovulación (en general por la mitad del ciclo menstrual).

- La mujer considerará el primer día de la menstruación como el día uno del ciclo; deberá marcar la temperatura de cada día en la planilla haciendo un punto al centro del cuadro que corresponde al día del ciclo y a la temperatura.
- Deberá conectar progresivamente todos los puntos marcados, formando una línea continua que irá desde el primer día del ciclo hasta el último (empezará una nueva planilla el primer día de cada ciclo menstrual).
- La mujer deberá evitar el coito vaginal hasta que la temperatura suba por encima de su valor normal y se mantenga elevada por tres días completos. Esto significa que la ovulación ha ocurrido. La fase infértil comienza la noche del tercer día consecutivo en que la temperatura permanece elevada.
- Podrá practicar el coito vaginal una vez que esto suceda, sin precaución (por los siguientes 10 ó 12 días), hasta que comience la próxima menstruación.

CONTROL Y REGISTRO DE LA TEMPERATURA BASAL



2.3.

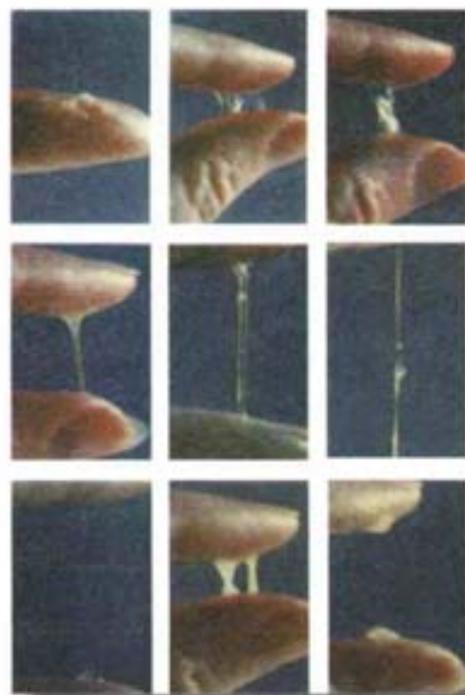
Método del MOCO CERVICAL (Billings)

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra patología que modifique el moco o secreción cervical, es posible que este método sea difícil de utilizar.

Descripción del método

Se basa en el reconocimiento e interpretación de cambios cíclicos en el moco o secreción cervical. Estos cambios ocurren en respuesta a los niveles cambiantes de estrógeno.

Durante un ciclo menstrual la mujer puede tener diferentes sensaciones en la entrada de la vagina y cambios en las características del moco cervical. Las parejas que practican este método pueden tener coitos vaginales durante la fase pre-ovulatoria y durante la fase post-ovulatoria, ya que es posible identificar la fase infértil en ambas partes del ciclo, si se monitorea el patrón del moco cervical.



Mecanismo de acción

Periodo infértil

- Después de la menstruación siguen unos días secos. El moco cervical es grueso y pegajoso, y forma un tapón que bloquea el canal cervical. Hay sensación de sequedad en la vagina. No hay moco visible durante estos días.

Período fértil

- Al ir aumentando los niveles circulantes de estrógeno, aparece cierta cantidad de moco en la vagina. Al principio es escaso y la mujer tiene la sensación de humedad o de algo pegajoso en la vulva.
- Al continuar aumentando los niveles de estrógeno (al acercarse a la ovulación), el moco es más abundante y se siente resbaloso y lubricante.
- El moco tiene un día en que alcanza un punto máximo y es más resbaloso, abundante, elástico y lubricante.
- El moco es delgado, blanco y transparente, y es sumamente elástico. Puede parecer clara de huevo. Este tipo de moco indica que la mujer es fértil (al último día de este tipo de moco se le llama el "día pico" del moco).

Período infértil

- Pasados algunos días (generalmente tres días), la sensación de lubricación desaparece y hay un retorno un tanto abrupto a la sensación de tener algo pegajoso en la vulva, seguido de sequedad.
- El moco se torna pegajoso, pastoso, o bien la mujer no presenta humedad alguna (período seco post-ovulatorio).

Características

Es apropiado en parejas que han decidido abstenerse de tener coitos vaginales por largos períodos de tiempo.

Modo de uso (procedimiento)

- En el período infértil (seco), al inicio del ciclo menstrual, la pareja puede tener coitos vaginales sin riesgo de embarazo.
- En el período fértil (húmedo), dentro del ciclo menstrual, la pareja evitará tener coitos vaginales; podrá utilizar un método de barrera, hasta cuatro días después del día pico.
- En el período infértil (seco), al final del ciclo menstrual, puede tener coitos vaginales sin precaución hasta que el sangrado menstrual comience nuevamente.
- Se recomienda que las parejas eviten el coito vaginal sin protección durante la menstruación, porque podría ser difícil notar las características del moco cervical; sin embargo, las probabilidades de que la mujer se embarace durante los primeros 5 ó 6 días del ciclo son mínimas.
- Una vez que el sangrado menstrual termina, y que la mujer no tiene flujo por varios días, comúnmente el coito vaginal se considera seguro.
- Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener coito vaginal sin protección, pero no en dos días consecutivos (si se evita el coito vaginal en el segundo día le da tiempo al semen a desaparecer y se pueda observar el moco cervical).
- Se recomienda que tengan relaciones sexuales al finalizar la tarde, después que la mujer ha estado de pie al menos por unas horas y ha podido revisar el moco cervical.

2.4.

Método SINTO-TÉRMICO

Descripción del método

Los usuarios y las usuarias de este método deben identificar los días fértiles y los días infértiles, combinando la observación, las instrucciones de la temperatura basal y las secreciones cervicales, y con frecuencia, utilizando también otras señales y síntomas de la ovulación.

Características

- Es apropiado para parejas que han decidido utilizar la abstinencia periódica como su método anticonceptivo y quisieran lograr el mayor grado posible de protección, a la vez que tener períodos de abstinencia más cortos.
- Las usuarias identifican los días fértiles y los días infértiles combinando las instrucciones de los métodos TBC y del moco cervical.
- 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 del período de la ovulación).
- La pareja debe evitar tener relaciones sexuales sin protección entre el primer día de la menstruación y el cuarto día posterior al pico de las secreciones cervicales, o el tercer día completo después del ascenso de la temperatura (TCB), lo que suceda más tarde.
- Algunas mujeres que usan este método tienen relaciones sexuales sin protección entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, pero no durante dos días consecutivos, con el fin de que el esperma desaparezca y poder revisar las características del moco cervical.

Modo de uso (procedimiento)

- Se evitará el coito vaginal sin protección cuando la mujer siente que tiene un moco cervical compatible con la ovulación.

- Se evitará el coito vaginal sin protección hasta el momento en que coincidan el cuarto día después de que el moco llega a su máxima elasticidad y el tercer día entero después de la elevación de su temperatura basal. Si uno de estos eventos ocurre primero que el otro, la pareja esperará a que ocurra el segundo evento antes de practicar el coito vaginal sin precaución.
- Otras señales y síntomas de la ovulación incluyen: dolor abdominal, cambios en las características del cuello uterino y sensibilidad anormal de los senos. El método del calendario ayuda también a identificar el comienzo y fin de la etapa fértil.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para los métodos basados en los SÍNTOMAS

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas. Ninguna condición médica es impedimento para usarlos, pero algunas pueden dificultar su eficacia.

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 usuaria sea evaluada o corregida. Suministre a la usuaria 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:

- Cuando la mujer ha tenido un aborto o una pérdida de embarazo recientemente.
- Cuando 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).
- Cuando exista una afección crónica que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura basal corporal, y de síntomas y temperatura).

En las siguientes situaciones **postergue** el comienzo de los métodos basados en los síntomas:

- Cuando la mujer tuvo un parto recientemente o está amamantando (**postergue** hasta que se hayan restablecido las secreciones normales; en general retrase el inicio un mínimo de seis meses después del parto para mujeres que estén dando pecho y un mínimo de cuatro semanas después del parto para mujeres que no están amamantando. Después de restablecidos los ciclos regulares, recomiende utilizarlo con precaución por algunos meses).
- Cuando exista una afección aguda que eleve la temperatura corporal de la mujer (para los métodos de temperatura basal corporal, y de síntomas y temperatura).
- Cuando exista sangrado vaginal irregular.
- Cuando exista flujo vaginal anormal.

En las siguientes situaciones **postergue** o tenga **precaución** con estos métodos:

- Cuando la mujer está recibiendo medicación que le modifique el estado de ánimo, como ansiolíticos (excepto benzodiazepinas), antidepresivos (inhibidores selectivos de la recaptación 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.

2.5.

Método de DÍAS FIJOS O DÍAS ESTÁNDAR

IMPORTANTE: La mujer puede utilizar el método de días fijos (estándar) si la mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración. Si tiene más de dos ciclos de mayor o menor duración en el año, el método de días fijos será menos efectivo y convendría elegir otro método.

Descripción del método

- Para todas las usuarias del método de días fijos o estándar se considera que el periodo fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo.
- La pareja evita el coito vaginal o utiliza condones entre los días 8 al 19. También pueden usar retiro (*coitus interruptus*) o *espermicidas*, pero estos son *menos eficaces*.
- La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en todos los restantes días del ciclo; días 1 al 7 al principio del ciclo y desde el día 20 hasta comenzar la mujer su próxima menstruación.
- Es un método de planificación familiar natural que se basa en el hecho de que existe una fase fértil en el ciclo de cada mujer, durante la cual ella puede quedar embarazada.



Para el uso de este método se recomienda la utilización de un collar con su instructivo. El instructivo contiene información sobre el uso del método y un calendario para anotar el primer

día de la menstruación. El collar es un instrumento nemotécnico de 32 cuentas plásticas de distintos colores, que representan las diferentes fases del ciclo menstrual de la mujer, está diseñado para facilitar el reconocimiento del día del ciclo en que ésta se encuentre, sin tener que anotar ninguna información.

Efectividad/tasa de falla

La efectividad es de 95% siempre y cuando se use correctamente el método.

Mecanismo de acción

Al practicar la abstinencia o al utilizar un método de barrera durante los días fértiles fijos de la mujer, se evita la fecundación.

Características

- Es apropiado para:
 - ▲ Mujeres que tienen ciclos menstruales entre 26 a 32 días.
 - ▲ Parejas que estén motivadas para evitar el coito vaginal no protegido durante el tiempo fértil.
 - ▲ Parejas que estén motivadas para utilizar un método de barrera (condón) o abstenerse durante el tiempo fértil.
- **Beneficios:**
 - ▲ No requiere de insumos.
 - ▲ No interfiere con la lactancia materna.
 - ▲ Permite a la pareja compartir la responsabilidad de planificar un embarazo.
 - ▲ Puede interrumpirse en cualquier momento.
 - ▲ No tiene efectos secundarios.
 - ▲ Es de bajo costo para la usuaria.
 - ▲ La usuaria no tiene que depender de un proveedor de servicios una vez que aprende a usarlo.
 - ▲ Ayuda a la mujer y a la pareja a comprender cómo funciona su sistema reproductivo.
 - ▲ Puede utilizarse para evitar o lograr un embarazo.
- **Limitantes:**
 - ▲ No protege contra las ITS, incluyendo el VIH/SIDA.
- **Efectos secundarios:**
 - ▲ No ocasiona ninguno.

Modo de uso (procedimiento)

Antes de iniciar el uso de este método las mujeres y/o parejas deben recibir una orientación adecuada que les permita el uso correcto del método, utilizando el collar y su instructivo.

Se debe explicar a la usuaria y/o pareja que este método contempla el uso de un método de barrera o la abstinencia del coito vaginal en los días fértiles de la mujer.

También se debe orientar a la usuaria sobre la importancia de la participación de la pareja en el uso del método.

Para su uso correcto el proveedor y/o proveedora deberá considerar e impartir las siguientes indicaciones a la usuaria y a su pareja:

- Indicar a la usuaria que el ciclo menstrual empieza el primer día de sangrado menstrual (regla o menstruación) y termina un día antes del siguiente sangrado menstrual (regla o menstruación). Se considera como primer día del ciclo apenas note que baje la regla, ya sea una gota de sangre o sangrado continuo.
- Determinar la duración del ciclo menstrual actual de la usuaria. Si la duración es de 26 a 32 días la mujer puede utilizar este método.
- Mostrar a la usuaria o pareja cómo utilizar el collar.
- El collar es un instrumento que tiene 32 cuentas plásticas de tres colores diferentes. La primera es una cuenta roja que representa el primer día del ciclo; le siguen seis cuentas marrones (oscuras) que representan días infértiles en los que el riesgo de embarazo es muy bajo; las siguientes doce cuentas son blancas (claras) y representan los días considerados fértiles en los cuales la pareja no debe tener relaciones sexuales sin protección; las siguientes siete cuentas son marrones (oscuras), que corresponden a los días infértiles; luego existe una cuenta marrón oscuro (más oscura) y finalmente cinco cuentas marrones (oscuras).
- Cada día la mujer debe mover un pequeño anillo de hule que queda ajustado en la cuenta que corresponde al día del ciclo. El primer día de la menstruación la mujer debe colocar el anillo de hule en la cuenta roja y marcar ese día en el calendario. Al día siguiente debe mover el anillo a la cuenta siguiente aunque tenga su menstruación. El anillo debe seguir moviéndose una cuenta cada día, preferiblemente al levantarse para no olvidar. El movimiento del anillo siempre debe ser del lado angosto de la cuenta al lado ancho.
- Los días en que el anillo está en las cuentas marrones (oscuras) son días infértiles (el riesgo de embarazo es muy bajo), mientras que los días en que el anillo está en las cuentas blancas (claras) son días fértiles (puede haber embarazo). En estos días de cuentas blancas (claras) la pareja debe usar un condón o evitar el coito vaginal para prevenir el embarazo.
- Explicar que cuando vuelve la menstruación, ha empezado un nuevo ciclo. Debe mover el anillo nuevamente a la cuenta ROJA y anotar esa fecha en el calendario.

También debe explicar a la usuaria que acuda a su proveedor o proveedora si su regla o menstruación llega antes de poner el anillo en la cuenta marrón oscuro (más oscura), o si su regla o menstruación no le ha llegado al día siguiente de haber puesto el anillo en la última cuenta marrón. Si alguna de estas situaciones ocurriera dos veces o más durante 12 meses, la usuaria debe buscar otro método porque es posible que este método ya no sea apropiado para ella.

- En el momento en que la usuaria no recuerde si movió el anillo de una cuenta a otra, indicarle que mire en el calendario el día en que vino su regla y cuente los días que han transcurrido. Cada día es una cuenta del collar. Así puede colocar el anillo en la cuenta correspondiente al día del descuido.
- Verificar si la usuaria ha comprendido correctamente.
- Apoyar a la usuaria en identificar estrategias de comunicación y manejo de los días fértiles con su pareja.

Otras consideraciones sobre los métodos de abstinencia periódica

Problemas con el uso de métodos basados en síntomas de la fertilidad

- Los problemas que se presentan con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad afectan la satisfacción de la mujer con el uso del método. Hay que prestarles atención. Si la usuaria relata algún problema, escuche sus inquietudes y asesórela.
- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método, en el momento, si ella así lo desea, o más adelante, si los problemas no logran superarse.

Incapacidad para abstenerse de relaciones sexuales 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 posible contacto sexual sin coito vaginal durante el período fértil.
- Si la mujer ha tenido coito vaginal sin protección en los últimas 72 horas, se puede considerar utilizar Anticonceptivos Orales de Emergencia (AOE). Para ello ver el acápite correspondiente en este documento.

Problemas con el uso de métodos basados en el calendario

Los ciclos están fuera del rango de 26-32 días del método de los días fijos o estándar

- Si la mujer tiene dos o más ciclos fuera del rango de 26 a 32 días dentro de los 12 meses, sugiérale, en cambio, el uso del método del calendario o ritmo, o un método basado en los síntomas.

Los ciclos menstruales son muy irregulares en usuarias del método basado en el calendario

- Sugiera usar un método basado en los síntomas.

Problemas con el uso de métodos basados en los síntomas

Dificultad para reconocer diferentes tipos de secreciones en el método de la ovulación

- Aconseje a la usuaria y ayúdela a aprender a interpretar las secreciones cervicales.

Dificultad para reconocer la presencia de secreciones en el método de la ovulación

- Brinde orientación adicional de cómo reconocer secreciones.
- Sugiera usar un método basado en el calendario.

3.

Método DEL RETIRO (coitus interruptus)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

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.

Es 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.

Descripción del método

- Es uno de los métodos menos efectivos y poco recomendables.
- El hombre retira el 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 impidiendo que el semen ingrese al cuerpo de la mujer.

Efectividad/tasa de falla

- **La efectividad depende del usuario:** el riesgo de embarazo es mayor cuando el hombre no retira el pene de la vagina antes de eyacular en cada acto sexual.

- Es uno de los métodos menos efectivos, 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.

No se da **ninguna demora** al retorno de la fertilidad en la mujer al discontinuarlo.

No brinda **ninguna** protección contra infecciones de transmisión sexual/VIH/SIDA.

El uso del retiro

Puede ser utilizado en cualquier momento.

- **Cuando el hombre siente que está por eyacular**, debe retirar el pene de la vagina de la mujer y eyacular fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- **Si el hombre ha eyaculado un poco antes** de tener una relación sexual, deberá orinar y limpiar la punta del pene para eliminar cualquier resto de esperma antes de la relación sexual.

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.
- **Hay otras opciones que brindan mayor protección contra el embarazo:** sugerir un método de anticoncepción adicional o alternativo (a 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)** en caso de que el hombre eyacule antes de retirarse. Entregue los AOE o las PAE si hay disponibles.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el **RETIRO**

Todos los hombres pueden utilizar el retiro. No existen afecciones médicas que contraindiquen su uso.

B. MÉTODOS MODERNOS

1. Métodos de **BARRERA**

1.2.

Condón

MASCULINO O PRESERVATIVO

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. Los condones (masculinos y femeninos) son el único método anticonceptivo que además de evitar el embarazo protegen y por lo tanto disminuyen las posibilidades de contraer infecciones de transmisión sexual.

Requiere el uso correcto en 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 de la relación sexual puede mejorar las probabilidades de que los usen.

En algunos hombres puede disminuir la sensación sexual.

El hablarlo con la pareja a veces ayuda a vencer esta objeción.

Descripción del método

Los preservativos, condones o profilácticos están hechos de una fina goma. Es una funda delgada de látex diseñada para cubrir el pene y evitar que el contenido seminal entre en contacto con el tracto reproductor femenino.



Efectividad/tasa de falla

- 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 consistentemente y correctamente, en cada acto sexual, hay alrededor de dos embarazos cada 100 mujeres cuyas parejas usan condones masculinos en el primer año, es decir tiene una efectividad de 98%.

Mecanismo de acción

El condón crea una barrera entre el pene y la vagina durante la relación coital, no permitiendo que los espermatozoides entren en contacto con la vagina y el cuello del útero, impidiendo así la fecundación.

Características

- Es apropiado para:
 - ▲ Hombres de cualquier edad.
 - ▲ Parejas de mujeres en el posparto y durante la lactancia.
 - ▲ Parejas que necesitan un método de respaldo temporal o de respaldo, o están en transición al uso de otro método anticonceptivo.
 - ▲ Hombres que desean anticoncepción ocasional sin necesidad de tener que seguir método continuo.
 - ▲ Hombres, luego de una vasectomía (temporalmente).
 - ▲ Quienes desean usar métodos anticonceptivos sin efectos sistémicos.
- **Beneficios:**
 - ▲ Los condones masculinos reducen significativamente el riesgo de infectarse con el VIH cuando se los usa correctamente, en 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.
 - ▲ No necesita prescripción médica.
 - ▲ Los condones reducen el riesgo de contagio de muchas ITS cuando se los usa correcta y consistentemente.
 - ▲ 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.
 - ▲ La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa premenopáusica.

- ▲ Sirve como protección adicional, cuando la mujer está tomando medicamentos que interfieren con la efectividad de los anticonceptivos orales.
- ▲ Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix.
- **Limitantes:**
 - ▲ Puede interferir con la espontaneidad del coito.
 - ▲ Puede salirse o rasgarse, si no se lo usa correctamente.
 - ▲ Requiere mantener la erección durante la relación sexual.
 - ▲ Requiere gran motivación para usarlo constante y correctamente.
 - ▲ Se deteriora rápidamente cuando las condiciones de almacenamiento no son apropiadas.
 - ▲ Se requiere disponer de un condón nuevo para cada relación sexual.
 - ▲ Muy raro, puede producir alergia o hipersensibilidad al látex o al espermicida.
- **Riesgos conocidos para la salud:**
 - ▲ Extremadamente raro: reacción alérgica severa (entre los individuos que sufren de alergia al látex).

Aclarando malentendidos

- 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 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".

Modo de uso

Recomendaciones para el usuario:

- Practicar la manera de colocar y retirar el condón.
- Revise el envase del condón. No lo utilice si el paquete está roto o dañado. Evite utilizar un condón con fecha vencida; en el envase debe sentirse la presencia de aire en su interior (colchón de aire o colchón de seguridad).
- Se debe verificar que la fecha de fabricación (MFD) no tenga antigüedad mayor de cinco años. Algunos condones también traen impresa la fecha de vencimiento.
- Los condones deben conservarse adecuadamente, no deben ser almacenados en sitios calientes o apretados, pues se deterioran (ejemplo: la billetera).

- Se debe abrir el sobre del condón por la ranura o muesca del envase. No utilice las uñas, dientes, objetos punzo-cortantes ni nada que pueda dañar el condón.
- Para una mayor protección, es recomendable poner el condón antes de que el pene haga contacto genital, bucal o anal.
- El condón debe desenrollarse con facilidad. Si se fuerza se romperá 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. En este caso debe ser desechado y utilizarse uno nuevo.
- Si el condón está al revés y tiene otro disponible, se debe desechar y usar el otro; si no se tiene otro, se puede voltear y desenrollarlo sobre el pene.
- Se debe tomar la punta o capuchón del condón entre los dedos pulgar e índice, para dejar un espacio libre en la punta del condón que contendrá lo eyaculado; evitar que dicho espacio se llene de aire.
- No se debe usar aceites o vaselina como lubricantes del condón. Si requiere lubricación adicional utilizar lubricantes acuosos, agua o saliva.
- Al terminar la relación sexual coital, retire el pene. Quite el condón deslizándolo, evitando que se derrame el semen.
- Si vuelve a tener relaciones sexuales o pasa de un acto sexual a otro, use un condón nuevo.
- Debe desechar el condón en un lugar donde esté seguro que no será manipulado por otras personas en forma accidental (no debe ser anudado).
- Explique sobre el uso de los anticonceptivos orales de emergencia (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). Administre AOE, si se encuentran disponibles.

Retorno de la fertilidad

- Inmediato, al interrumpir su uso.

Qué no hay que hacer cuando se usa un condón

Hay algunas prácticas que pueden aumentar el riesgo de que un condón se rompa, por lo que hay que evitarlas.

- No desenrolle el condón mucho antes de aplicarlo sobre el pene.
- No utilice lubricante con base oleosa, porque puede dañar el látex del condón.
- No utilice un condón decolorado, con color desaparejo 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" (relaciones sexuales bruscas sin lubricación).

- Además, no use el mismo condón cuando pase de un acto sexual penetrante a otro, por ejemplo, cuando pase de coito anal a vaginal. Al hacerlo usted puede estar transfiriendo bacterias que provocan infección.

Método de “doble protección”

El concepto de “doble protección” se refiere al uso de métodos “anticonceptivos” o a la asunción de comportamientos especiales para evitar el doble riesgo de los embarazos no planeados y de las ITS, incluyendo el VIH/SIDA. Con respecto a los métodos esto puede lograrse mediante el uso de dos métodos o de uno solo con este doble objetivo. Entre las modalidades más utilizadas con esta finalidad están la combinación de un método de larga duración y el condón (Depo-provera + condón, DIU + condón)³ o el uso de dos métodos de barrera (espermicidas + condón, capuchón cervical + condón).

Por ello, la política sobre doble protección supone generar conciencia entre los prestadores y las usuarias, del doble riesgo que suponen los embarazos no planeados y las ITS, incluido el VIH/SIDA.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para **CONDONES MASCULINOS**

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

- ◆ Si presentan una **reacción alérgica severa al látex.**
- ◆ Si presentan **reacciones alérgicas** a los condones.

3 Blaney, L.C.; “Método combinado previene embarazo e ITS”, en Network en español, Family Health International, vol. 9, # 3, 1994.

1.2.

Método del CONDÓN FEMENINO

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. Los condones (masculino y femenino) son el único método anticonceptivo que puede evitar tanto el embarazo como 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.

Descripción del método

Es un revestimiento fino de plástico (actualmente existen también de látex) que se adapta a la vagina de la mujer, es flexible y está hecho de una película delgada de plástico suave y transparente (poliuretano).

- Tiene aros flexibles en ambos extremos.
- El aro del extremo cerrado ayuda a la inserción del condón.
- El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del condón fuera de la vagina.



Efectividad/tasa de falla

Tal como se los utiliza comúnmente, se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que usan condones femeninos en el transcurso 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 y consistente, en cada acto sexual, hay cerca de 5 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan condones femeninos en el transcurso del primer año, es decir tiene una efectividad de 95%.

Mecanismo de acción

Funcionan actuando como barrera que evita el contacto de los espermatozoides con la vagina, impidiendo 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.

Los condones (masculino y femenino) son el único método anticonceptivo que evita el embarazo y protege disminuyendo las posibilidades de contraer infecciones de transmisión sexual.

Características

■ Es apropiado para:

- ▲ Mujeres de cualquier edad.
- ▲ Mujeres que no puedan usar métodos hormonales o que no desean usar el DIU.
- ▲ Mujeres que imprevistamente desean anticoncepción.
- ▲ Parejas que necesitan un método de respaldo o temporal, o están en transición a otro método anticonceptivo.
- ▲ Mujeres que desean anticoncepción ocasional.
- ▲ Mujeres en el posparto y durante la lactancia.
- ▲ Mujeres con medicación que interfiere con la efectividad de los anticonceptivos orales.
- ▲ Quienes desean usar métodos anticonceptivos sin efectos sistémicos.

■ Beneficios:

- ▲ No afecta la lactancia.
- ▲ No interfiere con el coito (puede insertarse hasta ocho horas antes del coito).
- ▲ Es desechable.
- ▲ Ayuda a proteger contra el cáncer de cérvix.
- ▲ No necesita prescripción médica.
- ▲ La lubricación del condón puede reemplazar la lubricación vaginal disminuida en la etapa premenopáusica.
- ▲ Protege contra las ITS/VIH.

■ **Limitantes:**

- ▲ Es dependiente de la usuaria (requiere motivación y uso constante).
- ▲ Se requiere disponer de un condón nuevo para cada relación coital.
- ▲ Debe disponerse de reabastecimiento continuo.
- ▲ No puede utilizarse en mujeres con prolapso uterino o colpocele anterior o posterior de tercer grado.

■ **Efectos secundarios:**

- ▲ Alergia al poliuretano o al espermicida (muy raro).

Modo de uso

Recomendaciones para la usuaria:

- Practicar la manera de colocar y retirar el condón.
- Antes de usar el condón, debe verificarse la integridad de la envoltura. Para ello, al presionar el envase debe sentir la presencia de aire en su interior (colchón de aire o colchón de seguridad) y verificar la fecha de vencimiento.
- Los condones femeninos deben conservarse adecuadamente, no deben ser almacenados en sitios calientes o apretados, pues se deterioran.
- No se debe usar el condón si el sobre está roto o si el condón parece estar dañado o quebradizo.
- Se debe abrir el sobre del condón por la ranura o muesca del envase. No usar los dientes, ni objetos punzo-cortantes porque pueden dañar la integridad del mismo.
- Para su inserción adoptar una posición cómoda: parada, con un pie encima de una silla o sentada/acostada, con los muslos separados.
- Sostener el condón de forma que el extremo abierto esté orientado hacia abajo, tomando el condón a nivel del anillo interno y presionándolo entre los dedos pulgar, índice y medio.
- Con la otra mano, separar los labios de la vagina e insertar parcialmente el condón.
- Con el dedo índice, empujar (por dentro de la funda) el anillo interno, hacia adentro y arriba de la vagina, hasta por detrás del pubis (el anillo interno del condón brindará sustentabilidad al mismo).
- Asegurarse que el condón (dentro de la vagina) no esté torcido. Una porción del mismo quedará por fuera de la vulva.
- Durante el momento del coito, dirigir el pene hacia la entrada de la vagina.
- Se puede colocar el condón femenino hasta ocho horas antes de la relación sexual, y no necesita ser quitado inmediatamente después de ésta.
- Para retirar el condón, apretar y dar vuelta el borde externo del condón (que está por fuera de la vagina). Esto es necesario para mantener el semen dentro de la funda.
- Desechar el condón en un lugar donde esté seguro que no será manipulado por otras personas en forma accidental.
- Usar un condón nuevo cada vez que se tenga una relación coital vaginal.

Retorno de la fertilidad

- Inmediatamente al interrumpir su uso.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para

CONDONES FEMENINOS

Todas las mujeres pueden utilizar condones femeninos.

No hay ninguna patología médica que contraindique el uso de este método.

2.

Método del DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU-T de Cobre)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Es una protección contra el embarazo a largo plazo. Ha demostrado ser muy eficaz durante 12 años y es inmediatamente reversible.

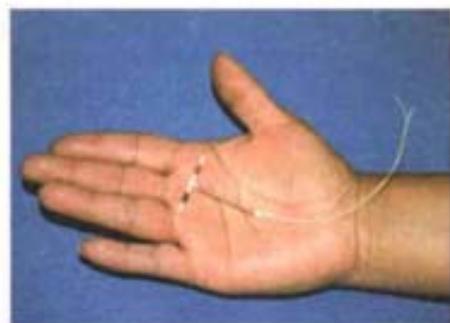
Debe ser colocado por un proveedor o proveedora específicamente entrenado.

Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada, sólo asistir a sus controles.

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.

Descripción del método

La T de cobre es un pequeño dispositivo intrauterino (DIU) de plástico flexible, rodeado de hilos de cobre. Un proveedor o proveedora con entrenamiento específico lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, atravesando el cuello uterino o cérvix. También existen otros tipos de DIU de cobre con formas diferentes que tienen características similares.



Los DIU lleva dos hilos guía, estos hilos salen por el cérvix y quedan en la parte superior de la vagina para su localización, control y/o extracción. Funcionan fundamentalmente provocando una modificación química que daña al espermatozoide antes de la unión con el óvulo.

Efectividad/tasa de falla

Es uno de los métodos más eficaces y perdurables.

Menos de un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan un DIU en el transcurso del primer año (6 a 8 por cada 1.000 mujeres). Esto significa que 992 a 994 de cada 1.000 mujeres que usan DIU no quedarán embarazadas; una efectividad de 99.4%. Cuando se usa por más de 12 años la efectividad disminuye a 98%. Aproximadamente dos embarazos por cada 100 mujeres.

Mecanismo de acción

Impide la fecundación al interferir con la capacidad de sobrevivencia de los espermatozoides (inmovilizándolos y destruyéndolos) y al obstaculizar su ascenso por las trompas de Falopio, donde ocurre la concepción.

Actúa como un cuerpo extraño en la cavidad uterina, haciendo que el endometrio reaccione liberando glóbulos blancos, enzimas y prostaglandinas; esta reacción del endometrio impide que los espermatozoides lleguen a las trompas de Falopio.

Adicionalmente, la T de Cobre libera iones de cobre en los líquidos del útero y de las trompas, aumentando el efecto de debilitamiento de los espermatozoides.

Características

Es apropiado, seguro y adecuado para:

- Casi todas las mujeres, incluyendo mujeres que:
 - ▲ Hayan tenido hijos o no, estén o no estén casadas.
 - ▲ Tengan cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años.
 - ▲ Desean un método anticonceptivo de fácil uso, reversible, seguro, generalmente inocuo y de larga duración.
 - ▲ Hayan tenido recientemente un aborto (si no hay evidencia de infección).
 - ▲ Están en el posparto inmediato (antes de las 48 horas), en el post-aborto inmediato, sin indicios de infección (hasta el quinto día).
 - ▲ Estén amamantando.
 - ▲ Realicen trabajo físico intenso.
 - ▲ Hayan tenido un embarazo ectópico (previa valoración de cada caso específico).
 - ▲ Hayan tenido enfermedad inflamatoria pélvica – EIP (previa valoración de cada caso).
 - ▲ Presenten infecciones vaginales.
 - ▲ Tengan anemia.
 - ▲ Estén infectadas con VIH o estén en terapia antirretroviral y evolucionando bien.

■ **Beneficios:**

- ▲ No afecta la lactancia materna.
- ▲ Es efectivo hasta 12 años según últimos estudios.
- ▲ No interfiere con el coito vaginal.
- ▲ Puede discontinuarse su uso en cualquier momento.
- ▲ Es inmediatamente reversible.
- ▲ Ayuda a prevenir el embarazo ectópico (menor riesgo que aquellas mujeres que no usan ningún método anticonceptivo).
- ▲ La mujer que adopta este método después de los 40 años de edad, puede considerarlo permanente, porque es posible que lo use hasta la menopausia.

■ **Limitantes:**

- ▲ Requiere de un profesional capacitado para su inserción y extracción.
- ▲ No es recomendable cuando existen anomalías uterinas o tumores benignos (fibromas) del útero que deforman la cavidad uterina.
- ▲ Múltiples parejas sexuales.
- ▲ No protege contra ITS/VIH/SIDA.
- ▲ Cuando exista cáncer de cérvix, útero u ovario.
- ▲ En presencia de enfermedad maligna del trofoblasto.
- ▲ Cuando hay tuberculosis pélvica diagnosticada.
- ▲ Cuando hay anemia. 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 tiene clamidia o gonorrea al momento de la inserción del DIU.

■ **Riesgos conocidos para la salud/efectos secundarios:**

- ▲ Algunas usuarias indican: 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.

LA MUJER PUEDE COMENZAR A UTILIZAR EL DIU INCLUSO:

- 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.

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

Complicaciones

Señales de alarma:

- Retraso menstrual (sospecha de embarazo).
- No se tocan los hilos o se toca la parte distal (dura) del DIU.
- Flujo genital.
- Dolor abdominal y hemorragia genital.
- Dolor abdominopelviano moderado/intenso y permanente.
- Pérdida de embarazo, parto prematuro, o infección, para el raro caso que la mujer quede embarazada estando con el DIU colocado.
- Raro, dependiendo de la experticia del proveedor y/o proveedora de servicios: perforación de la pared del útero por el DIU o por un instrumento utilizado para su inserción. Normalmente cicatriza sin tratamiento.

Cuadros clínicos:

- Embarazo.
- Expulsión del DIU (en 1 a 2% de los casos es expulsado en forma espontánea).
- Enfermedad pélvica inflamatoria.
- Perforación uterina.

Conducta frente a efectos secundarios y señales de alarma:

- Calambres y dolor: la usuaria puede esperar algún calambre y dolor por unos días luego de la inserción. Sugiera ibuprofeno (400 mg), paracetamol (500-1000 mg), u otro analgésico, según se requiera.
- Hemorragia genital (manchado o hemorragia leve), algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la colocación. Esto puede continuar durante 3 a 6 meses. No es dañino y disminuye con el tiempo.
- Si la mujer desea algún tratamiento, puede indicarse tomar algún medicamento antiinflamatorio no esteroideo (ibuprofeno 400 mg, VO cada ocho horas) durante los días de la menstruación.
- Ante una hemorragia o manchado persistente, descartar un problema ginecológico.
- Si no se encuentra problema alguno y el sangrado es inaceptable para la usuaria, orientarla sobre sus opciones y considerar la extracción del DIU y el cambio de método si ella lo solicita.
- Hemorragia genital abundante o prolongada: orientar e informar a la usuaria que es un efecto común durante los primeros 3 a 6 meses. Usualmente no es dañino y decrece con el tiempo.
- Ante una hemorragia o manchado persistente, descartar un problema ginecológico. Si se confirma, tratar la patología o referir a un establecimiento de mayor complejidad.
- Si el sangrado es abundante y prolongado, especialmente si hay signos de anemia o el mismo es inaceptable para la usuaria, extraer el DIU y orientar a la usuaria sobre sus opciones para el cambio de método.

- Si partes del DIU son visibles, informar a la usuaria que es mejor retirar el DIU y reemplazarlo pues la seguridad del método es inferior.
- Explicar a la mujer que debe acudir al servicio si presenta hemorragia genital, dolor pélvico, flujo genital o fiebre.
- Si los hilos del DIU no son visibles, es útil determinar su localización (si está "in situ" o fue expulsado) mediante una ecografía. Si estuviera dentro del útero, informar a la usuaria sobre los riesgos y la necesidad de acudir a un servicio de salud si presenta hemorragia genital, dolor pélvico, flujo genital o fiebre.

Instrucciones específicas para la usuaria después de la inserción

- Se deben proporcionar en forma verbal y por escrito, utilizando lenguaje sencillo:
 - ▲ Entregar el instructivo que trae el DIU y poner el nombre de la usuaria, la fecha de inserción y la fecha de cambio.
 - ▲ Explicarle cuanto tiempo la protegerá.
 - ▲ Recordar a la usuaria que el DIU no afecta la lactancia.
 - ▲ Aclarar (en el caso de una inserción posparto o trans-cesárea) que en pocas semanas los hilos podrían pasar del útero a la vagina y serán cortados durante la visita de seguimiento.
- Informar sobre la posibilidad de expulsión, principalmente durante las primeras semanas.
- Explicar a la usuaria que debe verificar la presencia de los hilos del DIU, ya que algunas veces éste se sale de su lugar, incluso sin que ella se dé cuenta. Puede suceder especialmente durante el primer mes luego de la inserción, o durante el período menstrual. Una mujer debe verificar si el DIU "está en su lugar" tocando los hilos una vez por semana, durante el primer mes después de la inserción y después del período menstrual, y para ello:
 - ▲ La usuaria deberá lavarse las manos.
 - ▲ Deberá colocarse en posición de cuclillas o echarse (adoptar la posición más cómoda).
 - ▲ Deberá introducir 1 ó 2 dedos en su vagina, lo más adentro que pueda, hasta tocar los hilos del DIU.
 - ▲ Deberá regresar a ver al proveedor y/o proveedora de salud si no los toca o no está segura de haberlo hecho.
 - ▲ No debe jalar los hilos porque podría mover el DIU.
 - ▲ Deberá lavarse las manos nuevamente.

Aclarando malentendidos

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 coito.
- Reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Seguimiento

Las revisiones subsecuentes deben programarse entre la cuarta y sexta semana, posteriores a la inserción. Valorar si el DIU ha sido tolerado y no hay señales de alarma; evaluar posibles cambios en el ciclo menstrual.

Animar a las usuarias a regresar en cualquier momento que tuvieran algún problema o ante una duda o interrogante con respecto al DIU o sus efectos secundarios.

Procedimiento

- Momento de la inserción: (si existe posibilidad, debería descartarse previamente la presencia de alguna infección cérvico-vaginal):
 - ▲ En los primeros doce días del ciclo menstrual, a conveniencia de la mujer; no siempre durante la menstruación. No es necesaria ninguna protección anticonceptiva adicional.
 - ▲ En cualquier otro momento del ciclo menstrual, si se está razonablemente seguro que no existe embarazo. No es necesaria ninguna protección anticonceptiva adicional.
 - ▲ Al cambiar de método anticonceptivo, puede insertarse inmediatamente, sin esperar el siguiente período menstrual, si se está razonablemente seguro que no existe embarazo. No es necesaria ninguna protección anticonceptiva adicional.
 - ▲ En el posparto inmediato, hasta 48 horas después.
 - ▲ Durante la operación cesárea.
 - ▲ En el puerperio tardío, a partir de la sexta semana.
 - ▲ En el post-aborto, en los primeros cinco días post-aborto no complicado (no debe insertarse en el post-aborto séptico).

Inserción del DIU durante el intervalo intergenésico

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.

- Verificar que se cuenta con instrumental estéril y mínimamente necesario (especúlos, pinza de Bozzeman, pinza de cuello, histerómetro, tijera Mayo) e insumos (guantes estériles o sometidos a DAN, gasas y torundas de algodón estériles, antiséptico, T de Cobre en paquete estéril cerrado).
- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Antes y durante el procedimiento de inserción, informar a la usuaria lo que sucederá durante el procedimiento; invitarla a hacer preguntas y explicarle que puede sentir molestias durante alguno de los pasos.
- Colocarse guantes estériles o sometidos a desinfección de alto nivel (DAN).
- Solicitar a la usuaria que adopte la posición ginecológica, verificando que esté o se encuentre cómoda.
- Realizar un examen pélvico bimanual para precisar la forma, tamaño, versión y posición del útero, así como para descartar alguna patología pélvica, embarazo o infección pélvica activa. Si el útero está en retroversoflexión (RVF) no diagnosticada, aumenta la posibilidad de perforación.
- Colocar el espéculo en la vagina según técnica, para visualizar el cuello uterino, corroborando que no exista flujo genital anormal.
- Limpiar el orificio cervical externo con una torunda empapada en solución antiséptica (clorhexidina o yodopovidona).
- Tomar el labio anterior del cérvix con una pinza de cuello o tenáculo uterino (si el útero está en anteversoflexión – AVF) a 1.5 a 2 cm del orificio cervical externo (si el útero está en RVF, pinzar el labio posterior del cérvix) y efectuar tracción para corregir el ángulo del útero y facilitar el procedimiento.
- Realizar histerometría para confirmar la longitud de la cavidad uterina (debe ser igual o mayor a 7 cm).
- Marcar en el aplicador (cánula de inserción) la profundidad medida con el histerómetro, mientras el DIU sigue en su paquete estéril.
- Preparar el DIU dentro del aplicador bajo condiciones estériles (preferiblemente dentro de su sobre).
- Insertar el aplicador hasta que el medidor de profundidad alcance el orificio cervical externo o sienta resistencia.
- Liberar los brazos del DIU con la “técnica de retiro”:
 - ▲ Para esto, sostener con una mano, y en condición estacionaria, la pinza de cuello y la varilla blanca (émbolo). Con la otra mano, retirar (jalar hacia el proveedor) el tubo de inserción, hasta que toque el asa de agarre de la varilla blanca (esto liberará los brazos del DIU). Mantener estacionario el tubo de inserción, mientras se extrae la varilla blanca.
- Una vez extraído el émbolo y asegurándose que se han desplegado los brazos horizontales de la T de Cobre, empujar de nuevo y cuidadosamente el aplicador hasta el fondo uterino.

- Retirar el aplicador y la pinza de cuello. Cortar los hilos del DIU a 3 cm del orificio cervical externo.
- Examinar el cérvix; en caso de presentarse sangrado en el sitio de pinzado, aplicar una torunda de algodón o gasa, y presionar suavemente durante 30 a 60 segundos hasta lograr hemostasia.
- Retirar el espéculo.
- Después de la colocación, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exámenes hasta que se sienta lista para vestirse.
- Sin quitarse los guantes, colocar el instrumental en solución de hipoclorito al 0.5% durante 10 minutos para eliminar los virus de hepatitis y VIH/SIDA (descontaminación).
- Desechar el material fungible (gasa, algodón, guantes) en un depósito con tapa o bolsa plástica, de acuerdo a normas de bioseguridad.
- Lavarse las manos.

Inserción manual del DIU en el posparto inmediato (post-placenta o dentro de los 10 minutos posteriores al alumbramiento)

- Realizar el procedimiento en sala de parto, en condiciones asépticas y con la usuaria en posición ginecológica.
- Usar instrumental estéril.
- Realizar un masaje uterino para estimular la contracción uterina y la eliminación de restos de coágulos. Asegurarse de la expulsión total de la placenta y de los restos ovulares.
- Colocarse guantes estériles, que cubran hasta el antebrazo.
- Tomar el dispositivo entre los dedos índice y medio, asegurando los hilos a la altura de la palma de la mano. Colocar la otra mano sobre la pared abdominal y por encima del fondo uterino, palpando el globo de seguridad.
- Con la mano en el fondo uterino y dentro de la cavidad uterina, depositar suavemente el dispositivo, lo más alto posible, asegurándose de dejarlo en la posición correcta, con las ramas horizontales dirigidas hacia las trompas.
- Retirar la mano suavemente (evitando hacer tracción de los hilos).
- Citar a la usuaria a los siete días para su primer control.
- Al colocar el DIU post-placenta, los hilos no son visibles, pues quedan en la cavidad uterina. Un mes después, con la involución uterina, los hilos podrán ser visibles a través del cuello del útero (a veces no se los visualiza).
- En muchas ocasiones es difícil utilizar la técnica de inserción manual del DIU. En estos casos se puede utilizar la técnica de inserción con pinza.

Inserción del DIU en el posparto inmediato, con pinza Aro Foerster (en cualquier momento, desde la salida de la placenta hasta antes de las 48 horas post-alumbramiento)

- Preparar material estéril.
- Colocarse guantes estériles o cambiarse los guantes.
- Colocar un espéculo vaginal, visualizar y tomar el labio anterior del cuello con una pinza Aro.

- Desarticular el espéculo y retirarlo a tiempo de hacer tracción suavemente en el labio anterior del cérvix.
- Realizar antisepsia del cérvix.
- Introducir el DIU (montado en una pinza) lenta y cuidadosamente hasta el fondo uterino.
- Simultáneamente, palpar el fondo uterino con la otra mano.
- Cuando la mano izquierda (que está sujetando el fondo del útero) percibe que el DIU ha llegado a su posición final, desarticular y retirar lentamente la pinza Aro, manteniéndola adosada a la pared lateral izquierda del útero, a la derecha del operador y/o operadora, para eludir las colas del DIU.
- Comprobar que los hilos del DIU no son visibles (quedaron dentro del útero).

Procedimiento de inserción trans-cesárea

- Realizar el procedimiento después de haber retirado la placenta y una vez que se ha controlado la hemorragia del lecho placentario.
- Colocar el DIU en la parte superior de la cavidad uterina, con la mano o una pinza Aro Foerster.
- Proceder a la síntesis de la histerotomía.

Inserción de DIU post-aborto

La técnica de inserción de DIU post-aborto no varía de la técnica utilizada en la anticoncepción de intervalo.

Evaluar las características del aborto para identificar un probable proceso infeccioso o séptico: si hay infección, la inserción se realizará una vez resuelta ésta; ante un proceso séptico esperar tres meses (luego del tratamiento).

Insertar el DIU inmediatamente después de haber efectuado la limpieza de la cavidad uterina, asegurándose que no exista hemorragia.

En la inserción post-aborto del primer trimestre debe usarse la "técnica de retiro" (inserción de DIU de intervalo).

En la inserción post-aborto del segundo trimestre, debe usarse la técnica de inserción con pinza, como se detalla a continuación:

- Preparar material estéril.
- Colocarse guantes estériles.
- Visualizar el cérvix con un espéculo.
- Utilizar una pinza Aro Foerster para insertar el DIU.
- Palpar el fondo uterino y presionar suavemente para sentir la introducción de la pinza.
- Hacer tracción suavemente en el cérvix.

- Introducir la pinza con el DIU (lenta y cuidadosamente) hasta el fondo uterino (constatar la posición de las ramas laterales).
- Desarticular la pinza y retirar suavemente, eludiendo los hilos del DIU.
- Comprobar que los hilos han quedado dentro del útero.
- Cortar los hilos en el primer control post-aborto.

Retiro o remoción del DIU

Si la mujer encuentra algunos efectos colaterales difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene. 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, se debe realizar la derivación a un nivel de mayor complejidad que sea capaz de utilizar una técnica de remoción apropiada.

IMPORTANTE: Si la mujer lo solicita, cualquiera sean sus razones, médicas o personales, el proveedor y/o proveedora 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.

Explicación del procedimiento de remoción

- Antes de retirar el DIU, explique lo que sucederá durante la remoción:
 - ▲ El proveedor y/o proveedora introduce el espéculo para ver el cérvix y los hilos del DIU, y limpia cuidadosamente el cérvix y la vagina con una solución antiséptica, como yodopovidona o clorexidina o DG-6.
 - ▲ Luego solicita a la usuaria que respire lenta y profundamente, y que se relaje. Le solicita a la mujer que avise si siente dolor en algún momento del procedimiento.
 - ▲ El proveedor y/o proveedora tira lenta y suavemente de los hilos del DIU con una pinza angosta, hasta que éste sale completamente del cérvix.
 - ▲ Si los hilos se rompen y el dispositivo es visible, tomarlo con una pinza Bozzeman estéril y extraerlo.
 - ▲ Si los hilos no se ven, tratar de ubicarlos en el canal cervical con la pinza.
 - ▲ Si no se logran ubicar los hilos, fijar previamente el cérvix y sondear la cavidad uterina con una pinza "caimán" (si no "encuentra" el DIU, deberá referir a la usuaria a un nivel superior).

Motivos que obligan a retirar el DIU

- Solicitud de retiro voluntario por parte de la usuaria (insatisfecha o por cambio de método, deseo de embarazo u otras razones).

- Se ha producido un embarazo.
- Cuando los hilos son visibles.
- Se presenta dolor exagerado en hipogastrio y sangrado excesivo.
- Cuando existe perforación uterina y/o expulsión parcial del DIU.
- Después de un año sin menstruación durante el climaterio.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el **DIUT de Cobre**

Realice a la usuaria las preguntas insertas 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.

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

NO sí

SÍ: Posponga la inserción del DIU hasta cuatro semanas o más después del parto.

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

NO sí

Si presenta actualmente una infección del aparato reproductor durante las seis primeras semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si presenta una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le coloque el DIU. Si aún no recibe atención, derivela 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 sí

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.

(continúa)

(continuación)

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 sí

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, dévela para su diagnóstico y atención. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis pélvica, luego del tratamiento, reevalúela para el uso del DIU.

5. ¿Tiene SIDA?

NO sí

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.

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

NO sí

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

Realice a la usuaria las preguntas de la lista de "Verificación de Embarazo". Si contesta "sí" a alguna de las preguntas, puede colocársele un DIU.

* 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. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

3. Métodos **HORMONALES**

3.1. Métodos *hormonales orales* **ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS** **(AOC)**

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Tomar una píldora todos los días. Para una efectividad óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente a la misma hora y comenzar las cajas de píldoras en su debido tiempo.

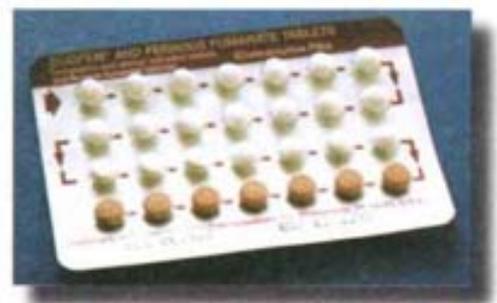
Los cambios en el sangrado son comunes pero no perjudiciales. Lo habitual es que haya sangrados irregulares unos pocos meses y que después se hagan más leves y regulares.

Si olvida una píldora, deberá tomarla 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, recomendando tomarlas solamente cuando comience su menstruación.

Descripción del método

Son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas, una progestina y un estrógeno, iguales a las hormonas naturales progesterona y estrógeno, que están en el cuerpo de la mujer.



Conocidos también como "la píldora", los anticonceptivos orales combinados (AOC) son píldoras combinadas de baja dosis. Ante todo funcionan previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Existen dos tipos de presentaciones:

- Paquetes con 28 píldoras: 21 píldoras "activas" que contienen hormonas, seguidas por 7 píldoras de color marrón que contienen hierro (se utilizan para mantener el hábito de la ingesta diaria).
- Paquetes con sólo 21 píldoras "activas".

Efectividad/tasa de falla

La efectividad depende del uso adecuado del método por parte de la usuaria: el riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza una caja nueva de píldoras con un retraso de tres días o más, o cuando omite tres o más píldoras cerca del inicio, o del final de una caja de píldoras.

- Tal como se los usa comúnmente, se producen cerca de ocho embarazos cada 100 mujeres que utilizan AOC en el transcurso del primer año. Esto significa que 92 de cada 100 mujeres que usan AOC no quedarán embarazadas, un 92% de seguridad.
- Cuando no se cometen errores al tomar la píldora y se usa de manera correcta y consistente, se da menos de un embarazo cada 100 mujeres que utilizan AOC en el primer año (3 por cada 1.000 mujeres), es decir 99.7% de efectividad.

Mecanismo de acción

- Inhibición de la ovulación.
- Espesamiento del moco cervical.

Características

Es apropiado y apto para:

- Casi todas las mujeres, incluyendo mujeres que:
 - ▲ Deseen un método anticonceptivo de fácil uso y reversible, seguro y generalmente inocuo.
 - ▲ Hayan tenido hijos o no.
 - ▲ Estén casadas o no.
 - ▲ 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 el VIH, estén o no en terapia antirretroviral (ver Anticonceptivos Orales Combinados para mujeres con el virus de inmunodeficiencia humana – VIH).
- **Beneficios:**
- ▲ Ayuda a prevenir:
 - Riesgo de embarazo.
 - Cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial).
 - Cáncer de ovario.
 - Enfermedad pélvica inflamatoria sintomática.
 - Quistes ováricos.
 - Anemia por deficiencia de hierro.
 - No interfiere con el coito vaginal.
 - Puede discontinuarse el método en cualquier momento.
 - La fertilidad retorna tan pronto se discontinúa.
 - ▲ 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).
 - Regula el ciclo menstrual.
 - Mejora la sintomatología climaterica en la premenopausia.
- **Limitantes:**
- ▲ Necesita abastecimiento mensual.
 - ▲ Requiere motivación de parte de la usuaria para tomar las píldoras correctamente.
 - ▲ Los primeros seis meses posparto podría afectar la calidad y cantidad de la leche materna.
 - ▲ Sospecha de embarazo (retraso menstrual).

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.
- A cualquier edad, desde la adolescencia hasta el climaterio y no requiere periodos de descanso.
- En el post-aborto inmediato.

- ▲ Hemorragia genital no diagnosticada.
- ▲ Mujer fumadora mayor de 35 años.
- ▲ No protege contra las ITS-VIH/SIDA.
- ▲ Interacción con otros medicamentos: los siguientes medicamentos disminuyen el efecto anticonceptivo de la píldora: fenobarbital, carbamazepina, griseofulvina, fenitoína, primidona, rifampicina y paracetamol. Si se administran estos fármacos, tomar precauciones usando métodos adicionales mientras dure el tratamiento y hasta siete días después; en caso de tratamientos prolongados, cambiar de método.

■ Efectos secundarios:

- ▲ Algunas usuarias manifiestan lo siguiente:
 - Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo: sangrado más leve y de menos días, sangrado irregular, sangrado infrecuente y amenorrea.
 - Cefaleas.
 - Cambios de peso.
 - Cambios de humor.
 - Acné (puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora).
 - Náuseas, vómitos, mareos (común en los primeros tres meses).
 - Turgencia mamaria y sensibilidad de las mismas (mastalgia y mastodinia).
 - Cambios en la piel (cloasma, telangiectasia, neurodermatitis, eritema multiforme, eritema nodoso, eczema, fotosensibilidad).

■ 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.

Aclarando malentendidos

Anticonceptivos orales combinados

- No se acumulan en el cuerpo de la mujer. La mujer no necesita "descansar" de tomar anticonceptivos orales combinados (AOC).
- Deben tomarse todos los días, tenga o no la mujer coito vaginal 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.

Señales de alarma/complicaciones

- Dolor abdominal intenso.
- Dolor torácico intenso y disnea.
- Cefalea intensa o migraña severa.
- Acúfenos, visión borrosa, destellos y/o ceguera.
- Dolor en miembros inferiores.
- Ictericia.

Conducta frente a efectos secundarios

- Sangrado intermenstrual producido principalmente por el uso de combinados de dosis bajas: es conveniente recurrir a combinados de dosis más altas.
- En caso de sangrado abundante y prolongado: duplicar o triplicar la dosis hasta pasados dos días de haber cedido la hemorragia. Posteriormente reducir paulatinamente la dosis hasta lograr la toma diaria de píldoras.
- Si los vómitos y diarrea se prolongan por varios días: usar métodos adicionales durante el resto del ciclo.
- Cuando hay aumento de peso: dieta, ejercicios.
- Cuando hay sangrado menstrual escaso: orientación de apoyo.
- Cuando se presenta retraso menstrual o amenorrea: la mujer debe acudir a consulta médica, pues podría tratarse de un embarazo.
- Mientras se descarta un posible embarazo, la pareja debe utilizar otro método anticonceptivo.
- En caso de sintomatología leve, reforzar la orientación, dar apoyo psicológico y recomendar a la usuaria que continúe con el método, ya que esta sintomatología generalmente es transitoria.
- Si se presenta androgenización recurrir al uso de un antiandrógeno, como el acetato de ciproterona.
- Ante la presencia de efectos secundarios mayores o de complicaciones, se deben suspender los anticonceptivos hormonales y cambiar de método.

Modo de uso

Pueden entregarse los paquetes de píldoras en cualquier momento, indicando cuándo comenzar a usarlos.

- En las presentaciones de 28 píldoras se ingiere una de las que contienen hormonas, diariamente, durante 21 días consecutivos, seguidos de siete días durante los cuales se ingiere diariamente una tableta que contiene hierro.
- Los paquetes siguientes se inician al concluir el previo, independientemente de cuándo se presente el sangrado menstrual.

- En las presentaciones de 21 píldoras se ingiere una diariamente durante 21 días, seguidos de siete días de descanso; los paquetes siguientes deben iniciarse al concluir los siete días de descanso del ciclo previo.
- Entregue tres paquetes o ciclos en cada visita (deben entregarse suficientes ciclos; una de las razones más importantes que explican los embarazos no planificados es el desabastecimiento de píldoras). Una vez que se ha proporcionado los insumos del método a la usuaria, señalarle una fecha para la visita de seguimiento y/o señalarle que puede pasar en cualquier momento que tenga preguntas, dudas o problemas.
- Oriente sobre los efectos secundarios menores y su manejo. Describa los síntomas de problemas que requieren atención médica.

Si tiene ciclos menstruales

- La mujer puede iniciar el uso de AOC dentro de los cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.
- Si han pasado cinco días del comienzo de su menstruación, puede comenzar AOC en cualquier momento, si existe razonable certeza de que no está embarazada. Necesita un método de respaldo los primeros siete días de estar tomando píldoras. Si el proveedor y/o proveedora no puede estar razonablemente seguro de que no existe embarazo, suminístrele AOC e indique que comience a tomarlos durante su próxima menstruación).

Si está en amenorrea

- La mujer puede iniciar el uso de AOC en cualquier momento, si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. Al inicio deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siete días siguientes.

Posparto (lactancia materna)

- Después de seis meses del posparto y en amenorrea, la mujer puede iniciar el uso de AOC siguiendo las recomendaciones para las mujeres con amenorrea.
- Si han pasado más de seis meses del posparto y se han reanudado los ciclos menstruales, puede iniciar el uso de AOC siguiendo las recomendaciones para las mujeres con ciclos menstruales.

Posparto (en mujeres que no están amamantando)

- Si la mujer aún no ha reanudado los ciclos menstruales y han transcurrido 21 días o más del parto, puede iniciar el uso de AOC inmediatamente, si el proveedor y/o proveedora está seguro de que no está embarazada. Al inicio deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o utilizar protección anticonceptiva adicional durante los siete días siguientes.
- Si la mujer ha reanudado los ciclos menstruales, puede iniciar el uso de AOC siguiendo las recomendaciones para las mujeres con ciclos menstruales.

Post-aborto

- La mujer puede iniciar el uso de AOC inmediatamente después del aborto. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio desde otro método hormonal

- La mujer puede iniciar el uso de AOC inmediatamente, si usó el método hormonal de forma consistente y correcta, y si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro de que la usuaria no está embarazada. No es necesario esperar hasta la próxima menstruación.
- Si la mujer anteriormente usaba un método inyectable, deberá iniciar el uso de AOC en la fecha que se habría suministrado la próxima inyección. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Cambio desde un método no hormonal (que no sea DIU)

- Puede iniciar el uso de AOC dentro de los cinco días posteriores al inicio del sangrado menstrual. No se necesita protección anticonceptiva adicional.

Recomendaciones si la usuaria olvidó tomar una o más 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.

Mensaje clave:

- Tome la píldora hormonal omitida lo antes posible.
- Y siga tomando las píldoras como siempre, una cada día (puede tomar dos píldoras al mismo tiempo o en el mismo día). Es decir la usuaria deberá tomar la píldora omitida y la correspondiente al día posterior al olvido.

¿Olvidó tomar 1 ó 2 píldoras? ¿Empezó un paquete nuevo 1 ó 2 días tarde?

- Tome la píldora hormonal omitida lo antes posible y la correspondiente al día.
- Bajo o ningún riesgo de embarazo.

¿Olvidó tomar tres o más píldoras en la primera o segunda semana? ¿Comenzó un nuevo paquete tres o más días tarde?

- Tome una píldora hormonal lo antes posible.
- Use un método de respaldo los próximos siete días.
- También puede, si tuvo coito vaginal en los últimos cinco días, considerar PAE.

¿Olvidó tomar tres o más píldoras en la tercera semana?

- Tome una píldora hormonal lo antes posible.
- Termine todas las píldoras hormonales del paquete. Descarte las siete píldoras no hormonales del paquete de 28 píldoras.
- Comience un nuevo paquete al día siguiente.
- Use un método de respaldo los próximos siete días.
- Si tuvo relaciones sexuales en los últimos cinco días también puede considerar PAE.

¿Olvidó alguna píldora no hormonal? (últimas siete del paquete de 28 píldoras)

- Deseche la o las píldoras no hormonales omitidas.
- Siga tomando AOC, una por día. Comience el nuevo paquete como siempre.

Vómitos severos o diarrea

- Si vomita dentro de las dos 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 dos días o más, siga las instrucciones arriba mencionadas para los casos en que se omiten 1 ó 2 píldoras.

Retorno de la fertilidad

Una vez interrumpido el uso, se puede recuperar la fertilidad en dos o tres meses.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para

ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS

Realice a la usuaria las preguntas dadas 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 y al anillo vaginal combinado.

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

NO SÍ

Si está dando pecho exclusivo o casi exclusivo: suminístrele los AOC y dígame que comience a tomarlos a los seis meses después del parto, o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé, lo que ocurra primero. Si amamanta parcialmente: la mujer puede comenzar los AOC ya a las seis semanas después del parto.

(continúa)

(continuación)

<p>2. ¿Ha tenido usted un bebé hace menos de tres semanas y no lo está amamantando?</p> <p>NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>Sumínístrele los AOC ahora y dígame que empiece a tomarlos tres semanas después del parto.</p>
<p>3. ¿Fuma cigarrillos?</p> <p>NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>Si ella fuma y tiene 35 años o más, no le suministre AOC. Úrjala a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método.</p>
<p>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?</p> <p>NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/></p> <p>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).</p>
<p>5. ¿Tiene hipertensión?</p> <p>NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> ● 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, derivela a un control de presión arterial o ayúdela a elegir un método sin estrógenos. ● Si es posible, controle la presión arterial: <ul style="list-style-type: none"> ● 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. Indíquese 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).

(continúa)

(continuación)

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

NO SÍ

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 SÍ

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 SÍ

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.

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

NO SÍ

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 SÍ

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.

(continúa)

(continuación)

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

NO sí

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 sí

Si es así, puede empezar a tomar AOC dos 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 sí

No le dé AOC. Ayúdela a elegir un método sin estrógeno que no sea inyectables sólo de progestina.

* 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. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

3.2.

Anticoncepción
oral de emergencia (AOE)
**PÍLDORA ANTICONCEPTIVA
DE EMERGENCIA**
(PAE)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Las píldoras anticonceptivas de emergencia ayudan a evitar el embarazo cuando se toman hasta 72 horas después del coito vaginal sin protección. Cuanto antes se tomen, mejor.

No afectan 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.

Descripción del método

Las PAE contienen sólo progestina (levonorgestrel), o una progestina y un estrógeno juntos, como las hormonas naturales progesterona y estrógeno presentes en el organismo de la mujer.



El **levonorgestrel** es un análogo de la progesterona y tiene los mismos efectos que esta hormona, entre ellos que es capaz de mantener el embarazo. Por eso se llama así a la progesterona, porque es progestacional, favorece la gestación; la otra acción que tiene la progesterona es convertir el endometrio proliferativo (por acción de los estrógenos) en un endometrio receptivo al embrión. Por último cuando se administran antes de la ovulación, suprimen la ovulación, eso lo hacen todas las progestinas, el levonorgestrel no es excepción.

Las píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) a veces reciben el nombre de píldoras "del día después", "de la mañana siguiente" o anticonceptivos postcoitales.

Efectividad/tasa de falla

Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales coitales vaginales una vez durante la segunda o tercer semana del ciclo menstrual sin usar anticoncepción, probablemente ocho queden embarazadas.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen sólo progestina, probablemente una quede embarazada, es decir 99% de efectividad.

Si esas 100 mujeres utilizaran PAE que contienen estrógeno (ACO's – YUZPE), probablemente dos queden embarazadas, es decir 98% de efectividad.

La efectividad puede variar de 75% a 95%, o sea, puede evitar hasta el 95% de los embarazos que pueden ocurrir después de un coito único. Es importante resaltar que la efectividad es mayor cuanto más precoz sea la toma de las píldoras. Cuando la primera dosis se toma antes de completar 24 horas del coito, la eficacia es de 95%.

Se pueden utilizar dos regímenes de PAE

El régimen estándar consiste en píldoras "combinadas" que contienen etinil estradiol y levonorgestrel o formulaciones comparables (por ejemplo aquellas que contienen norgestrel). Este régimen es conocido como el **método Yuzpe** y ha sido estudiado y ampliamente utilizado desde mediados de los años 70.

Cuando se dispone de píldoras de alta dosis que contienen 50 mcg de etinil estradiol y 0.25 mg de levonorgestrel, las píldoras anticonceptivas de dosis alta (o 0.50 mg de norgestrel), se debe tomar una primera dosis de dos píldoras lo antes posible y no más tarde de 72 horas después de un coito sin protección anticonceptiva. Esta dosis irá seguida de otras dos píldoras 12 horas después.

Cuando sólo se dispone de píldoras de baja dosis (que contienen 30 mcg de etinil estradiol y 0.15 mg de levonorgestrel o 0.30 mg de norgestrel), las píldoras anticonceptivas normales,

se debe tomar una primera dosis de **cuatro píldoras** lo antes posible y no más tarde de 72 horas después del coito sin protección anticonceptiva; esta dosis irá seguida por **otras cuatro píldoras** 12 horas después.

Un régimen hormonal alternativo consiste en píldoras de levonorgestrel puro, el cual es igual o más efectivo que el régimen de Yuzpe y tiene una incidencia significativamente más baja de efectos colaterales, especialmente vómito.

Cuando se dispone de píldoras de **0.75 mg de levonorgestrel**, se debe tomar una primera dosis de una píldora lo antes posible y no más tarde de 72 horas después de un coito sin protección anticonceptiva. Esta dosis irá seguida de otra píldora 12 horas después.

Existe un régimen alternativo que consiste en la toma de las dos tabletas de levonorgestrel juntas en una sola toma o también existen algunas presentaciones de levonorgestrel de 1.5 mg de toma única. Con resultados iguales a las que se toman cada 12 horas. Éstas se deben tomar no más tarde de 72 horas después de un coito sin protección.

EFFECTIVIDAD DE LAS PAE SEGÚN SU DÍA DE USO

TIEMPO	YUZPE	LEVONORGESTREL
Hasta 24 horas	2,0	0,4
25-48 horas	4,1	1,2
49-72 horas	4,7	2,7
73 a 120 horas	> 5	5
Todas	4,2	2.5

¿Cuándo tomarlas?

- Lo antes posible después de una relación coital sin protección. Cuanto antes se tomen las PAE, más posibilidades existen de evitar el embarazo.
- Pueden prevenir el embarazo cuando se las toma en cualquier momento dentro de los 72 horas posteriores a la relación sexual sin protección.

Mecanismo de acción

El mecanismo de acción de la anticoncepción hormonal de emergencia es complejo, porque el efecto de las hormonas administradas depende del día en que se usan, y la fertilidad de la mujer varía de acuerdo a la etapa del ciclo menstrual en que se encuentre.

En la gran mayoría de los casos en riesgo, los espermatozoides permanecen 1 y 5 días en el tracto genital femenino. Este intervalo ofrece una posibilidad real de que el anticonceptivo de emergencia interfiera con el transporte y la vitalidad de los espermatozoides, y/o con el proceso ovulatorio, y que prevenga por estos mecanismos el encuentro del óvulo con un espermatozoide en la trompa de Falopio.

Si se usa antes de la ovulación, la anticoncepción de emergencia impide la liberación del óvulo. La anticoncepción de emergencia no produce alteraciones del endometrio. Los estudios realizados en animales de experimentación demuestran que el levonorgestrel no impide la implantación. El levonorgestrel produce alteración del moco cervical y la anticoncepción de emergencia puede alterar el transporte y la vitalidad de los espermatozoides. Estos mecanismos impiden la fecundación. La anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido ni causa un aborto.

Inhibición de la ovulación

Usado antes de la ovulación puede impedir el desarrollo folicular, la descarga de la hormona luteinizante o LH, y la liberación del óvulo (Durand y cols.).

Efecto sobre la migración y función espermática

Aumenta el pH del fluido uterino a las cinco horas, lo cual inmoviliza a los espermatozoides y aumenta la viscosidad del moco cervical a partir de las nueve horas, impidiendo el paso de más espermatozoides hacia la cavidad uterina.

Efectos sobre el endometrio

Los investigadores que examinaron biopsias de endometrio, luego de administrar el régimen de Yuzpe, sólo encontraron mínimas diferencias en los parámetros morfológicos y moleculares examinados en comparación con los ciclos-controles de las mismas mujeres, es decir no afecta al endometrio.

Características

- Recuperación de la fertilidad después de interrumpir las 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 las 72 horas 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.
- Protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS): ninguna.

- **Es apropiada en caso de:**
 - ▲ Uso incorrecto de un método anticonceptivo, falla y/u olvido del método.
 - ▲ Accidente durante el uso (rotura o deslizamiento del condón).
 - ▲ Relación sexual no protegida.
 - ▲ Violación.
- **Limitantes:**
 - ▲ El tiempo después de un coito sin protección anticonceptiva es corto para que la mujer pueda utilizar la PAE, sólo es efectiva hasta 72 horas después del mismo.
 - ▲ No protege contra ITS-VIH/SIDA.
- **Beneficios conocidos para la salud:**
 - ▲ Ayuda a proteger contra: riesgo de embarazo.

Efectos colaterales, beneficios y riesgos para la Salud

EFECTO	YUZPE	LEVONORGESTREL
NÁUSEAS	50,5%	23,1%
VÓMITOS	18,8%	5,6%
MAREOS	16,7%	11,2%
CEFALEA	20,2%	16,8%
OTROS	16,7%	13,5%

Los efectos colaterales varían de acuerdo al esquema de PAE que se use, siendo menores y de menor intensidad con el producto dedicado (levonorgestrel).

Efectos colaterales que algunas usuarias indican:

- Cambios en los patrones de sangrado, incluyendo:
 - ▲ Leve sangrado irregular durante 1-2 días después de tomar la PAE.
 - ▲ Menstruación que comienza antes o más tarde de lo esperado.
 En la semana después de tomar la PAE:
 - ▲ Náuseas, dolor abdominal.
 - ▲ Fatiga.
 - ▲ Cefaleas.
 - ▲ Congestión o dolor mamario.
 - ▲ Mareos, vómitos.
 - ▲ Los efectos secundarios, con excepción de los vómitos, no tienen importancia y son de corta duración.
- **Náusea:** se da aproximadamente en el 40% de las usuarias que utilizan el régimen combinado de PAE, y aproximadamente en 25% con píldoras sólo de levonorgestrel y no dura más de 24 horas.

- **Vómito:** ocurre aproximadamente en el 20% de las usuarias que utilizan el régimen combinado de PAE y en 5% o menos con píldoras sólo de levonorgestrel.
- **Sangrado genital irregular:** algunas mujeres pueden experimentar sangrado después de tomar la PAE. La mayoría de las mujeres tendrán su menstruación en la fecha esperada pero puede adelantarse o atrasarse hasta 10 días.

Conducta:

- **Náusea:** Tomar las píldoras acompañadas de comida o leche puede ayudar a reducir la náusea. La administración profiláctica de un antiemético (media hora antes de tomar las píldoras) ha demostrado reducir la náusea en algunas mujeres. Los antieméticos administrados después de la náusea probablemente no tengan efecto.
- **Vómito:** En caso de que ocurra vómito dentro de dos horas de haber tomado las PAE, será necesario repetir la dosis.
- Si ocurre un retraso en la menstruación de más de 10 días se debe realizar una prueba de embarazo.
- Estos efectos colaterales generalmente no duran más de 24 horas. Se puede utilizar paracetamol u otro analgésico sin prescripción médica para reducir el malestar debido a la cefalea o a la sensibilidad de mamas.

Aclarando malentendidos

Existe información infundada que refiere lo siguiente:

“La anticoncepción de emergencia impide la implantación del óvulo fecundado en el útero”.

Esta afirmación es falsa ya que no existe evidencia científica que la respalde, un mecanismo de acción demostrado para la PAE es la inhibición de la ovulación, lo cual se ha comprobado en la mujer, en la mona y en la rata. Por otro lado el levonorgestrel inhibe el ingreso de los espermatozoides en el tracto genital de la mujer. No se ha encontrado alteraciones en el endometrio de la mujer tratada con levonorgestrel. Por el contrario estudios recientes realizados en animales muestran que la implantación ocurre con la misma frecuencia en animales tratados con levonorgestrel que con placebo, después de un coito en el día de la ovulación.

“La anticoncepción de emergencia puede afectar al embrión antes de que se produzca la implantación, impidiendo su desarrollo”.

No hay evidencia directa que se refiera al efecto de las hormonas usadas como PAE sobre el embrión humano. Es imposible obtener dicha evidencia, por razones éticas, y tampoco existe para ningún otro medicamento usado en medicina. La evidencia indirecta, proveniente de otros anticonceptivos hormonales, muestra que no hay efectos teratogénicos o ningún tipo de malformación congénita en los niños nacidos cuando ha ocurrido una falla del método.

“La anticoncepción de emergencia es abortiva”.

El embarazo es el proceso del desarrollo de un embrión que es posterior a la implantación, la información disponible en la literatura científica no provee ninguna evidencia de que la PAE interrumpa el embarazo, impida la nidación o afecte al embrión, durante o después de la implantación. Por lo tanto la PAE no provoca un aborto.

Modo de uso

- Excluya la posibilidad de que la usuaria esté embarazada, determinando la fecha de su última menstruación.
- Determine la fecha y hora del contacto sexual sin protección, para asegurar que la usuaria está a tiempo de recibir el tratamiento dentro del margen de tiempo requerido de 72 horas.
- Pregunte si la usuaria está actualmente utilizando un método anticonceptivo regular; esta pregunta puede ser un buen punto de partida para una discusión sobre el uso de anticonceptivos regulares y como utilizarlos correctamente.
- No se necesita un examen pélvico u otro tipo de pruebas a menos que haya dudas sobre el estado de embarazo o se indique por otras razones.
- Provea las píldoras para la anticoncepción oral de emergencia.
- Provea las instrucciones específicas sobre la forma de toma, efectos colaterales y su manejo, además de programar la visita de seguimiento.

Durante la visita de seguimiento de la usuaria:

- Registre la información sobre su menstruación para verificar que no está embarazada (si existe duda, realice una prueba de embarazo).
- Discuta opciones anticonceptivas según sea apropiado.
- Si la usuaria lo desea, provea un método anticonceptivo de acuerdo a la elección de la mujer.

Temas de información para la usuaria

- Si la usuaria no desea quedar embarazada, pero comprende que todavía existe la posibilidad de embarazo después del tratamiento con PAE, explicar que no existe razón para pensar que las PAE perjudicarían al feto si fallaran en prevenir el embarazo.
- Explicar claramente cómo deben tomarse las PAE. Recomendar a las usuarias que no tomen ninguna dosis extra de PAE, ya que ello podría aumentar los efectos colaterales pero no aumentaría la efectividad.
- Describir cuáles son los efectos colaterales comunes, esto ayuda a las mujeres a saber qué esperar y puede conducir a una mayor tolerancia.

- Indicar a la usuaria que beber leche o comer algo al momento de tomar las píldoras o tomarlas poco antes de irse a la cama, puede reducir la náusea. La primera dosis debe ser lo antes posible, no debe retrasarse innecesariamente, ya que la eficacia puede disminuir con el paso del tiempo.
- Explicar que, si la usuaria vomita dentro de las dos primeras horas, luego de haber ingerido las PAE, debe repetir la dosis.
- Asegurarse que la usuaria comprende que las PAE no la protegerán de un embarazo si mantiene contacto sexual sin protección en los días o semanas siguientes al tratamiento. Este es un malentendido común entre algunas usuarias. Recomendar a la usuaria que utilice un método de barrera, como el condón, para el resto de su ciclo. Al comienzo de su siguiente ciclo puede utilizar un método anticonceptivo diferente.
- Explicar que las PAE por lo general no alteran la fecha de la menstruación pero puede adelantarse o retrasarse en días de lo esperado.
- Explicar que si su periodo se retrasa más de 10 días, debe acudir al servicio de salud pues podría estar embarazada.
- También se debe programar una visita de seguimiento para poder continuar con la anticoncepción regular.
- Este cuadro muestra datos sobre la llegada de la menstruación siguiente luego de usar las PAE.

Fecha de la menstruación siguiente	
Atraso + de 7 días	13%
Atraso de 3-7 días	15%
En la fecha esperada + 3	57%
Más de 7 días antes	15%

* Estudio colaborativo OMS.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para las **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.

3.3.

Métodos hormonales

INYECTABLES DE SÓLO PROGESTINA

(AMPD)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios 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 tres meses.

La inyección puede darse hasta con dos 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.

Descripción del método

¿Qué son los inyectables con progestina sola?

Cada uno de los anticonceptivos inyectables de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), contiene una progestina igual a la hormona natural progesterona producida en el cuerpo de la mujer. No contienen estrógeno, por lo que pueden ser utilizados por mujeres que están amamantando y por mujeres que no pueden usar métodos con estrógeno.



AMPD, el inyectable con progestina sola de mayor uso, es conocido también como la inyección "Depo" o "Depo-provera".

Se administra mediante inyección en el músculo (inyección intramuscular profunda). La hormona se libera entonces lentamente en el flujo sanguíneo. Hay una nueva formulación de AMPD que puede inyectarse justo debajo de la piel (inyección subcutánea). Viene en frascos de suspensión acuosa microcristalina, con 150 mg de AMPD en 1 ml.

Efectividad/tasa de falla

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 tres embarazos cada 100 mujeres que utilizan inyectables con progestina sola en el transcurso 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 un embarazo cada 100 mujeres que utilizan inyecciones con progestina sola en el transcurso del primer año (3 por 1.000 mujeres).

Mecanismo de acción

- Funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación), por acción de la progestina-progestágeno que actúa sobre el hipotálamo y la hipófisis, suprimiendo la elevación aguda de LH (responsable de la ovulación).
- El segundo mecanismo de acción es el espesamiento del moco cervical viscoso, y esto dificulta la penetración de los espermatozoides.
- En la mayoría de los casos el endometrio muestra señales de hipotrofia.

Características

Es apropiado, seguro y adecuado para:

- Casi todas las mujeres pueden utilizar inyectables con progestina sola de manera segura y eficaz, incluyendo mujeres que:
 - ▲ Hayan tenido hijos o no.
 - ▲ De cualquier edad, incluyendo adolescentes y mujeres de más de 40 años; en la adolescencia, después de dos años de establecida su menstruación (no requiere periodos de descanso).
 - ▲ Hayan tenido recientemente un aborto o una pérdida de embarazo.

- ▲ Fumen cigarrillos, independientemente de la edad o de la cantidad que fumen.
 - ▲ Estén amamantando (se puede comenzar a las seis semanas del parto).
 - ▲ Estén infectadas con VIH, estando o no en terapia antirretroviral.
 - ▲ 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.
- **Beneficios:**
- ▲ 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 dismenorrea.
 - Síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular).
 - Protege contra la enfermedad pélvica inflamatoria.
 - Riesgo de embarazo ectópico.
 - ▲ No altera la cantidad y calidad de la leche materna.
 - ▲ No interfiere con el coito vaginal.
 - ▲ No se necesita un tiempo de descanso por lo que el tiempo de uso lo indica la usuaria, según sus deseos de tener o no hijos.
- **Limitantes:**
- ▲ Cuando se sospecha embarazo o hay embarazo.
 - ▲ Cuando hay hemorragia genital no diagnosticada.
 - ▲ Cuando se sospecha cáncer de mama.
 - ▲ Cuando hay irregularidades del ciclo menstrual, principalmente la amenorrea.
 - ▲ Cuando hay aumento de peso.
 - ▲ No protege contra las ITS/VIH/SIDA.
 - ▲ No cubre las necesidades de estrógenos (inyectable con progestágeno solamente) en la premenopausia.

Efectos secundarios/efectos colaterales

Algunas usuarias manifiestan: cambios en los patrones de sangrado, inclusive con AMPD:

- En los tres primeros meses:
 - ▲ Sangrado irregular.
 - ▲ Sangrado prolongado.

- Al año:
 - ▲ Ausencia de menstruación, sangrado infrecuente, sangrado irregular.
 - ▲ Aumento de peso (0,5 a 2 kilos por año de uso).
 - ▲ Cefaleas, mareos.
 - ▲ Distensión y molestia abdominal.
 - ▲ Cambios de humor.
 - ▲ Disminución del impulso sexual (poco frecuente).
- Otros posibles cambios físicos:
 - ▲ Pérdida de densidad ósea.

Conducta frente a los efectos secundarios

- **Amenorrea:** es un efecto frecuente del AMPD. No requiere tratamiento médico pero sí orientación, a fin de conseguir mejor tolerancia al efecto secundario.
- **Manchas o sangrado leve:** brindar orientación de apoyo.
- **Sangrado moderado:** realizar un examen ginecológico para descartar causa orgánica. Orientar a la usuaria asegurándole que es un efecto esperado durante los primeros tres a seis meses de uso.
- Si persiste el sangrado y no está contraindicado el uso de estrógenos, indicar un ciclo de anticonceptivos orales combinados con 30-35 mcg de etinil estradiol, que reduce o detiene todos los episodios hemorrágicos mientras se mantiene el tratamiento.
- Puede ocurrir sangrado irregular o prolongado, posterior a cualquiera de estas medidas. Es muy probable que el sangrado moderado desaparezca después de la tercera inyección, aunque la aparición de amenorrea es más frecuente.
- **Sangrado profuso:** es un efecto muy poco frecuente; deben investigarse otras causas de hemorragia. En caso de que la hemorragia se deba al efecto del AMPD, dar orientación al respecto para tranquilizar a la usuaria e indicar un ciclo de anticonceptivos orales combinados con una dosis diaria de 30-35 mcg de etinil estradiol, o como alternativa utilizar estrógenos conjugados de 1,25 mg diarios, por vía oral, durante 14 días.
- **Aumento de peso:** se debe indagar sobre los hábitos alimenticios y el ejercicio. Orientar sobre fluctuaciones de peso, sobre dieta y ejercicio físico. Si es inaceptable, ayudaría a elegir otro método.
- **Retraso en el retorno de la fertilidad:** brindar orientación sobre el tiempo promedio de retorno de la misma.
- En caso de presentar cefalea, vértigo, cambios de humor, distensión abdominal, náuseas y/o mastalgia, brindar orientación de apoyo.

Señales de alarma

En caso de presentarse sangrado genital profuso, cefalea o dolor abdominal intenso y/o aumento excesivo de peso, referir al nivel que corresponda ya que estas condiciones requieren valoración médica.

Aclarando malentendidos

En relación a 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.

Modo de uso

Momento de inicio del método

- La primera inyección debe administrarse en los primeros siete días del ciclo menstrual, o en cualquier momento si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro que no hay embarazo. Si han transcurrido más de siete días de iniciado el sangrado menstrual, la usuaria necesita abstenerse de tener coitos vaginales o utilizar alguna protección anticonceptiva adicional durante siete días.
- Las inyecciones subsecuentes de AMPD deben administrarse cada tres meses, independientemente de cuándo se presenta el sangrado (pueden administrarse dos semanas antes o después de la fecha prevista) sin compromiso de la efectividad.
- En el posparto (madre con lactancia completa o casi completa) la administración puede iniciarse después de la sexta semana (42 días).
- Si la usuaria no está dando de lactar o está en el post-aborto, puede administrarse de inmediato.

Retorno de la fertilidad

Entre 4 a 24 meses después de la última inyección.

Procedimiento para la inyección

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Verificar el contenido, integridad y la fecha de vencimiento del frasco de AMPD.
- Agitar la ampolla suavemente hasta lograr una dilución homogénea. Si no se logra, utilizar otro frasco.
- Destapar el frasco y limpiar la tapa de goma con torunda de algodón empapada en alcohol.
- Abrir el paquete estéril y ensamblar la aguja en la jeringa.
- Cargar el AMPD en la jeringa evitando el ingreso de burbujas de aire.
- Aspirar todo el contenido del frasco. La jeringa debe llenarse hasta 1 ml o hasta 0,9 ml (si no logra aspirar esta cantidad, utilice otro frasco).
- Limpiar la piel de la zona a ser inyectada, con una torunda de algodón empapada en alcohol; dejar secar.

- Administrar por vía intramuscular profunda en el glúteo o en el brazo.
- No masajear el sitio de la inyección e indicar a la usuaria que tampoco debe hacerlo.
- Descartar la jeringa sin desmontar la aguja en un recipiente a prueba de pinchazos.
- Lavarse las manos otra vez.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para **INYECTABLES DE PROGESTINA SOLA**

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

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

NO SÍ

Sí: la mujer puede comenzar las inyectables con progestina sola ya a las seis semanas después del parto.

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

NO SÍ

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 SÍ

Si no le puede controlar la presión arterial y la mujer tiene antecedentes de hipertensión, adminístrele 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, adminístrele 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.

(continúa)

(continuación)

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

NO SÍ

No suministre inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir otro método; uno que sea sin estrógeno.

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

NO SÍ

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 SÍ

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 SÍ

No le dé inyectables con progestina sola. Ayúdela a elegir algún otro método sin hormonas.

(continúa)

(continuación)

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

NO **SÍ**

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 haya de utilizar la usuaria. También destaque cualquier afección que pueda hacer que el método sea desaconsejable, cuando sea pertinente para la usuaria.

VIII. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS PERMANENTES

1. ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA (AQV)

1.1.

Oclusión TUBÁRICA BILATERAL-SALPINGOCLASIA (OTB)

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Es permanente. Destinada 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 y/o una proveedora con entrenamiento específico.

No tiene efectos colaterales a largo plazo.

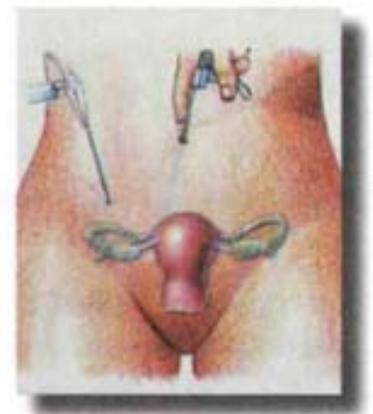
Descripción del método

¿Qué es la esterilización femenina?

Es la anticoncepción permanente para mujeres que no quieren tener más hijos o mujeres que no desean tener hijos.

Los dos 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.
- Sin embargo también existe el procedimiento **trans-cesárea**, el que se realiza durante el procedimiento de la cesárea.

Tiene diversos denominativos: esterilización tubaria, ligadura de trompas, anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), salpingectomía o salpingoclasia, 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 espermatozoide.

Efectividad/tasa de falla

¿Qué tan eficaz es?

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

El primer año: menos de un embarazo por cada 100 mujeres en el transcurso 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, es decir tiene una efectividad de 99.5%.

Sin embargo 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 dos embarazos por cada 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 posparto).

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.

Mecanismo de acción

La oclusión de las trompas uterinas evita la unión del óvulo con el espermatozoide, impidiendo así la fecundación.

Características

Es apropiado y seguro para:

- Todas las mujeres. Con un adecuado asesoramiento y con consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a la esterilización femenina de manera segura, incluyendo a mujeres que:
 - ▲ Tengan muchos hijos.
 - ▲ No tengan hijos, o tengan pocos hijos.
 - ▲ Estén casadas o no.
 - ▲ Tengan o no el permiso del esposo.
 - ▲ Sean jóvenes.
 - ▲ Acaben de tener un parto (en los últimos siete días).
 - ▲ Estén amamantando.
 - ▲ Estén infectadas con VIH, recibiendo o no terapia antirretroviral.
 - ▲ En algunas de estas situaciones, es importante que haya un asesoramiento especialmente cuidadoso para asegurarse que la mujer no lamente su decisión.
- 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").
- **Beneficios:**
 - ▲ Ayuda a proteger contra riesgos de embarazo.
 - ▲ Ayuda a proteger contra la Enfermedad Inflamatoria Pélvica (EIP).
 - ▲ Puede ayudar a proteger contra:
 - Cáncer de ovario.
 - ▲ Es un método permanente y altamente efectivo.
 - ▲ Tiene una efectividad inmediata.
 - ▲ No afecta la capacidad de la mujer para tener y disfrutar de las relaciones sexuales.
 - ▲ No interfiere con la lactancia materna.
 - ▲ Es un procedimiento ambulatorio.
 - ▲ Es una cirugía generalmente efectuada con anestesia local.
 - ▲ No tiene efectos secundarios a largo plazo.
 - ▲ No produce cambios en la menstruación.
- **Limitantes:**
 - ▲ Requiere personal capacitado.
 - ▲ Requiere de infraestructura mínima necesaria.
 - ▲ No protege contra las ITS/VIH/SIDA.
- **Riesgos conocidos para la salud:**
 - ▲ Poco comunes a extremadamente raros: complicaciones de cirugía y anestesia.
- **Precauciones temporales:**
 - ▲ Cirugía abdominal previa que dificulte o imposibilite el procedimiento quirúrgico por minilaparotomía (se recomienda otra vía de abordaje).

■ Efectos secundarios:

- ▲ No se conocen efectos secundarios inherentes al método.

■ Complicaciones:

▲ Señales de alarma:

- Dolor abdominal moderado o intenso, permanente o pulsátil y en aumento.
- Aumento de volumen o sensación de tumor local.
- Fiebre (más de 38° C).
- Mareo, desmayo.

▲ Cuadros clínicos:

- Herida operatoria con salida de sangre o fluidos.
- Hematoma o infección de la herida operatoria.
- Hemorragia intraperitoneal.
- Infección pélvica.
- Lesión de órganos intra-abdominales.

■ Conducta frente a las complicaciones:

- ▲ Si existe infección local: iniciar tratamiento con antibióticos y curación.
- ▲ Si hubiera absceso: drenar y tratar con antibióticos.
- ▲ El sangrado debe ser controlado y tratado determinando la causa.
- ▲ Ante una complicación mayor: considerar internación y tratamiento en el nivel que corresponda.

Seguimiento

Las visitas de control deben realizarse en los primeros siete días luego de la cirugía. Se orientará a la usuaria que puede acudir al servicio de salud en caso de presentar cualquier señal de alarma.

Retorno de la fertilidad

El procedimiento se considera permanente y la probabilidad de recanalización es mínima.

Cuándo realizar el procedimiento

Tiene ciclos menstruales o pasa de un método a otro

- En cualquier momento dentro de los siete días siguientes al inicio de su menstruación.
- No precisa usar otro método antes del procedimiento.
- Si han pasado más de siete días del inicio de su menstruación, se puede someter al procedimiento en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.

IMPORTANTE: si no hay una razón médica para posponerla, la mujer puede hacerse el procedimiento de esterilización femenina cuando quiera, si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no esté embarazada, usar la "Lista de Verificación del Embarazo".

- 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.

No menstrúa

- En cualquier momento que sea razonablemente seguro que no está embarazada.

Después del parto

- Inmediatamente o dentro de los siete días siguientes al parto, si ha hecho una elección voluntaria, informada, por adelantado.
- En cualquier momento en las seis semanas o más siguientes al parto, si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Después de un 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 siete días del inicio de su próxima menstruación o cualquier otro momento en que el proveedor y/o proveedora esté razonablemente seguro que no está embarazada. Mientras tanto darle un método de respaldo o anticonceptivos orales e indicarle que comience a tomarlos cuando termine las PAE, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.

Consideraciones previas al procedimiento

IMPORTANTE: recalcar la permanencia del método, pues una vez realizado es muy difícil efectuar una recanalización.

Una mujer que considere la esterilización debería pensar cuidadosamente y preguntarse: ¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro? Los proveedores y/o las proveedoras de atención médica pueden ayudar a las usuarias a meditar sobre esta pregunta para que luego ellas puedan tomar una elección informada. Si la respuesta es: "sí, podría querer más hijos", será mejor elegir otro método de anticoncepción.

En la orientación puede servir plantear algunas preguntas. El proveedor y/o proveedora podría preguntar:

- ¿Quiere tener más hijos en el futuro?
- ¿Piensa que podría cambiar de opinión más adelante?
- ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga ¿si se le muriera un hijo?
- ¿Imagínese que perdiera a su esposo y se casara otra vez? ¿Y su nueva pareja quiera tener hijos en el futuro?

Cuando las usuarias no pueden responder consistentemente estas preguntas habría que ofrecerles otras alternativas anticonceptivas e indicarles que pueden volver cuando quieran para continuar con la orientación sobre la esterilización femenina.

En general las mujeres que tienen una 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.

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 mujeres

La mujer puede consultar a su pareja y a otros sobre su decisión de someterse a una esterilización, y puede considerar sus opiniones, pero nadie puede tomar la decisión por ella: ni la pareja, ni otro miembro de la familia, ni un proveedor y/o proveedora de la salud, ni un líder de la comunidad, ni nadie más.

Los proveedores y/o proveedoras de planificación familiar tienen el deber de asegurarse que la decisión a favor o en contra de la esterilización sea tomada por la usuaria y que no estén presionadas ni forzadas por nadie.

Procedimiento

- Consideraciones para la provisión del servicio:
 - ▲ La potencial usuaria debe recibir una orientación que permita una elección informada y un consentimiento informado (durante la misma).
 - ▲ La información será completa, veraz y oportuna, incluyendo beneficios y limitantes.

- ▲ Debe firmar el documento de consentimiento informado, previo a la realización del procedimiento (por lo menos 24 horas antes).
- ▲ No es obligatorio el consentimiento de su pareja.
- ▲ La usuaria es libre de cambiar de opinión en cualquier momento antes del procedimiento.
- Momento para realizar el procedimiento:
 - ▲ De intervalo:
 - En cualquier momento del ciclo menstrual, asegurándose que no está embarazada.
 - Seis semanas o más, después del parto (cuando el útero vuelva a su tamaño normal).
 - ▲ Posparto:
 - Inmediatamente después del parto o dentro de la primera semana (el momento óptimo para el procedimiento es en las primeras 48 horas posparto). No realizar procedimientos posparto o post-aborto del segundo trimestre después del séptimo día de dichos sucesos. Si ya ha transcurrido este tiempo, el procedimiento debe ser pospuesto hasta después de la sexta semana, para evitar dificultades y riesgos quirúrgicos adicionales.
 - ▲ Trans-cesárea:
 - Durante una cesárea.
 - ▲ Post-aborto:
 - De inmediato o dentro de la primera semana.

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 solamente un resumen. Al final del documento se realizará la descripción del procedimiento completo.

Procedimiento de minilaparotomía

1. El proveedor y/o proveedora usará procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
2. El proveedor y/o proveedora 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 y/o proveedora 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 y/o proveedora 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 con la técnica de Pomeroy, que es la técnica más usada y en la que se usa el Catgut cromado.
7. El proveedor y/o proveedora 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. Habitualmente puede irse en unas pocas horas.



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 ocho horas antes de la cirugía. Puede beber líquidos claros hasta dos 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 dos días, 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 una semana.
- ▲ Abstenerse de tener relaciones sexuales por lo menos una semana. Si los dolores duran más de una semana, evitar el coito vaginal hasta que no duela.

Qué hacer con los problemas más comunes

La usuaria puede presentar un cierto dolor e inflamación abdominal después del procedimiento. Habitualmente desaparece en unos pocos días. Para ello se puede prescribir ibuprofeno

(400 mg), paracetamol (500 a 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.

Planificar la visita de control

Es altamente recomendable realizar controles dentro de los siete días siguientes al procedimiento o por lo menos dos semanas después. Sin embargo, no debería negársele la esterilización a nadie simplemente porque su seguimiento pueda resultar dificultoso o imposible.

El proveedor y/o la proveedora deberá controlar el sitio de la incisión, buscar signos de infección y retirar los puntos. Esto se puede hacer en la clínica o en el hogar de la usuaria (lo puede hacer personal de salud especialmente entrenado, por ejemplo), o en cualquier otro centro de salud.

"Vuelva cuando quiera": razones para volver

Asegurar a todas las usuarias que son bienvenidas y que pueden volver en cualquier momento, por ejemplo si tienen 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:

- Presentan sangrado, tumoración, rubor, calor, dolor o pus en la herida, que empeoran o no ceden.
- Presentan fiebre alta (mayor a 38° C).
- Presentan desmayos, mareos persistentes, o mareos muy intensos en las primeras cuatro semanas y especialmente en la primera semana.

Consejo general: recomendar a toda mujer que si siente súbitamente que hay algo de su salud que está muy mal debe consultar inmediatamente al personal de enfermería o a un médico.

Aclarando malentendidos

- 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.

CRITERIOS 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 la presente 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 dadas 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 se recomiendan para: cautela, demora o especial (preparativos especiales).

Lista de verificación

Cautela: significa que el procedimiento puede realizarse en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.

Demora: significa posponer 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

SÍ

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 esterilización femenina:

(continúa)

(continuación)

- Embarazo en curso.
- 7-42 días posparto.
- Posparto después de un embarazo con preeclampsia severa o eclampsia.
- Complicaciones posparto o post-aborto 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.
- Útero fijo a causa de cirugía o infección previas.
- Endometriosis.
- Hernia (de pared abdominal o umbilical).
- Rotura o perforación uterina posparto o post-aborto.

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

NO

SÍ

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.

(continúa)

(continuación)

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

NO SÍ

Si presenta alguna de las siguientes patologías o condiciones, tenga cautela:

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

Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes patologías, 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 neumonía).
- Infección sistémica o gastroenteritis importante.
- Infección cutánea abdominal.
- Cirugía abdominal de emergencia o infección, o cirugía mayor con inmovilización prolongada.

Si presenta alguna de las siguientes patologías, 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.

Formularios para consentimiento informado

Anticoncepción quirúrgica voluntaria – Oclusión tubárica bilateral

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nota: si la usuaria no entiende o no habla español, deberá recibir toda la información contenida en este documento en su lengua materna y en presencia de un o una testigo que hable su mismo idioma. La usuaria estampará su firma o huella digital como prueba de su consentimiento. En caso que la usuaria sea analfabeta, se procederá a la lectura del consentimiento informado por parte del personal de salud en presencia de un o una testigo, el cual o la cual certifica que la usuaria conoce y ha comprendido el contenido del documento y ha impreso su huella digital en conformidad con el mismo y sin ningún tipo de presión.

Yo mayor de edad, en pleno derecho, solicito en forma libre, informada y voluntaria, se me realice la ligadura de trompas y manifiesto lo siguiente:

1. Tengo conocimiento que los establecimientos de salud ofertan métodos temporales de anticoncepción que me pueden ser provistos. He recibido información precisa de cada uno de ellos, incluyendo beneficios y limitaciones.
2. Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la ligadura de trompas y fui informada, siendo todas mis preguntas respondidas satisfactoriamente y entiendo que se trata de un método permanente de anticoncepción quirúrgica, el mismo que acepto voluntariamente.
3. Estoy consciente que, como toda intervención quirúrgica, este procedimiento conlleva riesgos de los cuales he sido informada.
4. Tengo conocimiento que existe una mínima posibilidad de falla y que podría quedar embarazada.
5. Puedo solicitar más información sobre la ligadura de trompas y puedo cambiar de opinión o desistir en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica (aunque haya firmado este documento) y no se me negarán servicios de salud sexual y salud reproductiva para poder elegir otro método anticonceptivo, si así lo deseo.
6. Fui informada con amplitud y claridad sobre las posibles molestias propias de este procedimiento quirúrgico.
7. Estoy informada que debo acudir al establecimiento de salud para los controles médicos correspondientes o cuando tenga alguna duda o molestia relacionada con el procedimiento.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y declaro que esta decisión ha sido tomada sin haber estado sujeta a ningún tipo de presión, coerción e incentivo.

Lugar y fecha

Firma o huella digital y nombre de la usuaria

Firma y nombre del orientador o la orientadora

NOTA: El consentimiento informado debe ser reproducido en papel con membrete de la institución.

Anticoncepción quirúrgica voluntaria – Oclusión tubárica bilateral Para mujeres con discapacidad mental

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nota: si se dispone de una "Declaración Judicial de Incapacidad Mental" de la potencial usuaria, emitida por el juez de Familia, el personal de salud procederá a la lectura del consentimiento informado ante su tutor legal o tutores legales y dos testigos. El tutor o los tutores y los testigos manifestarán su conformidad con su firma o huella digital. Si el tutor o los tutores no hablan español, deben recibir toda la información contenida en este documento en su lengua materna (por lo menos un testigo hablará el mismo idioma). Todos, tutores y testigos estamparán su firma o huella digital como prueba de conformidad.

Nosotros..... mayores de edad,
solicitamos en forma libre, informada y voluntaria, se realice a
..... una ligadura de trompas.

1. Tenemos conocimiento que los establecimientos de salud ofertan métodos temporales de anticoncepción que pueden ser provistos. Hemos recibido información precisa de cada uno de ellos, incluyendo beneficios y limitaciones.
2. Tuvimos la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la ligadura de trompas, habiendo sido todas ellas respondidas satisfactoriamente. Asimismo entendemos que se trata de un método permanente de anticoncepción quirúrgica.
3. Estamos conscientes que, como toda intervención quirúrgica, este procedimiento conlleva riesgos de los cuales fuimos informados e informadas.
4. Tenemos conocimiento que existe una mínima posibilidad de falla y que ella podría quedar embarazada.
5. Nos informaron que podemos solicitar más información sobre la ligadura de trompas y podemos cambiar de opinión o desistir en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica (aunque hayamos firmado este documento) y no se le negarán servicios de salud sexual y reproductiva para poder elegir otro método anticonceptivo.
6. Fuimos informados e informadas con amplitud y claridad sobre las posibles molestias propias de este procedimiento quirúrgico.
7. Estamos informados e informadas que debemos acudir con ella al establecimiento de salud para los controles médicos correspondientes o cuando exista alguna duda o molestia.

Firmamos este consentimiento por nuestra libre voluntad, en presencia de dos testigos y sin haber estado sujetos o sujetas a ningún tipo de presión, coerción o incentivo.

Lugar y fecha

Firma o huella digital y nombre del tutor

Firma y nombre del orientador o orientadora

Firma y nombre del testigo

Firma y nombre del testigo

NOTA: Este documento debe ser reproducido en papel con membrete de la institución y debe estar acompañado por fotocopias de la "Declaración Judicial de Incapacidad Mental".

1.2.

VASECTOMÍA

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Es 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 tres meses en actuar. El hombre o la pareja deben usar condones u otro método anticonceptivo durante los tres meses siguientes a la vasectomía.

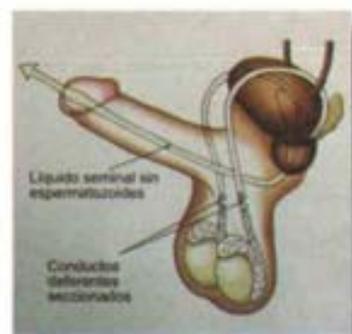
No afecta el desempeño sexual masculino.

Descripción del método

¿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 y/o proveedora ubica los conductos deferentes que transportan el esperma al pene y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).



Es también llamada esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.

Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo así que los espermatozoides pasen de los testículos al pene. Por tanto, al no haber espermatozoides en el semen, se eyacula el semen pero no puede generar embarazo. Es seguro, rápido y sólo puede ser efectuado por personal capacitado. Es un procedimiento ambulatorio.

Efectividad/tasa de falla

Es uno de los métodos más eficaces, sin embargo tiene un pequeño margen de error.

En los casos en los que el hombre no pueda hacerse el examen de semen tres meses después del procedimiento, para ver si éste todavía contiene espermatozoides, las tasas de embarazo son de alrededor de 2 a 3 por cada 100 mujeres en el primer año siguiente a la vasectomía de su pareja. Esto significa que de 97 a 98 de cada 100 mujeres, cuyas parejas se hayan hecho una vasectomía, no van a quedar embarazadas.

En los casos en los que el hombre pueda hacerse el examen de semen después de la vasectomía, se da menos de un embarazo por cada 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 vasectomía, no quedarán embarazadas, es decir tiene una efectividad de 99.8%.

La vasectomía no alcanza toda su eficacia hasta tres meses después del procedimiento.

- En el transcurso del primer año ocurren algunos embarazos porque la pareja no usa condones u otro método eficaz, consistente y correctamente en los primeros tres meses, antes de que la vasectomía sea plenamente eficaz. Sin embargo 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 tres años después del procedimiento: alrededor de cuatro embarazos por cada 100 mujeres.
- Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía queda embarazada, puede ser porque:
 - ▲ La pareja no usó siempre otro método durante los primeros tres meses siguientes al procedimiento.
 - ▲ El proveedor y/o proveedora 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 los países. Cuando se la realiza, la cirugía de reversión no siempre es exitosa, por tanto no culmina en el embarazo de la pareja.

Mecanismo de acción

El bloqueo e interrupción en la continuidad de los dos conductos deferentes impide que los espermatozoides puedan ser almacenados normalmente, evitando su presencia en el semen. No hay interferencia con las erecciones ni con la eyaculación.

Características

Es apropiado para:

- Varones que han completado sus expectativas reproductivas y que desean un método permanente y altamente efectivo.
- Comparada con la esterilización quirúrgica voluntaria femenina, la vasectomía es:
 - ▲ Probablemente más efectiva y segura.
 - ▲ Más fácil de realizar.
 - ▲ Si tiene algún costo, éste es frecuentemente menor.
 - ▲ Se puede verificar la efectividad en cualquier momento.
 - ▲ Si la pareja llega a quedar embarazada, la probabilidad de que ese embarazo sea ectópico es menor que el embarazo ocurrido en una mujer que ha sido esterilizada.
- **Beneficios:**
 - ▲ Es un método permanente y altamente efectivo.
 - ▲ Es un procedimiento ambulatorio.
 - ▲ Requiere de anestesia local.
 - ▲ Requiere de mínimos cuidados post operatorios y la recuperación es rápida.
 - ▲ No afecta la capacidad para disfrutar de las relaciones sexuales.
 - ▲ No hay necesidad de hacer visitas repetidas al establecimiento de salud.
 - ▲ No hay riesgo evidente para la salud a largo plazo.
 - ▲ No produce cambios en el acto de eyacular.
- **Limitantes:**
 - ▲ Requiere personal capacitado.
 - ▲ No es efectivo en forma inmediata. Los primeros tres meses pueden haber aún espermatozoides en el semen.
 - ▲ La cirugía de recanalización es difícil, costosa y no se encuentra disponible en muchos lugares.
 - ▲ Temor a la impotencia.
 - ▲ No protege contra ITS incluyendo VIH/SIDA.
 - ▲ Antecedentes de cirugía escrotal o testicular.
 - ▲ Antecedente de disfunción eréctil.
- **Precauciones temporales:**
 - ▲ Debe tenerse precaución ante alguna patología regional concomitante, como:
 - Infección en el área genital.
 - Hidrocele.
 - Varicocele.
 - Engrosamiento escrotal por lesión previa o por la presencia de tejido fibroso que pueda dificultar el procedimiento.
 - Hernia inguinoescrotal.
 - Enfermedades hemorragíparas.
- **Efectos secundarios:**
 - ▲ No se conocen efectos colaterales inherentes al método.

■ **Complicaciones:**

- ▲ Las complicaciones menores a corto plazo que comúnmente ocurren son:
 - Un leve malestar por 2 a 3 días.
 - Dolor en el escroto, hinchazón.
 - Fiebre alta (mayor a 38° C) especialmente en la primera semana.
 - Sangrado o pus en la herida.
 - Dolor, calor, hinchazón o enrojecimiento en la punción que empeora o que no desaparece (señales de infección).
- ▲ Las complicaciones infrecuentes de la cirugía son: coágulos, infección o absceso.

■ **Conducta frente a las complicaciones:**

- ▲ Cuando hay coágulos sanguíneos pequeños, no infectados: reposo y analgésicos, tales como el paracetamol.
- ▲ Cuando hay coágulos grandes: pueden necesitar drenaje quirúrgico.
- ▲ Cuando hay coágulos infectados: antibióticos y hospitalización.
- ▲ Ante una infección escrotal, limpiar la zona con agua y jabón o un antiséptico, e indicar antibióticos orales por 7 a 10 días.
- ▲ Si se produce un absceso, limpiar la zona con un antiséptico, hacer una incisión y drenar el absceso; si existe infección cutánea seria, indicar antibióticos orales por 7 a 10 días.

Seguimiento

- Realizar un control a los siete días.
- Examinar el lugar de la punción y buscar cualquier señal de complicación.
- Mencionar la necesidad de seguir usando condones u otro método complementario (durante los tres primeros meses luego de la intervención).
- En cualquier visita de seguimiento:
 - ▲ Averiguar si el usuario tiene alguna pregunta o duda sobre el tema.
 - ▲ Preguntar al usuario sobre su experiencia con la vasectomía, si él está satisfecho y si tiene algún problema.
 - ▲ Ofrecer cualquier información o ayuda que él necesite e invitarlo a regresar en cualquier momento que tenga alguna pregunta o problema.

Retorno de la fertilidad

El procedimiento se considera permanente y probablemente no pueda revertirse.

Procedimiento

Consideraciones para la provisión del servicio:

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 orientador y/u orientadora debe escuchar las inquietudes del usuario, responder sus preguntas y brindarle información práctica y clara sobre el procedimiento, recalcar la condición de "permanencia", ayudar a hacer una elección informada y a ser un usuario exitoso y satisfecho, sin que posteriormente lo lamente. El involucramiento de su pareja en el asesoramiento puede ser de utilidad pero no es imprescindible.

LOS SEIS PUNTOS DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

El asesoramiento debe cubrir los seis puntos del consentimiento informado. Tanto el usuario como el orientador y/u orientadora firman el documento de consentimiento informado. Para esto el usuario debe comprender los siguientes puntos:

1. Existen métodos anticonceptivos no permanentes que están a su disposición.
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 es muy difícil que pueda ser revertido.
6. El usuario puede decidir no realizarse el procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder derecho a los distintos servicios de anticoncepción, a otros servicios o a beneficios).

Técnicas de vasectomía

Llegada al conducto deferente: vasectomía sin bisturí

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

Con respecto al procedimiento convencional que usa incisiones se tiene las siguientes:

■ **Diferencias:**

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

■ **Ventajas:**

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

Sin embargo, ambos procedimientos, sin bisturí y con incisión convencional, son rápidos, seguros y eficaces.

Bloqueo de los conductos deferentes

Para la mayoría de las vasectomías se utiliza ligadura y exéresis. Esto implica cortar y extirpar un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos remanentes del conducto. Este procedimiento tiene una tasa baja de fracasos. La aplicación de calor o electricidad en los cabos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos 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.

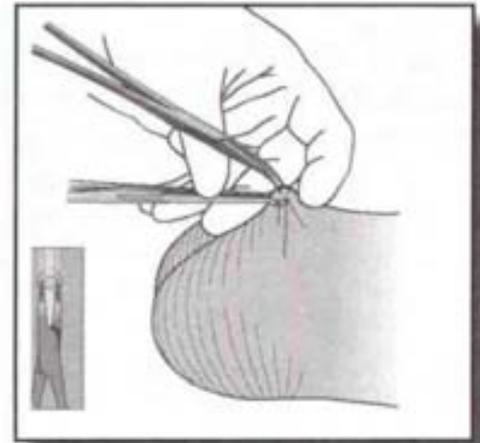
Realización del procedimiento de vasectomía

Explicación del procedimiento

El hombre que ha elegido la vasectomía debe conocer lo que se va a realizar en el procedimiento. El aprendizaje del procedimiento de vasectomía requiere entrenamiento y práctica bajo supervisión directa. Por tanto lo que a continuación se describe es solamente un resumen informativo para el usuario.

1. El proveedor y/o proveedora usa en todo momento procedimientos correctos de prevención de infecciones.
2. El hombre recibe una inyección de anestesia local en el escroto para evitar el dolor. Permanece despierto durante el procedimiento.

3. El proveedor y/o proveedora palpa la piel del escroto para ubicar cada conducto deferente; los dos conductos del escroto que transportan los espermatozoides.
4. El proveedor y/o proveedora hace la punción o incisión cutánea:
 - a. Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor y/o proveedora 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.
 - b. Usando el procedimiento convencional, el proveedor y/o proveedora hace 1 ó 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí.
5. El proveedor y/o proveedora 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 envolver un extremo del conducto en la capa delgada de tejido que rodea el conducto.
6. Se cubre la punción con un vendaje adhesivo y si es una incisión se puede cerrar con puntos.
7. El hombre recibe instrucciones sobre qué hacer luego de abandonar la clínica o el hospital. Es posible que se sienta mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe mantener reposo de 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en el transcurso 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 o acudir al centro.
- **Después del procedimiento el hombre debería:**
 - ▲ Descansar durante dos días, de ser posible.
 - ▲ De ser posible, debe aplicar compresas frías sobre el escroto las primeras cuatro horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá una cierta molestia, hinchazón y equimosis, 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 empapararlo con agua.
 - ▲ Abstenerse de tener relaciones sexuales coitales durante al menos 2 a 3 días.
 - ▲ Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante tres meses después del procedimiento (la alternativa recomendada tiempo atrás, de esperar 20 eyaculaciones, ha resultado menos confiable que esperar tres meses, y ya no se la recomienda).

■ Qué hacer con los problemas más comunes:

- ▲ La molestia en el escroto habitualmente dura entre 2 y 3 días. Sugiera ibuprofeno (400 mg), paracetamol (500-1.000 mg), u otro analgésico. No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.

Planificar la visita de control

- Dígame que vuelva a los tres meses, para analizarse el semen, si se cuenta con esa posibilidad y recursos para realizarla.
- 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

Asegurar a todos los usuarios que son bienvenidos y que pueden volver en cualquier momento, por ejemplo si tienen 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.

Ayuda a los usuarios: 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 en algunos casos.

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

- Limpie el área infectada con soluciones antisépticas.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indicar al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

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

- Limpie el área con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso. Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo al usuario que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente rubor, calor, dolor o supura, o si 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 ibuprofeno (400 mg), paracetamol (500-1000 mg), u otro analgésico.
- Adminístrele antibióticos si se sospecha infección.
- Si el dolor persiste y se hace intolerable, dérvelo para otros cuidados.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para

VASECTOMÍA

Todos los hombres se pueden hacer una vasectomía. No hay ninguna patología médica que impida que un hombre se haga una vasectomía.

Con la lista de verificación dada a continuación, se interroga al usuario sobre patologías médicas que puedan limitar el lugar o el modo en que se debe realizar el procedimiento de vasectomía. Realice las siguientes preguntas al usuario.

Si responde “no” a todas las preguntas, se puede hacer la vasectomía en condiciones de rutina sin demoras. Si responde “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan: cautela, posponer el procedimiento, o tomar precauciones especiales.

Lista de verificación

Cautela: quiere decir que se puede realizar el procedimiento en condiciones de rutina pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.

Posponer: significa dejar la vasectomía para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la vasectomía. Proporcione al usuario otro método anticonceptivo para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

(continúa)

(continuación)

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. Proporcione 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 sí

Si presenta alguno de los siguientes problemas, 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 tres meses, hay que hacer también el otro lado).

Si presenta cualquiera de los siguientes, postergue la vasectomía:

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

Si presenta cualquiera de los siguientes, tome recaudos especiales:

- ◆ Hernia inguinal (de ser capaz de hacerlo, el proveedor y/o proveedora 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 sí

Si presenta cualquiera de las siguientes, tenga cautela:

- ◆ Diabetes.
- ◆ Depresión.
- ◆ Juventud.

Si presenta cualquiera de las siguientes, postergar la vasectomía:

- ◆ Infección sistémica o gastroenteritis.
- ◆ Filariasis o elefantiasis.

(continúa)

(continuación)

Si presenta cualquiera de las siguientes, tome recaudos especiales:

- SIDA (ver vasectomía para los hombres con VIH).
- La sangre no coagula (trastornos de la coagulación).

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, condones masculino y femenino, espermicidas y retiro. Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos eficaces. De ser posible, suminístrele condones. Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos colaterales del método que la usuaria vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, aclare también qué afección puede hacer desaconsejable el método.

Formulario de consentimiento informado

Anticoncepción quirúrgica voluntaria – Vasectomía

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nota: si el usuario no entiende o no habla español, deberá recibir toda la información contenida en este documento en su lengua materna y en presencia de un o una testigo que hable su mismo idioma. El usuario estampará su firma o huella digital como prueba de su consentimiento. En caso que el usuario sea analfabeto, se procederá a la lectura del consentimiento informado por parte del personal de salud en presencia de un o una testigo, el cual o la cual certificará que el usuario conoce y ha comprendido el contenido del documento y ha impreso su huella digital en conformidad con el mismo y sin ningún tipo de presión.

Yo mayor de edad, en pleno derecho, solicito en forma libre, informada y voluntaria, se me realice la vasectomía (bloqueo de los conductos deferentes) y manifiesto lo siguiente:

1. Tengo conocimiento que los establecimientos de salud ofertan métodos temporales de anticoncepción que me pueden ser provistos. He recibido información precisa de cada uno de ellos, incluyendo beneficios y limitaciones.
2. Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la vasectomía y fui informado, siendo todas mis preguntas respondidas satisfactoriamente y entiendo que se trata de un método permanente de anticoncepción quirúrgica, el mismo que acepto voluntariamente.
3. Estoy consciente que, como toda intervención quirúrgica, este procedimiento conlleva riesgos de los cuales he sido informado.
4. Tengo conocimiento que existe una mínima posibilidad de falla y que mi pareja podría quedar embarazada.
5. Puedo solicitar más información sobre la vasectomía y puedo cambiar de opinión o desistir en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica (aunque haya firmado este documento) y no se me negarán servicios de salud sexual y salud reproductiva para poder elegir otro método anticonceptivo, si así lo deseo.
6. Fui informado con amplitud y claridad sobre las posibles molestias, propias de este procedimiento quirúrgico.
7. Estoy informado que debo acudir al establecimiento de salud para los controles médicos correspondientes o cuando tenga alguna duda o molestia relacionada con el procedimiento.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y declaro que esta decisión ha sido tomada sin haber estado sujeto a ningún tipo de presión, coerción o incentivo.

Lugar y fecha

Firma o huella digital y nombre del usuario

Firma y nombre del orientador o orientadora

El consentimiento informado debe ser reproducido en papel con membrete de la institución.

OTROS MÉTODOS AUTORIZADOS EN EL SISTEMA DE SALUD DE BOLIVIA

A. Métodos de **BARRERA**

1.

ESPERMICIDAS

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Los espermicidas se introducen profundamente en la vagina poco antes de tener relaciones sexuales (10 a 15 minutos).

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.

Descripción del método

Son sustancias que se introducen profundamente en la vagina, próximo al cérvix, antes de la relación sexual; actúan como un método de barrera y matan a los espermatozoides.

1. El más ampliamente utilizado es el nonoxinol-9.
2. Otros incluyen el cloruro de benzalconio, clorhexidina, menfegol, octoxinol-9 y docusato de sodio.

Se encuentran disponibles en comprimidos de espuma, supositorios derretibles o de espuma, latas de espuma presurizada, película derretible, gel y crema.



El gel, las cremas y espumas de lata pueden utilizarse solas, o con condones. Las películas, supositorios, tabletas de espuma, o supositorios de espuma pueden usarse solos o con condones.

Las espumas, jaleas y cremas son efectivas tan pronto como se aplican; los óvulos deberán colocarse entre 10 a 15 minutos antes del coito (para que se disuelvan). Son eficaces durante una o dos horas. Para mejorar la efectividad pueden o deben combinarse con otro método, como el condón.

Efectividad/tasa de falla

Es uno de los métodos anticonceptivos menos eficaces. Tal como se los utiliza comúnmente, se producen cerca de 29 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan espermicidas en el transcurso del primer año. Esto significa que 71 de cada 100 mujeres que usan espermicidas no quedarán embarazadas, es decir tienen una eficacia de 71%.

Cuando son utilizados de manera correcta en cada acto sexual, se producen cerca de 18 embarazos por cada 100 mujeres que usan espermicidas en el transcurso del primer año, es decir una efectividad de 82%.

Mecanismo de acción

Funcionan rompiendo la membrana de los espermatozoides, matándolos o disminuyendo su velocidad de movimiento. Esto evita el contacto del espermatozoide con un óvulo.

Aclarando malentendidos

- No reducen las secreciones vaginales ni hacen sangrar a la mujer durante el coito.
- No causan cáncer cervical ni defectos de nacimiento.
- No protegen contra ITS.
- No modifican el deseo sexual del hombre ni de la mujer, ni reducen el placer.
- No interrumpen las menstruaciones de la mujer.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para **ESPERMICIDAS**

Todas las mujeres pueden utilizar espermicidas con seguridad.

Excepto aquellas que:

- ◆ Presentan alto riesgo de infectarse de VIH.
- ◆ Están infectadas de VIH.
- ◆ Tienen SIDA.

2.

CAPUCHÓN CERVICAL

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

El capuchón cervical se coloca profundamente en la vagina antes del coito. Cubre el cérvix.

Para una mejor eficacia requiere un uso correcto en cada acto sexual.

Se lo utiliza con espermicidas para mejorar su eficacia.

Descripción del método

- Se trata de un capuchón suave, de látex o goma, que recubre el cuello cervical profundamente.
- Viene en diferentes tamaños; requiere de un proveedor y/o proveedora específicamente entrenado para dar instrucciones de su colocación a la usuaria.
- El capuchón cervical impide al espermatozoide entrar en el cérvix; los espermicidas matan o inhabilitan al espermatozoide e impiden el contacto del espermatozoide con el óvulo.



Efectividad/tasa de falla

- La **eficacia depende de la usuaria**: el riesgo de embarazo aumenta cuando el capuchón cervical con espermicida no se utiliza en cada acto sexual (coito vaginal).
- Tiene menos eficacia entre mujeres que tuvieron partos:
 - ▲ Tal como se lo utiliza comúnmente, es uno de los métodos menos eficaces, se producen cerca de 32 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el primer año. Esto es 68 de cada 100 mujeres no quedarán embarazadas.

- ▲ Cuando se lo utiliza de manera correcta en cada coito vaginal, se producen cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el transcurso del primer año.
- Tiene más eficacia entre mujeres que no tuvieron partos:
 - ▲ Tal como se lo utiliza comúnmente, se producen cerca de 16 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical con espermicida en el primer año. Es decir, 84 de cada 100 mujeres que utilizan capuchón cervical no quedarán embarazadas.
 - ▲ Cuando se lo utiliza de manera correcta en cada coito vaginal, se producen cerca de 9 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan el capuchón cervical en el primer año.

La recuperación de la fertilidad es sin demora después de interrumpir el capuchón cervical.

No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Forma de uso (indicaciones para la usuaria)

- **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 la relación sexual.
- **Remoción**
 - ▲ Deje colocado el capuchón cervical por un mínimo de seis 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.
 - ▲ Inclíne los costados del borde del capuchón para romper el sellado contra el cérvix, luego empuje el capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el

CAPUCHÓN CERVICAL

Realice la pregunta de abajo acerca de afecciones médicas conocidas. No se necesitan exámenes ni análisis. Si la respuesta es "no" para la pregunta, entonces puede comenzar con el capuchón cervical si lo desea. Si contesta "sí" a la pregunta, siga las instrucciones.

1. **¿Ha sido o será próximamente tratada por lesiones cervicales precancerosas (neoplasia intraepitelial cervical – NIC) o por cáncer cervical?**

Si la usuaria contesta Sí no administre el capuchón cervical.

B. Métodos **HORMONALES**

1.

PÍLDORAS DE PROGESTINA SOLA

[AOP]

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Se debe tomar 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 contienen progestina no afectan la producción de leche.

Los cambios en el sangrado son frecuentes pero no son perjudiciales.

Se las puede suministrar en cualquier momento para que empiece a tomarlas.

Descripción del método

- 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 "minipíldoras" y como anticonceptivos orales que sólo contienen progestina (AOP).

Efectividad/tasa de falla

- Mujeres que amamantan:
 - ▲ Tal como se las utiliza habitualmente se produce aproximadamente un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año; tiene un 99% de efectividad.
 - ▲ Cuando se toma las píldoras consistentemente todos los días, se da menos de 1 embarazo por 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (3 por cada 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 cada 100 mujeres que usan AOP en el primer año. Quiere decir que tiene de 90% a 97% de efectividad.
 - ▲ Al tomarla consistentemente, diario a la misma hora, se da menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres que utilizan AOP en el primer año (9 por cada 1.000 mujeres).

Mecanismo de acción

- Engrosa la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo).
- Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Procedimiento

- Una mujer puede empezar a utilizar anticonceptivos orales con progestina sola en cualquier momento que lo desee, si existe una razonable certeza de que no está embarazada.
- A partir de las seis semanas después del parto, o después de seis meses del parto, si no ha retornado la menstruación, si el proveedor y/o proveedora está razonablemente seguro de que no existe un embarazo.
- No existe ninguna demora en la recuperación de la fertilidad después de interrumpir los AOP.
- No brinda ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Aclarando malentendidos

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

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para

PÍLDORAS DE PROGESTINA SOLA

De acuerdo a la lista de criterios médicos de elegibilidad insertados.

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.

2.

Métodos

HORMONALES INYECTABLES

[Anticonceptivos inyectables combinados]

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios 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 cuatro semanas.

La inyección puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días. La usuaria debe volver, incluso si es más tarde.

Descripción del método

- Los inyectables mensuales contienen dos 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 dos tipos de hormonas).
- También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados (AIC).
- El AMP/cipionato de estradiol contiene 25 mg de acetato de medroxiprogesterona de depósito y 5 mg de cipionato de estradiol.
- El EN-NET/valerato de estradiol contiene 50 mg de enantato de noretisterona y 5 mg de valerato de estradiol).



Efectividad/tasa de falla

- 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 tres embarazos por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales en el transcurso 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 un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan inyectables mensuales en el transcurso del primer año (5 por cada 10.000 mujeres).

Mecanismo de acción

- Funcionan fundamentalmente evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
- Causan espesamiento del moco cervical.
- Adelgazan el endometrio.

Procedimiento

El procedimiento a realizar para la administración intramuscular del inyectable hormonal mensual es el mismo que para la Depo-provera[®].

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para

INYECTABLES MENSUALES

Similares a los indicados en los métodos hormonales mensuales y trimestrales.

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 afeción que pueda hacer que el método sea desaconsejable, cuando sea pertinente para la usuaria.

3.

Parches

HORMONALES COMBINADOS

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios 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 tres semanas, seguido de una semana sin parche.

Se debe reemplazar 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.

Descripción del método

- Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado, flexible, que se adhiere a la piel.
- Libera continuamente dos 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 tres semanas, seguido de una cuarta semana en la que no se usa parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá su menstruación.
- Actúa fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).



Efectividad/tasa de falla

- **La eficacia depende de la usuaria:** *el riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer atrasa el cambio de parche.*
- El parche es relativamente 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.
- Las tasas de embarazo pueden ser levemente más altas entre las mujeres que pesen 90 kilogramos o más.
- No hay demora en la recuperación de la fertilidad al interrumpir el parche.
- No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Procedimiento (explicación de su uso)

- **Cómo retirar el parche de la bolsa y la capa de atrás:**
 - ▲ Explicar que se debe romper la bolsa de papel de aluminio a lo largo del borde.
 - ▲ Luego se debe retirar el parche y despegarle la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa.
- **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 un 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.
- **Debe cambiarse el parche todas las semanas durante tres 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 siete días sin que use parche. De hacerlo corre riesgo de embarazo.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el **PARCHE COMBINADO**

Las pautas para cuándo comenzar son los mismos para el parche combinado que para los anticonceptivos orales combinados.

4.

Anillo VAGINAL COMBINADO

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Necesita mantener un anillo flexible en la vagina. Se mantiene colocado constantemente todos los días y noches durante tres semanas, seguido de una semana sin colocación de anillo. Luego se utiliza un nuevo 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.

Descripción del método

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



Efectividad/tasa de falla

- 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 relativamente 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.
- No hay demora en la recuperación de la fertilidad después de dejar de usar el anillo.
- No brinda ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Efectos colaterales

Algunas usuarias relatan lo 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 blanquecino.

Procedimiento

Modo de uso del anillo vaginal combinado

- **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 tres semanas y debe quitarse el anillo la cuarta semana. Luego se utiliza un nuevo anillo.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el ANILLO VAGINAL COMBINADO

Las pautas para cuándo comenzar son las mismas para el anillo vaginal combinado que para los anticonceptivos orales combinados.

5.

Dispositivo INTRAUTERINO CON LEVONORGESTREL

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Evita el embarazo por un período prolongado. Es muy eficaz durante cinco años y es inmediatamente reversible.

Debe ser colocado en el útero por un proveedor o una proveedora con entrenamiento específico.

Una vez colocado, el DIU-LNG requiere poco esfuerzo de la usuaria.

Los cambios en el sangrado son frecuentes pero no perjudiciales. Por lo general, sangrado leve y de menos días de duración, o sangrado infrecuente o irregular.

Descripción del método

- 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 o una proveedora 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 o endoceptivo.
- Funciona fundamentalmente evitando la proliferación del revestimiento del útero (endometrio).



Efectividad/tasa de falla

Es uno de los métodos de mayor eficacia y de larga duración:

- Menos de un embarazo por cada 100 mujeres que utilizan un DIU-LNG en el transcurso del primer año (2 por cada 1.000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1.000 mujeres que utilizan DIU-LNG no quedarán embarazadas (efectividad de 99.8%).
- 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 cinco años de uso del DIU-LNG: menos de un embarazo por cada 100 mujeres (5 a 8 por cada 1.000 mujeres).
- Aprobado para ser utilizado por más de cinco años.
- No hay demora en el retorno de la fertilidad tras la remoción del DIU-LNG.
- No brinda ninguna protección contra infecciones de transmisión sexual (ITS).

Quién puede utilizar DIU de levonorgestrel

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

IMPORTANTE: Una mujer puede comenzar a utilizar el DIU-LNG en cualquier momento, si existe certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada se debe aplicar las preguntas del cuadro "Lista de Verificación de Embarazo" que se encuentra al final del documento. Antes de la colocación del DIU-LNG debe brindarse un asesoramiento detallado sobre los cambios en el sangrado.

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.

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para el **DIU DE LEVONORGESTREL**

Realice a la usuaria las preguntas de criterios médicos de elegibilidad para el DIU T de Cobre. Incluya además las preguntas respecto a métodos hormonales y sobre afecciones médicas conocidas (diabetes, hipertensión o cáncer). Si la mujer responde "no" a todas las preguntas, entonces puede colocársele el DIU-LNG, si lo desea. Si la respuesta a alguna pregunta es "sí", siga las instrucciones. En algunos casos, aun así podrá colocarse el DIU-LNG.

6.

IMPLANTES

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Los implantes son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.

Evita el embarazo a largo plazo. Es muy eficaz durante 3 a 7 años, dependiendo del tipo de implante.

Requiere una proveedora o 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.

Inmediatamente reversible.

Descripción del método

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 o una proveedora 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, de dos cilindros, eficaz durante cinco años; de un cilindro, eficaz durante tres años; además existe un nuevo método con dos cilindros con 75 mg de levonorgestrel llamado SINO II, que dura tres años.

Mecanismo de acción

- **Actúa primariamente por:**
 - ▲ Espesamiento del mucus cervical (esto bloquea a los espermatozoides, no permitiéndoles llegar al óvulo).
 - ▲ Altera el ciclo menstrual, evitando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

Efectividad/tasa de falla

Se trata de uno de los métodos más eficaces y de mayor duración: menos de un embarazo por 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 van a quedar embarazadas. Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso y continúa mientras que la mujer está utilizando implantes.

La efectividad puede variar en algunos casos dependiendo del peso de las usuarias. Es aconsejable que estas usuarias reemplacen sus implantes antes, cuando su peso está entre 70 y 80 kilogramos o más. La recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes es inmediata, no hay demora. No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Aclarando malentendidos

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

CRITERIOS MÉDICOS

de elegibilidad para **IMPLANTES**

Similares a los indicados en los métodos hormonales mensuales y trimestrales.

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 afeción que pueda hacer que el método sea desaconsejable, cuando sea pertinente para la usuaria.

ATENCIÓN A GRUPOS ESPECIALES

PUNTOS CLAVE...

para proveedores, proveedoras, usuarios y usuarias

Adolescentes

Los adolescentes y jóvenes, solteros y casados, pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva. Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los jóvenes.

Hombres

Brindar la información correcta puede contribuir a que los hombres tomen mejores decisiones con respecto a su propia salud y también a 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 en esta etapa deberá utilizar métodos anticonceptivos hasta que hayan transcurrido 12 meses corridos desde su última menstruación.

Mujeres víctimas de violencia

En estos casos se debe tener especial cuidado para evitar el maltrato a la víctima y brindarle atención de calidad de acuerdo a las normas.

Infertilidad

En los casos donde existe infertilidad se realizará una orientación diferente, prestandose especial atención y derivando los casos, según sea necesario, para su atención especializada e interdisciplinaria.

Mujeres en el posparto

Las mujeres y sus parejas, adecuadamente informadas, pueden decidir acerca de la lactancia y de la anticoncepción. Es importante considerar que el temor a otro embarazo, la necesidad de la mujer de reincorporarse a su trabajo, condiciones de salud y presiones familiares, sociales o económicas, influyen en la duración de la lactancia y en la decisión de cuándo iniciar un método anticonceptivo.

Adolescentes

Los adolescentes y los jóvenes son una población de especial cuidado, puesto que debido a su comportamiento sexual consultan a un proveedor o a una proveedora de anticoncepción, 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. La mayor parte no son parejas en unión, pero son sexualmente activos, otros no y otros 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 calidad, calidez y respeto

Los adolescentes y los jóvenes merecen recibir atención de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean. Una actitud crítica mantendrá alejados a los adolescentes 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 de asesoramiento resulte atractivo a los adolescentes y jóvenes, y además éste cumpla sus objetivos, el proveedor o proveedora puede:

- Mostrarles que se disfruta del hecho de poder trabajar con ellos.
- Brindarles asesoramiento en un lugar privado, donde no puedan ser vistos o escuchados por otras personas.
- Se deberá fomentar la reserva y asegurarles que habrá confidencialidad.
- Escucharles atentamente y hacerles preguntas abiertas tales como: ¿en qué puedo ayudarte? y ¿qué dudas tienes?
- Se debe usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos complicados que puedan causar confusión.
- Utilizar términos acordes a los adolescentes y jóvenes, aclarando y realizando preguntas para ver el grado de comprensión que tienen.
- Si el o la adolescente, o el o la joven lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.
- Asegurarse que las decisiones que tomen las adolescentes y/o las mujeres jóvenes sean propias y que no estén siendo presionadas por su pareja o por su familia:
 - ▲ Particularmente si está siendo presionada para tener relaciones sexuales, se debe ayudar a la adolescente o joven a pensar qué puede decir y/o hacer para resistirse y reducir dicha presión. De no ser esto posible, es importante practicar habilidades para negociar el uso del condón.
- Se debe hablar sin emitir juicios (por ejemplo decir: "tú puedes" en lugar de "tú debes"). No criticar, aun cuando no se esté de acuerdo con lo que el o la adolescente, o el o la joven esté diciendo o haciendo. Se debe ayudar a los usuarios o las usuarias a tomar las decisiones que más les convengan.

Es fundamental tomarse el tiempo necesario para abordar en profundidad las preguntas, los temores y la desinformación que pueda existir en temas como las relaciones sexuales, infecciones de transmisión sexual (ITS) y métodos anticonceptivos. Los adolescentes y jóvenes necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y en sus sentimien-

tos son normales. Se debe estar preparado o preparada para contestar preguntas comunes sobre la pubertad, menstruación, masturbación, eyaculación nocturna e higiene de los genitales.

Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los adolescentes y jóvenes

Los adolescentes y jóvenes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura.

Las jóvenes a veces son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Sin embargo, si reciben asesoramiento sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.

Las y los adolescentes y jóvenes solteros, en comparación con las personas mayores, pueden tener más parejas sexuales y por lo tanto están expuestos a un mayor riesgo de contraer ITS. Una parte importante del asesoramiento es evaluar el riesgo de las ITS y cómo reducirlo.

Consideraciones especiales con el uso de algunos métodos anticonceptivos en el caso de los adolescentes y jóvenes

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 (AOE) o píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE): las jóvenes pueden tener menos control que las mujeres mayores en cuanto a tener relaciones sexuales sin el uso de métodos anticonceptivos. Pueden necesitar PAE con mayor frecuencia. Si están disponibles suminístreles PAE por anticipado, para que las utilicen cuando sea necesario. Las PAE pueden ser utilizadas siempre que se hayan tenido relaciones sexuales sin protección, o contra su voluntad, o si ocurrió una equivocación con un método anticonceptivo.

Condomes masculinos y femeninos: protegen contra ITS y embarazo; por tanto son necesarios para muchas y muchos jóvenes. Se consiguen fácilmente y son asequibles y convenientes para las relaciones sexuales ocasionales. Los hombres jóvenes suelen tener poca habilidad para usar los condones correctamente, y por tanto pueden requerir práctica para colocarse los condones.

Dispositivos intrauterinos (los DIU de cobre y hormonales): es más factible que los DIU sean expulsados en las mujeres que no tuvieron partos, porque su útero es más 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; sin embargo su disponibilidad es reducida en nuestro medio.

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 cuidado. Requieren un método de respaldo o tener AOE por si falla la abstinencia.

Retiro: requiere que el hombre sepa cuando está por eyacular para que pueda retirar el pene a tiempo. Esto puede resultarles difícil a algunos jóvenes. Además es uno de los métodos menos efectivos para prevenir el embarazo y aunque pueda ser el único método disponible para algunos jóvenes, se debe recomendar un método más seguro y que tengan presente su poca efectividad y el riesgo de contagio de ITS.

Esterilización femenina y vasectomía: se debe proporcionar la información sobre estos métodos con gran precaución, fundamentalmente recalcando sobre la característica de ser métodos permanentes mayormente irreversibles. Las personas jóvenes y las personas que tienen pocos hijos, o ningún hijo, son las que tienen mayores posibilidades de arrepentirse de la esterilización.

Hombres

Apoyo importante, usuarios importantes

Para los proveedores y las proveedoras de salud los hombres son importantes por dos razones esenciales:

- Porque tienen influencia sobre las mujeres. Algunos hombres se interesan por la salud reproductiva de su pareja y la apoyan.
- Y porque otros se interponen o toman decisiones por ellas. Por lo tanto, con su actitud el hombre puede determinar que la mujer practique hábitos saludables. En determinadas circunstancias —tales como prevenir una infección de transmisión sexual, incluyendo el VIH, o de recurrir rápidamente a ayuda en una emergencia obstétrica— las acciones del hombre pueden determinar la vida o la muerte de una mujer.

Además los hombres también son importantes como usuarios. Dos de los principales métodos de anticoncepción, condones masculinos y vasectomía, son utilizados por el hombre. Asimismo el hombre también puede tener sus propias necesidades e inquietudes en cuanto a su salud sexual y a su salud reproductiva, particularmente con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS).

Muchas formas de ayudar a los hombres

Los proveedores y las proveedoras 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 anticoncepción, ya sea con o sin ayuda de un proveedor o proveedora de salud, tienen mayores posibilidades de elaborar planes que puedan poner en práctica. En este sentido los proveedores o las proveedoras pueden:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres a hablar con su pareja sobre las relaciones sexuales, anticoncepción y las ITS.
- Alentarlos a tomar decisiones conjuntamente sobre asuntos de salud sexual y de salud reproductiva.
- Invitar y alentar a las mujeres a que traigan a su pareja a la consulta, para así recibir asesoramiento y tomar decisiones juntos.
- Sugerir a las usuarias que informen a su pareja sobre los servicios de salud para hombres. Entréguales material informativo, en caso de tener disponible, para que lleven a su casa.

Brindar información precisa

Para que los hombres estén informados, puedan tomar decisiones y formarse una opinión, necesitan tener la información correcta y corregir percepciones erróneas. Los temas importantes para los hombres incluyen:

- Métodos anticonceptivos, tanto para hombres como para mujeres, incluyendo seguridad y efectividad, las ITS incluyendo VIH/SIDA, cómo se transmiten y cómo no se transmiten, signos y síntomas, diagnóstico y tratamiento.
- Los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla dos años antes de que la mujer vuelva a quedar embarazada.
- Anatomía de los órganos reproductivos del hombre y de la mujer, y sus funciones, también hablar sobre el embarazo y el parto seguros.

Brindar servicios

Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan incluyen:

- Condones, vasectomía y asesoramiento sobre otros métodos.
- Información, asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales.
- Información y asesoramiento, diagnóstico y tratamiento de ITS y el VIH.
- Información y asesoramiento sobre infertilidad.
- Control y detección 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 de salud reproductiva. Merecen recibir un servicio de buena calidad y asesoramiento respetuoso.

Mujeres próximas a la menopausia

Se considera que una mujer llegó a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos (ovulación). 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 que la mujer pueda usar cualquiera de los métodos anticonceptivos.

Consideraciones especiales sobre la elección del método anticonceptivo

Cuando un proveedor o una proveedora ayuda a elegir un método, a una mujer próxima a la menopausia, deberá tener en cuenta:

Métodos hormonales combinados (anticonceptivos orales combinados – AOC, inyectables mensuales, parches combinados, anillos vaginales combinados):

- Las mujeres fumadoras —sin importar cuánto fumen— de 35 años de edad o mayores, no deben utilizar AOC, parches o anillos vaginales.
- Las mujeres fumadoras que consumen 15 o 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 AOC, 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 (AOE): 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 para su pareja, cuando están seguros que no quieren tener más hijos. Tener en cuenta que cuando la mujer mayor tenga alguna afección habrá que demorar, derivar o tener precaución con la esterilización.

Condomes 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. Son asequibles y convenientes para mujeres que tienen relaciones sexuales ocasionales.

Dispositivo intrauterino (DIU 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 previos a la menopausia hace que sea más difícil utilizar estos métodos de manera segura.

Cuándo puede la mujer dejar de utilizar la anticoncepción

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 **DIU 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 o proveedoras 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.

Consumir alimentos ricos en calcio (tales como productos lácteos, frijoles, pescado) y practicar 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.

Mujeres víctimas de violencia

Es muy posible que los proveedores y las proveedoras de anticoncepción vean a mujeres que han sufrido violencia. En distintos escenarios, 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 de todo tipo. La violencia sexual incluye contacto sexual no deseado, el coito vaginal coercitivo y el sexo por la fuerza (violación). La violencia contra la mujer puede ser también psicológica, como el control de su comportamiento, intimidación, humillación, aislamiento de la mujer de su familia y de sus amigos, y restricción de su acceso a recursos.

La mujer que padece violencia tiene necesidades de apoyo especializado; muchas de esas necesidades son relativas a la salud sexual y a la salud reproductiva.

La violencia puede conducir a una serie de problemas de salud, como lesiones corporales, embarazo no deseado, infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo VIH, disminución del deseo sexual, dolor durante el coito y dolor pélvico crónico.

Para algunas mujeres la violencia puede comenzar o empeorar durante el embarazo, estando por lo tanto también su feto en riesgo. Además la violencia o la amenaza de violencia ejercida por un hombre pueden privar a una mujer de su derecho a decidir por sí misma sobre utilizar un método anticonceptivo y/o sobre cuál utilizar. Por lo tanto, es posible que el proveedor o proveedora de atención de salud reproductiva vea con más frecuencia —que otros proveedores de atención a la salud— a mujeres abusadas entre sus usuarias habituales.

En este sentido el proveedor o la proveedora debe seguir las recomendaciones técnicas señaladas en las *Normas, protocolos y procedimientos de atención integral a las mujeres adultas y adolescentes víctimas de violencia sexual*, en actual vigencia.

Ayude a que la mujer se sienta bien acogida, segura y que pueda hablar con libertad

Se debe ayudar a la mujer a sentirse cómoda para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluyendo la violencia, recalcando a cada mujer que su consulta será confidencial.

Para ello, un mecanismo posible es 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 anticoncepción o 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.

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. Sin embargo, sólo es conveniente preguntar a todas las usuarias acerca de si están padeciendo violencia, si quien lo hace es una proveedora o 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 o proveedora pregunte sólo si sospecha abuso, concentrando así los recursos en los casos que necesitan atención inmediata.

Se debe estar alerta a los síntomas, lesiones o signos que sugieran violencia. El proveedor o proveedora 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 como se hizo una lesión no concuerda con el tipo de herida que tiene, esa lesión puede constituir un signo de violencia.

Asimismo se debe sospechar violencia ante cualquier herida que aparezca en el embarazo, en especial cuando ésta es en el abdomen o los senos.

Algunos consejos para lograr conversar sobre el tema de la violencia son:

- Para incrementar la confianza explicar que se está preguntando porque se quiere ayudar.
- El proveedor o proveedora debe usar un lenguaje con el que se sienta cómodo y que mejor se adapte a su propio estilo.
- No se debe hacer preguntas relacionadas a la violencia en presencia de la pareja de la mujer o de alguien más, o cuando no se puede garantizar la privacidad.
- El proveedor o proveedora 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 relaciones sexuales y usted no? ¿Qué sucede en esos casos?
 - ▲ ¿Tiene miedo de su pareja?

Asesorar 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, pues la disposición de la mujer a buscar cambios puede estar en distintas etapas. Esto afectará su disposición a aceptar ayuda. Algunas mujeres no se encontrarán preparadas para analizar su situación con un proveedor o una proveedora 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 de hacerle saber que existe interés en ayudarla.

Si la mujer no desea en ese momento hablar de la violencia habrá que asegurarle que los proveedores o las proveedoras están a su disposición cuando ella lo requiera. Asimismo se le debe informar sobre las opciones y los recursos disponibles por si ella alguna vez los requiere.

Si la mujer desea hablar de su experiencia en relación a la violencia, conviene que el proveedor o proveedora:

- Asegure y mantenga su confidencialidad.
- Comunique la situación sólo a aquellos que necesitan conocerla (como el personal de seguridad) y sólo hacerlo 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 con frases como: "nadie merece nunca ser golpeado" o "usted no merece el abuso y no es su culpa".
- Explique que la violencia es un problema común, señalando: "esto le sucede a muchas mujeres" o "usted no está sola y puede contar con ayuda".
- Explique que no es probable que la violencia se detenga por sí sola, diciendo: "el abuso tiende a continuar y a menudo tiende a empeorar, y a hacerse más frecuente".

Evalúe el peligro inmediato de la mujer, ayúdela a desarrollar un plan de seguridad y derivela a la Brigada de Protección a la Familia u otras instancias

Si la mujer enfrenta un peligro inmediato hay que ayudarla a considerar varios cursos de acción. Si no está en peligro inmediato, ayudarla a desarrollar un plan a largo plazo.

En principio se debe ayudarla a evaluar su situación actual realizando o efectuando preguntas tales como:

- ¿Está su pareja 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?

Mediante la orientación se la debe ayudar a protegerse y a proteger a sus hijos en caso de que la violencia se repita. Para ello sugerirle mantener un bolso listo con los documentos importantes y una muda de ropa, como para poder irse rápidamente si fuera necesario. Sugerirle también que convenga una señal con sus hijos para hacerles saber cuándo pedir ayuda a los vecinos.

Brinde la atención adecuada

El proveedor o proveedora debe adaptar la atención y el asesoramiento a las circunstancias de la mujer:

- Atender cualquier lesión que la mujer presente o asegurarse que ella consiga tratamiento.
- Evaluar el riesgo de embarazo y brindar anticoncepción de emergencia si corresponde y si ella lo desea.
- De ser necesario realizar profilaxis de ITS.

Infertilidad

¿Qué es la infertilidad?

IMPORTANTE: ningún método anticonceptivo temporal puede causar 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 una de cada 10 parejas. Se considera infértil a una pareja después de 12 meses de coitos vaginales sin protección sin un embarazo. Una pareja puede ser infértil independientemente de que la mujer haya estado embarazada en el pasado.

Entre las parejas sin problemas de fertilidad, aproximadamente el 85% de las mujeres quedarán embarazadas en el transcurso de un año. En promedio, el embarazo se produce luego de 3 a 6 meses de coito vaginal sin protección. Existe, sin embargo, una enorme variación entorno 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 que pueden reducir la fertilidad, tales como:

- Enfermedades infecciosas (infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH; otras infecciones del tracto reproductor; paperas después de la pubertad en el varón).

- Problemas anatómicos, endocrinos, genéticos, o del sistema inmune.
- La edad.
- Procedimientos 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 en general dolorosa, pero algunas veces 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.
- Hay otras causas de infertilidad masculina, incluyendo una incapacidad natural, sea de producir espermatozoides o de producir espermatozoides suficientes como para alcanzar el embarazo. También, pero con menor frecuencia, 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 la 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 posparto y post-aborto 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.

Prevención de la infertilidad

A menudo la infertilidad se puede prevenir. Para ello el proveedor o proveedora puede realizar las siguientes acciones:

- Aconsejar a las usuarias sobre la prevención de las ITS. Alentar a las usuarias y los usuarios a consultar en cuanto crean tener una ITS o crean haber estado expuestos.
- Atender o derivar a los usuarios o las usuarias con signos y síntomas de ITS y EIP clínica. 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.

Asesoramiento a usuarias con problemas de fertilidad

Si es posible, asesorar a la pareja juntos. Los hombres suelen culpar a las mujeres de la infertilidad cuando ellos mismos podrían ser los responsables. Indicar 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. Sugerir tener relaciones sexuales 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.
- Si después de un año esas sugerencias no han surtido efecto, de ser posible, derivar a la pareja para su evaluación.
- La pareja podría también considerar la adopción.

Mujeres en el posparto

Habitualmente se ofrece asesoramiento para la planificación familiar y de educación sobre métodos anticonceptivos a mujeres que acaban de tener el parto. Debido a que es posible que las mujeres no regresen para la atención de su salud, se considera ésta instancia una importante oportunidad para brindarles información acerca de la planificación familiar. Sin embargo, el momento cercano al parto no siempre es el mejor para tratar el tema.

Mediante la revisión de estudios clínicos se halló escasa evidencia relacionada con los efectos de la educación sobre anticoncepción después del nacimiento. Pudo observarse alguna indicación de beneficios a corto plazo en el uso de anticonceptivos, pero no se registró evidencia de una disminución en el índice de embarazos no programados⁴.

Por otro lado existen consideraciones adicionales para el uso de los métodos anticonceptivos cuando la mujer está amamantando, ya que estos no deben interferir con la lactancia ni el crecimiento de los niños y las niñas.

Además, para el uso de cualquier anticonceptivo en forma efectiva y segura —en cualquier etapa de la vida de una mujer— deben seguirse los criterios médicos de elegibilidad y las recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS):

4 Hiller JE, Griffith E, Jenner F. *Educación para el uso de anticonceptivos en mujeres después del parto (revisión Cochrane traducida)*. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducción de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD Y
RECOMENDACIONES PARA EL USO DE ANTICONCEPTIVOS

Método anticonceptivo	Uso en el posparto
Amenorrea de lactancia (1)	Sí.
Condón	Sí.
DIU (2)	Sí.
Anticoncepción quirúrgica voluntaria (3)	Sí.
Diafragma (4)	Más (+) seis semanas.
Abstinencia periódica (5)	Con ciclos menstruales.
Progestágeno sólo (6)	
Oral	Más (+) seis semanas.
Inyectable	Más (+) seis semanas.
Implante	Más (+) seis semanas.
AV progesterona	Más (+) seis semanas.
Combinados de estrógeno y progestágeno (7)	
Oral	Más (+) seis meses.
Inyectable	Más (+) seis meses.

1. Método de la amenorrea y lactancia (MELA): la tasa de embarazos es de 1% a 2% si la mujer no ha menstruado, si aún no han transcurrido seis meses desde el parto y si la lactancia es exclusiva.
2. Dispositivos intrauterinos (DIU): son métodos seguros y efectivos en el periodo posparto. La inserción se puede hacer en los siguientes momentos:
 - a) Inserción inmediata después de la expulsión de la placenta (dentro de 10 minutos).
 - b) Inserción en las primeras 48 horas del puerperio.
 - c) Inserción después de las cuatro semanas posparto, ya sea con el primer sangrado o en los primeros seis meses de amenorrea.
3. AQV: la AQV sólo se puede efectuar durante el parto si se ha obtenido el consentimiento informado previamente.
4. Diafragma: se puede usar después de las seis semanas, determinando en ese momento la medida adecuada.
5. Los métodos de abstinencia periódica son más difíciles de usar en el posparto inmediato, por la irregularidad de los ciclos menstruales y la dificultad de reconocer los signos que acompañan a la ovulación.
6. Métodos hormonales de progestágeno sólo: la mujer que está amamantando debe iniciar después de las seis semanas posparto. No causan disminución de la leche materna.
7. Métodos hormonales combinados de estrógeno y progestágeno: pueden producir trastornos de coagulación, por lo que no se deben usar antes de la tercera semana posparto. No se deben usar antes del sexto mes posparto si la mujer está amamantando, porque disminuyen la producción de leche y la duración de la lactancia.

Anticoncepción para usuarias y usuarios con ITS, VIH/SIDA

Las personas con ITS, VIH y/o SIDA, o en terapia antirretroviral (ARV) pueden comenzar y/o continuar con seguridad el uso de la mayoría de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones (ver la tabla a continuación).

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. Pero si lo hicieran, el uso del condón puede resolverlo.

TABLA DE CONSIDERACIONES ESPECIALES DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA USUARIAS Y USUARIOS CON ITS, VIH Y/O SIDA, O EN TERAPIA ANTIRRETROVIRAL (ARV)

Método	Tiene ITS	Tiene VIH o SIDA	En terapia antirretroviral
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 actual de DIU 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 usuaria no se encuentra clínicamente bien.
Esterilización femenina	Si la usuaria 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 antirretroviral 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 usuario tiene infección de la piel escrotal, ITS activa, hinchazón, dolor en la punta del pene, de los conductos 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 antirretroviral 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.	
Espemicidas (incluyendo cuando se los utiliza con un diafragma o un capuchón cervical)	Puede utilizar espemicidas con seguridad.	No debe utilizar espemicidas si está en alto riesgo de VIH, infectado de VIH, o tiene SIDA.	No debe utilizar espemicidas.

SESENTA PREGUNTAS Y SUS RESPUESTAS CLAVE SOBRE LOS MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

1. ¿LAS MUJERES PUEDEN UTILIZAR EL MELA SI TRABAJAN LEJOS DE CASA?

Si. 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 tres criterios del MELA. Las mujeres que no están junto a sus bebés pueden utilizar el MELA si el tiempo que transcurre entre una y otra comida no excede las cuatro horas. La mujer también puede extraerse la leche al menos cada cuatro horas, pero las tasas de embarazo pueden ser ligeramente más elevadas; se estimó que la tasa de embarazos era de cinco por cada 100.

2. ¿QUÉ OCURRE SI UNA MUJER SE ENTERA QUE TIENE VIH CUANDO ESTÁ USANDO EL 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 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 mujer es VIH positivo no debe amamantar a su hijo por el riesgo de transmisión, debiera utilizar otro método de anticoncepción y para el recién nacido utilizar sustitutos alimentarios.

3. ¿SÓLO LAS PAREJAS DE BUEN NIVEL DE INSTRUCCIÓN PUEDEN USAR LOS MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD?

No. Las parejas con poca o ninguna escolaridad formal pueden y de hecho usan métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con eficacia. Solamente deben estar muy motivadas, bien entrenadas y comprometidas en evitar las relaciones sexuales sin protección durante el período fértil.

4. ¿QUÉ TAN EFECTIVO ES EL MÉTODO DE LOS DÍAS FIJOS O ESTÁNDAR?

Este nuevo método basado en el conocimiento de la fertilidad es más fácil de usar de manera correcta que algunos de los anteriores. Por ende, puede ser atractivo para más parejas y ser

más eficaz para algunas personas. Un ensayo clínico encontró que, como el método de los días fijos era usado por lo general por mujeres que tenían la mayoría de los ciclos entre 26 y 32 días de duración, había 12 embarazos cada 100 mujeres en el transcurso del primer año de uso.

5. ¿QUÉ TAN PROCLIVE ES UNA MUJER A QUEDAR EMBARAZADA SI TIENE RELACIONES SEXUALES DURANTE SU MENSTRUACIÓN?

Las probabilidades de embarazo durante la menstruación son bajas pero no son cero. En los primeros días de menstruación las probabilidades son las más bajas.

6. ¿CUANTOS DÍAS DE ABSTINENCIA O DE USO DE OTRO MÉTODO PODRIAN 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 fijos o estándar, 12 días; método de síntomas y temperatura, 17 días; método de la ovulación, 18 días.

7. ¿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.

8. ¿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 cinco veces más alto con sexo anal receptivo sin protección que con coito 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.

9. ¿LOS CONDONES SE ROMPEN O SALEN CON FRECUENCIA DURANTE EL COITO?

No. En promedio, solamente cerca del 2% de los condones se rompe o se sale por completo durante las relaciones sexuales, principalmente porque se los utiliza de forma incorrecta.

10. ¿QUÉ PUEDEN HACER LOS HOMBRES Y LAS MUJERES PARA REDUCIR EL RIESGO DE EMBARAZO E ITS, SI EL CONDÓN SE ROMPE O SE SALE DURANTE LAS RELACIONES SEXUALES?

Si un condón se sale o rompe, se indica tomar anticonceptivos orales de emergencia, ya que pueden reducir el riesgo de embarazo. Sin embargo, poco se puede hacer para reducir el ries-

go de ITS, excepto para VIH. Lavar el pene no sirve de nada. La ducha vaginal no es efectiva 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 antirretroviral (profilaxis post-exposición) puede ayudar a disminuir el riesgo de transmisión del virus.

11. ¿SE LOGRA UNA MAYOR PROTECCIÓN SI UNO SE PONE 2 Ó 3 CONDONES A LA VEZ?

Hay muy poca evidencia que indique que utilizar dos o más condones sirva para algo. En general no es recomendable debido a que la fricción entre los condones pueda incrementar la probabilidad de rotura.

12. ¿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”. Tomar un “descanso” de AOC puede conducir a un embarazo no deseado. Se pueden usar de manera segura por muchos años.

13. ¿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 embarazada.

14. ¿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.

15. ¿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.

16. ¿QUÉ PUEDE DECIRLE UN PROVEEDOR O UNA PROVEEDORA A UNA USUARIA QUE PREGUNTA SOBRE LOS AOC Y EL CÁNCER DE MAMA?

El proveedor o proveedora puede señalar que tanto las usuarias de AOC como las mujeres que no usan AOC tienen riesgo de 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.

17. ¿HAY QUE HACERSE UN EXAMEN DE PELVIS ANTES DE EMPEZAR A TOMAR AOC O EN LAS CONSULTAS DE SEGUIMIENTO?

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

18. ¿PUEDE UNA MUJER CON VÁRICES USAR AOC?

Sí. Los AOC en mujeres con várices deben ser siempre prescritos por un médico. Las venas varicosas son vasos sanguíneos agrandados próximos a la piel de la superficie. No son peligrosas. Lo que sí significa riesgo es la trombosis venosa profunda (que puede generar coágulos). Una mujer que tenga o haya tenido una trombosis de vena profunda no debe usar AOC.

19. ¿PUEDEN USARSE LOS AOC COMO PÍLDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA (PAE) DESPUÉS DEL COITO VAGINAL SIN PROTECCIÓN?

Sí. Una mujer puede tomar AOC como PAE, lo antes posible, pero no más allá de los cinco días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección (ver píldoras anticonceptivas de emergencia). Sin embargo, las píldoras anticonceptivas de emergencia de levonorgestrel (progestina), son más efectivas y producen menos efectos colaterales.

20. ¿ES IMPORTANTE TOMAR SUS AOC TODOS LOS DÍAS A LA MISMA HORA?

Sí, por dos 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.

21. ¿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.

22. ¿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.

23. ¿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 o SIDA y aquellas que están en terapia antirretroviral pueden usar PAE con seguridad.

24. ¿SON SEGURAS LAS PAE PARA ADOLESCENTES?

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

25. ¿PUEDE USAR PAE CON SEGURIDAD UNA MUJER QUE NO PUEDE USAR ANTICONCEPTIVOS ORALES COMBINADOS (ESTRÓGENO – PROGESTINA) COMO MÉTODOS DE USO REGULAR?

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

26. ¿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. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los 20 primeros días de la inserción.

27. ¿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 en los 12 meses posteriores a la última menstruación.

28. ¿SI UNA USUARIA ACTUAL DE DIU 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.

29. ¿PUEDE UTILIZAR EL DIU UNA MUJER QUE NO HA TENIDO HIJOS?

Sí. Una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU, pero existe mayor riesgo que el DIU se le salga, porque probablemente su útero sea más pequeño que el de una mujer con hijos.

30. ¿ES POSIBLE QUE EL DIU SE DESPLACE DEL ÚTERO DE LA MUJER A OTRAS PARTES DEL CUERPO, COMO EL CORAZÓN O EL CEREBRO?

No. El DIU nunca se desplaza al corazón, al cerebro, ni a ninguna otra parte fuera del abdomen.

31. ¿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 dos procedimientos separados. Además, la mujer podría quedar embarazada en el "período de descanso" antes de colocar el nuevo DIU.

32. ¿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, por lo que no debería administrarse antibióticos de rutina. Se debe seguir la técnica de colocación "no tocar".

33. ¿EL DIU AUMENTA EL RIESGO DE EMBARAZO ECTÓPICO?

No. Por el contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. La mayor parte de los embarazos después de fallar el DIU no son ectópicos.

34. ¿PUEDE UNA MUJER EXPUESTA A INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS) UTILIZAR DEPO-PROVERA_®?

Sí. Las mujeres con riesgo de ITS pueden utilizar inyectables. Hay que hacer ver a las usuarias de Depo-provera_® que estén en riesgo de ITS que deberían utilizar condones de manera correcta en cada relación sexual, esto reducirá su riesgo de ITS.

35. ¿SI UNA MUJER NO TIENE SU MENSTRUACIÓN UTILIZANDO DEPO-PROVERA_®, SIGNIFICA QUE ESTÁ EMBARAZADA?

Probablemente **no**, en especial si está amamantando. Eventualmente muchas mujeres que utilizan Depo-provera_® no tendrán su menstruación. Si ha estado recibiendo sus inyecciones a tiempo, probablemente no esté embarazada y puede seguir utilizando inyectables. Si le preocupa no tener su menstruación, puede servirle pasarse a otro método.

36. ¿SON SEGUROS LOS INYECTABLES (DEPO-PROVERA_®) 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 (Depo-provera_®) son seguros tanto para la madre como para el bebé, comenzando a las seis semanas después del parto. No afectan la producción de leche.

37. ¿QUÉ AUMENTO DE PESO TIENE UNA MUJER QUE UTILIZA INYECTABLES (DEPO-PROVERA_®)?

Las mujeres que utilizan AMPD (Depo-provera_®) aumentan un promedio de 1-2 Kg. al año. Parte del incremento de peso puede ser el aumento que se da 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 Depo-provera_® pierden peso o no experimentan ningún cambio de peso.

38. ¿LOS AMPD (DEPO-PROVERA_®) CAUSAN ABORTOS?

No. La investigación en inyectables concluye que no interrumpen un embarazo en curso.

39. ¿LOS INYECTABLES (DEPO-PROVERA®) PRODUCEN INFERTILIDAD EN LA MUJER?

No. Puede haber una demora en recuperar la fertilidad después de interrumpir el uso de Depo-provera®, pero con el tiempo la mujer podrá quedar embarazada igual que antes. Algunas mujeres deberán esperar varios meses antes de que se restablezcan sus patrones de sangrado.

40. ¿CUÁNTO SE DEMORA EN QUEDAR EMBARAZADA AL DEJAR DE UTILIZAR AMPD (DEPO-PROVERA®)?

Las mujeres que dejan de utilizar AMPD deberán esperar, en promedio, 10 meses después de su última inyección. La mujer no debería preocuparse si no ha quedado embarazada incluso entre 12 y 18 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 al dejar de usarlos. Después de dejar los inyectables Depo-provera®, la mujer puede ovular antes de que se restablezca su menstruación, por tanto, puede quedar embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, deberá comenzar otro método antes de que se restablezca su menstruación.

41. ¿LOS AMPD PROVOCAN CÁNCER?

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

42. ¿CÓMO AFECTA LA DEPO-PROVERA® A 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 las adolescentes no resulta claro si la pérdida de densidad ósea les impide alcanzar su pico potencial de masa ósea.

43. ¿LA DEPO-PROVERA® CAUSA DEFECTOS DE NACIMIENTO? ¿SI UNA MUJER UTILIZA DEPO-PROVERA® ESTANDO EMBARAZADA LE HACE DAÑO AL FETO?

No. Hay buenas evidencias que muestran que la Depo-provera® no provoca defectos de nacimiento y no daña al feto si una mujer queda embarazada mientras utiliza Depo-provera® o comienza accidentalmente a usar Depo-provera estando ya embarazada.

44. ¿LA DEPO-PROVERA® MODIFICA EL HUMOR O EL IMPULSO SEXUAL DE LA MUJER?

En general, **no.** Algunas mujeres se quejan de ello mientras están utilizando inyectables. Sin embargo, la mayor parte de las usuarias de inyectables no relatan ningún cambio.

45. ¿QUÉ HACER SI LA MUJER REGRESA TARDE PARA SU PRÓXIMA INYECCIÓN?

Las actuales orientaciones de la OMS recomiendan dar a la mujer su siguiente Depo-provera[®] aún si llega hasta dos semanas tarde, sin necesidad de más evidencia de que no está embarazada. El proveedor o proveedora puede utilizar otras opciones para evaluar el embarazo si la usuaria tiene más de dos semanas de atraso para su inyección de repetición.

46. ¿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. Es de destacar, sin embargo, que la menstruación habitualmente se hace menos regular a medida que se acerca la menopausia.

47. ¿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 hallar que disfruta más de las relaciones sexuales porque no tiene que preocuparse de quedar embarazada. No aumentará de peso a causa del procedimiento de esterilización.

48. ¿HAY QUE OFRECER ESTERILIZACIÓN SÓLO A MUJERES QUE HAYAN TENIDO UNA CIERTA CANTIDAD DE HIJOS, O 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. Debe permitirse a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no la esterilización.

49. ¿UNA MUJER QUE SE HA HECHO UN PROCEDIMIENTO DE ESTERILIZACIÓN 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. Alrededor de cinco de cada 1.000 mujeres quedan embarazadas en el transcurso del primer año del procedimiento.

50. ¿PUEDE REVERTIRSE LA ESTERILIZACIÓN MASCULINA Y FEMENINA SI SE DECIDE 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 algunos hombres y mujeres. Además el procedimiento es difícil y caro.

51. ¿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.

52. ¿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 o proveedora mueve su útero y las trompas de Falopio. La mujer puede sentirse dolorida y débil durante varios días o inclusive unas pocas semanas después de la cirugía, pero pronto recuperará su fuerza.

53. ¿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.

54. ¿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 relaciones sexuales igual que antes. Sus erecciones tendrán la misma firmeza y duración que antes, y las eyaculaciones de semen serán iguales y no aumentará de peso debido a la vasectomía.

55. ¿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, pero son casos extremadamente raros, menos de 1 por 1.000.

56. ¿DESPUÉS DE UNA VASECTOMÍA EL HOMBRE TIENE QUE USAR OTRO MÉTODO ANTICONCEPTIVO?

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

57. ¿SE PUEDE VERIFICAR QUE UNA VASECTOMÍA ESTÉ FUNCIONANDO?

Sí. Un proveedor o proveedora puede examinar una muestra de semen al microscopio para ver si todavía contiene espermatozoides. Si el proveedor o proveedora no logra ver esper-

matozoides móviles, la vasectomía está funcionando. Se recomienda hacer un análisis del semen en cualquier momento después de los tres meses siguientes al procedimiento, pero no es esencial. Si su semen sigue presentando espermatozoides móviles, tal vez tenga que repetirse la vasectomía.

58. ¿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.

59. ¿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.

60. ¿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.

DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

Vasectomía

El usuario

- Debe recibir información y orientación.
- Debe firmar un formulario de consentimiento informado, previo a la realización del procedimiento.
- No está obligado al consentimiento de su pareja.
- Es libre de cambiar de opinión en cualquier momento antes del procedimiento.

Preoperatorio

- En área de pre-admisión:
 - ▲ Realizar la evaluación preoperatoria.
 - ▲ Verificar la historia clínica.
 - ▲ Verificar el consentimiento informado firmado.
 - ▲ Sugerir al usuario un baño corporal, previo al acto quirúrgico (no es necesario el ayuno por el tipo de anestesia y el corto tiempo quirúrgico).
 - ▲ Realizar tricotomía del escroto (en caso necesario)
 - ▲ Realizar la evaluación previa al acto quirúrgico.

En sala de admisión

- Verificar si el usuario recibió orientación adecuada, tomando una decisión libre, voluntaria e informada.
- Revisar la historia clínica y el consentimiento informado debidamente firmado.
- Informar sobre el procedimiento quirúrgico, brindando confianza al usuario.
- Presentación e identificación del cirujano al usuario.

En sala de operaciones (procedimiento quirúrgico)

- Colocar al usuario en decúbito dorsal en la mesa de examen.
- Fijar el pene (colocar un esparadrapo sobre el pene, fijándolo a la parte baja del abdomen).
- Realizar antisepsia de la piel del escroto y región adyacente de los muslos (solución de yodopovidona); se recomienda aplicar la solución tibia para evitar el reflejo de contracción (por el frío) de los músculos cremastérico y dartos, que puede dificultar la realización del procedimiento.
- Dividir imaginariamente el escroto en tres tercios. La unión de los tercios medio y superior, en el rafe medio es el sitio ideal de acceso.

- Localizar y aislar el conducto deferente con la maniobra de los tres dedos.
- Una vez fijado el conducto deferente derecho, proceder a infiltrar y formar un habón por debajo de la piel. Aplicar lentamente 0,5 ml de lidocaína al 1 ó 2% sin epinefrina.
- Después de haber formado el habón dérmico, introducir con mucho cuidado la aguja en forma paralela al conducto deferente, dentro de la fascia espermática externa, en dirección al anillo inguinal e infiltrar 2,5 ml de anestesia.
- Localizar el conducto contralateral y aplicar anestesia (con el mismo procedimiento).
- Toma transdérmica del conducto y elevación del mismo.
- Realizar la punción escrotal con la rama interna de la pinza de punción o disección de Li (aproximadamente a una profundidad de 3 mm, con el fin de incluir todas las fascias del conducto). Retirar la rama interna e introducir la pinza cerrada; disecar la fascia y separar los tejidos (en sentido transversal).
- Tomar el conducto deferente con la pinza de anillo.
- Puncionar y liberar la fascia superficial.
- Ligar los extremos del asa del conducto.
- Ligar y seccionar el segmento del conducto deferente.
- Cortar el hilo del cabo testicular.
- Interponer y ligar la fascia.
- Cortar el hilo del cabo abdominal.
- Restituir el cabo abdominal.
- Identificar, elevar y ocluir el conducto contralateral.
- Aplicar un trozo de esparadrapo en el área de punción.
- Cubrir con gasa estéril.
- Colocar un suspensorio o calzón ajustado.
- Luego del procedimiento, el usuario debe guardar reposo absoluto por dos horas.
- Colocar una bolsa de hielo por 30 minutos y retirarla otros 30, alternando así hasta completar las dos horas de reposo.
- Prescribir un antiinflamatorio y un analgésico.
- Puede darse de alta el mismo día, luego del reposo.

Recomendaciones post-operatorias

- Evitar esfuerzos físicos.
- Usar ropa interior ajustada por siete días.
- Acudir a revisión médica al séptimo día.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante 48 horas.
- Indicar el uso de algún método anticonceptivo temporal por lo menos durante tres meses.
- Puede reiniciar sus actividades cotidianas a las 48 horas.
- En función a disponibilidad, realizar espermobioscopia luego de los tres meses, para confirmar la efectividad del método.

Esterilización femenina

Preoperatorio

Evaluación preoperatoria:

- Presentación e identificación del proveedor o proveedora a la usuaria.
- Verificar si la usuaria recibió orientación adecuada, tomando una decisión libre, voluntaria e informada.
- Revisión de la historia clínica, verificación de los exámenes de laboratorio (grupo sanguíneo y Rh, hematocrito y hemoglobina) y del consentimiento informado debidamente firmado.
- Informar sobre el procedimiento quirúrgico brindando confianza a la usuaria.
- Verificar los signos vitales.
- Verificar el tiempo de ayuno previo (ocho horas).

Medicación preoperatoria:

Con el fin de reducir la ansiedad de la usuaria se procederá a administrar (30 minutos antes del procedimiento) uno de los siguientes benzodiazepínicos: diazepam o midazolam (5 a 10 mg vía oral) o clorhidrato de nalbufina (10 mg vía IM, administrados exclusivamente por el anesthesiólogo).

Preparación preoperatoria:

El personal de enfermería realizará las siguientes tareas:

- Limpiar la zona quirúrgica con agua y jabón antes de ingresar a la sala de operaciones.
- Recortar el vello pubiano o abdominal (preferentemente con tijera), si dificulta la zona operatoria (en caso necesario, se realizará inmediatamente antes del procedimiento para reducir el tiempo de desarrollo bacteriano).
- Proveer a la usuaria la vestimenta adecuada (bata, gorro, botas) para el ingreso al quirófano.
- Antes de ingresar a cirugía, la mujer debe evacuar su vejiga.
- Canalizar una vena, de preferencia en el dorso del antebrazo con solución fisiológica de 500 ml, para mantener una vía venosa permeable.

Procedimiento quirúrgico de intervalo

El procedimiento que se describe a continuación es altamente efectivo y sencillo en su aplicación y permite al proveedor o proveedora un rápido abordaje de la cavidad abdominal, fácil oclusión tubárica, mínima posibilidad de complicaciones quirúrgicas y corto tiempo quirúrgico, permitiendo el tratamiento ambulatorio en las usuarias (se recomienda un manejo delicado de los tejidos para minimizar el trauma tisular).

La técnica quirúrgica de minilaparotomía con anestesia local y sedación comprende los siguientes pasos:

- Colocar a la usuaria en posición de litotomía.
- Realizar examen pélvico bimanual determinando la posición, situación, tamaño, movilidad, consistencia y forma del útero y anexos.
- Asear la vulva y colocar espéculo.
- Realizar antisepsia del cérvix y canal vaginal.
- Identificar y pinzar el cérvix con pinza Pozzi.
- Colocar el elevador uterino, tomándolo por el mango hasta que la placa de seguridad se adose al cérvix.
- Retirar el espéculo y pinza de cuello.
- Cambiar guantes estériles.
- Realizar asepsia de región operatoria y colocación de campos.
- Explicar a la usuaria el mecanismo de la anestesia local, informarle que durante la cirugía habrá momentos que sentirá presión, tirones o cólicos.
- Administrar anestesia local.
- Realizar un habón dérmico, infiltrando en forma romboidal, luego infiltrar de 1 a 10 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina, en ambas direcciones a lo largo de la futura línea de incisión; dirigir la aguja hacia la fascia y aspirar para constatar que no se ha penetrado en un vaso sanguíneo.
- Introducir la aguja en un ángulo de 90 grados, atravesando la vaina de los músculos rectos, en dirección al peritoneo, inyectando 1 a 2 ml en la capa peritoneal; retirar la aguja y realizar un masaje suave en la piel.
- Realizar una incisión transversal de 5 cm a nivel del pliegue anterior del abdomen (línea de venus), 2 cm por encima de la sínfisis del pubis.
- Para minimizar la posibilidad de sangrado, realizar una disección roma del tejido celular subcutáneo hasta la aponeurosis.
- Colocar los separadores de Richardson.
- Tomar la fascia con dos pinzas Allis.
- Seccionar la fascia en dirección transversal o longitudinal; una vez seccionada, pinzar los bordes.
- Divulsionar los músculos rectos en la línea media y colocar los separadores para exponer el peritoneo.
- Instilar el peritoneo con anestesia.
- Elevar el peritoneo tomándolo suavemente con pinzas Kelly, asegurándose que el contenido abdominal no esté incluido en la toma.
- Seccionar el peritoneo con tijeras.
- Ampliar la incisión peritoneal en sentido transversal.
- Colocar a la usuaria en posición de Trendelenburg (maniobras quirúrgicas suaves, no introducir los dedos en la cavidad abdominal).
- Presionar suavemente (con los separadores) la pared abdominal hacia abajo e indicar a la usuaria que "deprima o meta" el abdomen (inspiración profunda); con esta maniobra

se consigue muchas veces identificar la trompa, caso contrario presionar hacia abajo el mango del elevador uterino, girándolo para acercar la trompa a la incisión.

- Tomar la trompa con una pinza Babcock, verificar la anatomía identificando la fimbria.
- Instilar sobre la trompa dos gotas de anestésico o aplicar anestésico en spray.
- Proceder a identificar un espacio avascular en el tercio medio de la trompa, hacer tracción suavemente formando un asa de uno a dos centímetros, ligar por transfixión en la base del asa, con catgut cromado "0".
- Seccionar el asa por encima de la ligadura (es conveniente dejar 1/2 cm de trompa por encima de la ligadura, para evitar que se suelte la misma).
- Controlar la hemostasia de los muñones.
- Cortar la sutura sobrante y realizar el mismo procedimiento en la trompa contralateral.
- Suturar la aponeurosis con catgut cromado "0" y piel con el mismo catgut o hilo.
- Realizar antisepsia y cubrir la herida con gasa estéril.
- Retirar el elevador uterino.

Atención post-operatoria (en sala de recuperación)

- Control de signos vitales cada 15 minutos hasta su estabilización.
- Control de la herida quirúrgica.
- Prescribir analgésicos en caso necesario.
- Verificación del estado general de la usuaria con control de signos vitales.
- Como regla general, no utilizar antibióticos profilácticos.
- Entregar por escrito indicaciones generales.
- Acordar una visita de seguimiento en los siguientes siete días.
- Se puede dar de alta el mismo día, luego de que la usuaria se recupere de la anestesia y sedación.

Procedimiento quirúrgico trans-cesárea

- El procedimiento se realiza durante una operación cesárea (trans-cesárea) o dentro de las 48 horas posteriores al parto vaginal.
- Esta técnica se realiza inmediatamente después de concluir la operación cesárea, con cavidad abdominal abierta.
- La visualización de las trompas es fácil.
- Para la salpingoclasia se recomienda la aplicación de la técnica de Pomeroy.
- Se procede luego con los respectivos pasos de síntesis de pared por planos según técnica.

Procedimiento quirúrgico durante el posparto

Puede utilizarse la técnica quirúrgica de minilaparotomía con anestesia local y sedación:

- Colocar a la usuaria en posición decúbito dorsal.
- Realizar asepsia de región operatoria y colocación de campos.

- Explicar a la usuaria el mecanismo de la anestesia local; informarle que durante la cirugía habrá momentos que sentirá presión, tirones o cólicos.
- Administrar anestesia local (cuando el procedimiento local fuera fallido, intervendrá el médico anestesiólogo y facilitará analgesia: morfínomiméticos, fentanyl o meperidina. Si luego de administrados estos analgésicos persistiera la falta de confort de la usuaria, se optará por la anestesia general, utilizando hipnóticos, relajantes musculares, analgésicos y anestésicos inhalatorios.
- Realizar un habón dérmico infraumbilical, infiltrando 3-4 ml de anestésico en forma romboidal, luego infiltrar de 6 a 10 ml de lidocaína al 2% sin epinefrina, en ambas direcciones a lo largo de la futura línea de incisión; dirigir la aguja hacia la fascia y aspirar para constatar que no se ha penetrado en un vaso sanguíneo.
- Infiltrar los planos profundos hasta la aponeurosis.
- Realizar incisión infraumbilical en piel (1.5 a 3 cm) hasta la aponeurosis.
- Realizar incisión de la aponeurosis (toma de la misma con dos pinzas Kelly e incisión con tijera de Metzemaum).
- Realizar incisión del peritoneo parietal.
- Exponer la cavidad abdominal (se introducen los separadores y podrá observarse la cara anterior del útero). Con movimientos laterales de los separadores se podrán identificar las trompas uterinas.
- Exponer las trompas. Se toma una de ellas con una pinza Babcock, exponiéndola para identificar la porción fimbrial o infundibular, así como la zona avascular a nivel ampular para realizar la ligadura.
- Instilar sobre la trompa dos gotas de anestésico o aplicar anestésico en spray.
- Proceder a identificar un espacio avascular en el tercio medio de la trompa, hacer tracción suavemente, formando un asa de 1 a 2 centímetros, realizar una ligadura convencional en ese extremo de la trompa, con catgut cromado "0".
- Una vez realizada la primera ligadura, se forma un asa, realizándose una segunda ligadura, según la técnica de Pomeroy modificada.
- Seccionar el asa por encima de la ligadura, colocando previamente una pinza hemostática de Kelly para seguridad del muñón tubario, utilizando de preferencia una tijera de Metzemaum para ello (es conveniente dejar 1/2 cm de trompa por encima de la ligadura, para evitar que se suelte la misma).
- Controlar la hemostasia de los muñones, cortar la sutura sobrante y retirar la pinza hemostática, integrando la trompa uterina a la cavidad abdominal.
- Realizar el mismo procedimiento en la trompa contralateral.
- Suturar el peritoneo parietal, tomando los bordes del mismo y efectuando el cierre en jareta o bolsa de tabaco, con la misma sutura reabsorbible.
- Suturar la aponeurosis con catgut cromado "0".
- Suturar el tejido celular subcutáneo. Se realizan 2 a 3 puntos invaginantes profundos, mismos que facilitan el afrontamiento de la piel.
- Generalmente no es necesario suturar la piel debido a su afrontamiento.
- Realizar antisepsia y cubrir la herida con gasa estéril.

El procedimiento laparoscópico

- El proveedor o proveedora usa procedimientos correctos de prevención de infecciones en todo momento.
- El proveedor o proveedora realiza un examen físico y un examen pélvico. El examen pélvico está destinado a evaluar la condición y movilidad del útero.
- 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.
- El proveedor o proveedora 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.
- El proveedor o proveedora 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 o proveedora puede ver el interior del organismo y localizar las dos trompas de Falopio.
- El proveedor o proveedora inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para cerrar las trompas de Falopio.
- Se cierra cada trompa con un gancho o una argolla, o con una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
- El proveedor o proveedora retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El proveedor o proveedora cierra la incisión con puntos y la cubre con una venda adhesiva.
- La mujer recibe instrucciones sobre qué hacer una vez que se va de la clínica u hospital. 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 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.

Durante el procedimiento los proveedores o proveedoras pueden hablar con la mujer y ayudar 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 consciente y podría hacer más lenta o interrumpir su respiración. En algunos casos puede necesitarse anestesia general.

IX. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Departamento de Salud Reproductiva e Investigación (OMS-RHR). Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Center For Communication. Programs (CCP). Planificación familiar: un manual mundial para proveedores.- Ginebra : OMS, 2007.
2. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad Nacional de Atención a las Personas. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2003-2008.- La Paz : s.e., 2003.
3. Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Texto de referencia en salud sexual y reproductiva.- La Paz : s.e., 1996.
4. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social (MSPS). Seguro Básico de Salud. Guía técnica para atención en salud sexual y reproductiva.- s.l. : s.e., 1999.
5. Bolivia. Ministerio de Desarrollo Humano. Secretaría Nacional de Salud. Atención a la mujer y al recién nacido en institutos de maternidad y hospitales departamentales: Norma Boliviana de Salud (NB-SNS-01-96).- La Paz : SNS, 1996.
6. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño. Anticoncepción quirúrgica voluntaria para mujeres en alto riesgo reproductivo: Norma Boliviana de Salud (NB-SNS-04-97).- La Paz : SNS, 1997.
7. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad Nacional de Atención a la Mujer y el Niño. Anticoncepción quirúrgica voluntaria: oclusión tubárica bilateral en riesgo reproductivo.- La Paz : s.e., 1998.
8. Bolivia. Advancement of Voluntary Surgical Contraception (AVSC) Internacional. Informe de validación del manual de procedimientos de anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina: oclusión tubárica bilateral.- La Paz : s.e., 2000.
9. Bolivia. Ministerio de Salud y Previsión Social. Unidad Nacional de Atención a las Personas. Anticonceptivo inyectable solo de progestágeno: acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), versión no publicada.- s.l. : s.e., s.f.

10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 2ed.- -Ginebra : OMS, 2005.
11. Hatcher, R. A.; Rinehart, W.; Blackburn, R.; Geller, J.S.; Shelton, J.D. Lo esencial de la tecnología anticonceptiva: manual para personal clínico.- -s.l. : Universidad de Johns Hopkins, 1999.
12. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Manual técnico de oclusión tubárica bilateral.- -s.l. : s.e., 1999.
13. México. Secretaría de Salud. Dirección General de Salud Reproductiva. Manual de vasectomía sin bisturí.- -s.l. : s.e., 1999.
14. México. Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS). Proyecto IMSS-PRIME. Salud reproductiva: un enfoque integral, manual de capacitación.- -México. DF. : Instituto Mexicano de Seguro Social, 1999.
15. Zambia. Ministry of Health. Central Board of Health. Family Planning in reproductive health: policy framework, strategies and guidelines.- -s.l. : s.e., 1997.- (Serie: No.3); 53-114p.
16. Naciones Unidas (NU). Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing del 4 al 15 de septiembre de 1995.- -s.l. : s.e., 1995.
17. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo del 5 al 13 de septiembre de 1994: resumen del programa de acción.- -s.l. : s.e., 1994.
18. Organización Mundial de la Salud (OMS). Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. 3ed.- -Ginebra : OMS, 2005.
19. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Unidad de VIH/SIDA e ITS. Área de Salud de la Familia y Comunitaria. Asociación Mundial de Sexología. Promoción de la salud sexual y prevención de VIH/SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas.- -s.l. : Abya-Yala Kuyarinakui, 2003.
20. Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Intercambio de experiencias en salud sexual y reproductiva con poblaciones indígenas.- -Quito : s.e., 2003.

Anexos

TABLA DE CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS – OMS

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.	

CATEGORÍAS PARA MÉTODOS DEFINITIVOS (AQV)

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.

Patologías adicionales vinculadas con la 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 posparto (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 post-aborto (sepsis, fiebre, o hemorragia severa; trauma severo en el tracto genital; desgarro cervical o vaginal al momento del aborto; hematómetra agudo); 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 posparto; perforación uterina post-aborto.

Patologías y condiciones vinculadas con la vasectomía

Sin consideraciones especiales: alto riesgo de VIH, infectado 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.

		AOC COMBINADOS	INYECTABLES MENSUALES	PARCHES COMBINADO	MIMIPÍLORA	INYECCIÓN TRIMESTRAL DEPO-PROVERA	IMPLANTES	DIU de Cobre	DISPOSITIVO LIBRADOR DE LEVONORGESTREL ENDOCEPTIVO	ESTERILIZACIÓN FEMENINA	
	Puede usar el método										
	No puede usar el método										
I	Inicio del método										
C	Continuación del método										
NA	No aplica										
Condición											

ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

Múltiples factores de riesgo (mayor edad, tabaquismo, diabetes y HTA)	3/4	3/4	3/4	2	3	2	1	2	S
Hipertensión									NA
Historia de HTA incluye HTA en embarazo	3	3	3	2	2	2	1	2	NA
Adecuado control de la HTA	3	3	3	1	2	1	1	1	C
Niveles elevados de TA									
Sistólica: 140-159, Diastólica: 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1	C
Sistólica: mayor a 160 Diastólica: mayor a 100	4	4	4	2	3	2	1	2	S
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2	S
Antecedente de presión alta en embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1	A

TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

Historia de TVP/TEP	4	4	4	2	2	2	1	2	A
TVP/TEP actual	4	4	4	3	3	3	1	3	D
Historia familiar primer grado	2	2	2	1	1	1	1	1	A
Cirugía mayor	4	4	4	2	2	2	1	2	
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	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Mutaciones trombogénicas	4	4	4	2	2	2	1	2	A

Condición		AOC COMBINADOS	INYECTABLES MENSUALES	PARCHE COMBINADO	MINIPILDORA	INYECCIÓN TRIMESTRAL DEPO-PROVERA	IMPLANTES	DIU de Cobre	DISPOSITIVO LIBRADOR DE LEVONORGESTREL ENDOCEPTIVO	ESTERILIZACIÓN FEMENINA
	Puede usar el método									
	No puede usar el método									
I	Inicio del método									
C	Continuación del método									
NA	No aplica									
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 actual y/o antecedentes		4	4	4	I:2 C:3	3	I:2 C:3	1	I:2 C:3	C/D
ACV (Historia ACV)		4	4	4	I:2 C:3	3	I:2 C:3	1	2	C
Hiperlipidemias conocidas		2 / 3	2 / 3	2 / 3	2	2	2	1	2	A
VALVULOPATÍA CARDIACA										
No complicada		2	2	2	1	1	1	1	1	C
Complicada		4	4	4	1	1	1	②	②	⑤
CONDICIONES NEUROLÓGICAS										
CEFALEAS										
No migrañosas		I:1 C:2	I: 1 C:2	I: 1 C:2	1	1	1	1	1	A
Migraña sin aura menor de 35 años		I:2 C:3	I: 2 C:3	I: 2 C:3	I: 1 C:2	2	2	1	2	A
Migraña sin aura mayor de 35 años		I:3 C:4	I: 3 C:4	I: 3 C:4	I: 1 C:2	2	2	1	2	A
Migraña con aura a cualquier edad		4	4	4	I: 2 C:3	I: 2 C:3	I: 2 C:3	1	I: 2 C:3	A
Epilepsia		1	1	1	1	1	1	1	1	C
Depresión		1	1	1	1	1	1	1	1	C

Se recomienda el uso de antibióticos profilácticos antes de administrar el método.

	Puede usar el método	AOC COMBINADOS	INYECTABLES MENSUALES	PARCHES COMBINADO	MINIPÍLORA	INYECCIÓN TRIMESTRAL DEPO-PROVERA	IMPLANTES	DIU de Cobre	DISPOSITIVO LIBRADOR DE LEVONORGESTREL ENDOCEPTIVO	ESTERILIZACIÓN FEMENINA
	No puede usar el método									
I	Inicio del método									
C	Continuación del método									
NA	No aplica									
Condición										

DESÓRDENES DEL TRACTO REPRODUCTOR

Sangrado irregular sin menorragia	1	1	1	2	2	2	1	1	A
Menorragia o hipermenorrea	1	1	1	2	2	2	2	I:1 C:2	A
Sangrado sin estudio	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	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
Enfermedad trofoblástica maligna	1	1	1	1	1	1	4	4	D
Ectropión cervical	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Neoplasia Intraepitelial Cervical (NIC)	2	2	2	1	2	2	1	2	A
Cáncer de cérvix	2	2	2	1	2	2	I:4 C:2	I:4 C:2	D

ENFERMEDAD MAMARIA

Masa no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	1	2	A
Enfermedad benigna	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Historia familiar de cáncer de mama	1	1	1	1	1	1	1	1	A
Cáncer endometrial	1	1	1	1	1	1	I:4 C:2	I:4 C:2	D
Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	1	I:3 C:2	I:3 C:2	D
Cáncer de mama en curso	4	4	4	4	4	4	1	4	c
Cáncer de ovario	3	3	3	3	3	3	1	3	A

	Puede usar el método
	No puede usar el método
I	Inicio del método
C	Continuación del método
NA	No aplica

Condición

AOC
COMBINADOS

INYECTABLES
MENSUALES

PARCHE
COMBINADO

MINIPILDORA

INYECCIÓN TRIMESTRAL
DEPO-PROVERA

IMPLANTES

DIU de Cobre

DISPOSITIVO LIBRADOR DE
LEVONORGETREL ENDOCEPTIVO

ESTERILIZACIÓN FEMENINA

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

ENFERMEDAD DE LA VESÍCULA BILIAR

Sintomática									
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	1	2	A
Tratada médicamente	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

HISTORIA DE COLESTASIS

Vinculados al embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1	A
Por uso de anticonceptivos combinados orales	3	2	3	2	2	2	1	2	A

HEPATITIS VIRAL

Activa	4	3/4	4	3	3	3	1	3	D
Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1	A

CIRROSIS

Moderada (compensada)	3	2	3	2	2	2	1	2	C
Severa (descompensada)	4	3	4	3	3	3	1	3	S

TUMORES HEPÁTICOS

Benignos (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3	C
Malignos (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3	C

	Puede usar el método	AOC COMBINADOS	INYECTABLES MENSUALES	PARCHE COMBINADO	MINIPÍLORA	INYECCIÓN TRIMESTRAL DEPO-PROVERA	IMPLANTES	DIU de Cobre	DISPOSITIVO LIBRADOR DE LEVONORGETREL ENDOCEPTIVO	ESTERILIZACIÓN FEMENINA
	No puede usar el método									
I	Inicio del método									
C	Continuación del método									
NA	No aplica									
Condición										

ANEMIAS

Talasemia	1	1	1	1	1	1	1	2	1	C
Células falciformes	2	2	2	1	1	1	1	2	1	C
Ferropénica	1	1	1	1	1	1	1	2	1	D/C

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS

Rifampicina	3	2	3	3	2	3	1	1	1	NA
Fenitoina, fenobarbital, carbamazepina	3	2	3	3	2	3	1	1	1	NA
Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1	1	NA
Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1	1	1	NA
Terapia antirretroviral	2	2	2	2	2	2	2	I:2/3 C:2	I:2/3 C:2	NA

La patología no enumerada no afecta la elegibilidad del método

RECOMENDACIONES GENERALES PARA LA ATENCIÓN INTERCULTURAL DE LA SALUD

1. Hacer énfasis en la dimensión preventiva de la salud, más que en la curativa, esto incluye nutrición, higiene personal y del entorno.
2. Valorar las prácticas curativas locales (siempre y cuando éstas no sean perjudiciales para la salud).
3. Estimular las prácticas locales de higiene que sean saludables, por ejemplo, el baño diario. La falta de higiene corporal puede ser un problema en los ámbitos andinos, por ejemplo no existe la costumbre de lavarse las manos.
4. El aprendizaje en salud y sexualidad debiera contextualizarse en el marco de los derechos reproductivos. Como el respetar y valorar la sexualidad de las mujeres, por ejemplo; que el coito no se puede efectuar sin consentimiento de ambas partes y que aún en el matrimonio obligar a la mujer a tener relaciones sexuales es una violación; o la importancia de respetar el puerperio, no forzando el coito en ese período.
5. Brindar amplia información sobre el uso de métodos anticonceptivos accesibles y sobre el embarazo y el parto. Y al mismo tiempo, recoger información sobre el uso de métodos anticonceptivos tradicionales y estimular su uso de acuerdo a normativa de medicina tradicional.
6. Incorporar en este proceso el uso de condones y distribuirlos, explicando su importancia para evitar infecciones de transmisión sexual.
7. No condenar a las personas o usuario (as) y respetar los diferentes tipos de arreglos matrimoniales, la homosexualidad y/o lesbianismo. Tampoco se puede condenar a otras costumbres y prácticas culturales relacionadas a la sexualidad, aunque es menester desestimular prácticas que vayan contra el ejercicio de los derechos sexuales, derechos reproductivos y la equidad de género.
8. Informar sobre las consecuencias de la maternidad temprana para la salud; desestimular el matrimonio entre adolescentes, proveer incentivos para continuar la educación, sobre todo para las mujeres. Así como otras alternativas de capacitación laboral, técnica y productiva.

9. Mejorar el nivel de relación entre los organismos, los programas y proyectos que se desarrollan en salud y en educación en general, particularmente en salud reproductiva y educación de la sexualidad, para optimizar recursos humanos, técnicos y financieros, y mantener un flujo constante de información y retroalimentación que posibilite ir definiendo estrategias y acciones conjuntas, más eficaces.
10. Buscar mecanismos de intercambio de conocimientos y experiencias, así como mejorar la coordinación entre los distintos actores y niveles involucrados en salud y educación.
11. Iniciar un proceso para definir participativamente cómo se debe entender y practicar la interculturalidad, hasta el nivel en que estas definiciones permitan la formulación de estrategias, procedimientos y hasta lenguajes adecuados para trabajar conjuntamente en salud reproductiva y en educación de la sexualidad⁵⁻⁶.

5 Tomado de Promoción de la salud sexual y prevención del VIH-SIDA y de las ITS en los pueblos indígenas de las Américas. Abya-Yala Kuyarinaku!

6 Intercambio de experiencias en salud sexual y reproductiva con poblaciones indígenas. Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA.

LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EMBARAZO

Realice a la usuaria las preguntas 1-6. Cuando la usuaria conteste que "sí" a cualquier pregunta, deténgase y siga las instrucciones:

NO

SÍ

	1 ¿Ha tenido un bebé hace menos de seis 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 cuatro semanas?	
	4 ¿Su última menstruación comenzó hace menos de siete 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 siete días (o en los últimos 12 días si la usuaria 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 usuaria deberá esperar a su próxima menstruación o tendrá que usar una prueba de embarazo.



Si la usuaria contestó que "sí" al menos a una de las preguntas y no presenta signos o síntomas de embarazo, puede darle el método que eligió.

SIGLAS

AMPD	Acetato de Medroxiprogesterona de Depósito.
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria.
AQVF	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria Femenina.
CCMM	Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer.
CEASS	Central de Abastecimiento y Suministros de Salud.
CIPD	Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo.
DAN	Desinfección de Alto Nivel.
DGSS	Dirección General de Servicios de Salud.
USSyC	Unidad de Servicios de Salud y Calidad.
DDSS	Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.
DIU	Dispositivo Intrauterino.
DILOS	Directorio Local de Salud.
ENDSA	Encuesta Nacional de Demografía y Salud.
EPI	Enfermedad Pélvica Inflamatoria.
FDA	Federación de Drogas y Alimentos de los Estados Unidos.
HCPB	Historia Clínica Perinatal Base.
ITS	Infección de Transmisión Sexual.
MELA	Método de la Lactancia-Amenorrea.
MSD	Ministerio de Salud y Deportes.
OPS/OMS	Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud.
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas.
OTB	Oclusión Tubárica Bilateral.
PAE	Píldoras Anticonceptivas de Emergencia.
PES	Plan Estratégico de Salud.
RM	Resolución Ministerial.
SAFCI	Salud Familiar, Comunitaria Intercultural.
SALMI	Sistema de Administración Logística de Medicamentos e Insumos.
SEDES	Servicio Departamental de Salud.
SIAL	Sistema de Información y Administración Logística.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
SNUS	Sistema Nacional Único de Suministros.
SS y SR	Salud Sexual y Salud Reproductiva.
T Cu	T de cobre.
TGF	Tasa Global de Fecundidad.
UNIMED	Unidad Nacional de Medicamentos.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.

Bolivia Digna, Soberana, Democrática y Productiva

 **PARA VIVIR BIEN**