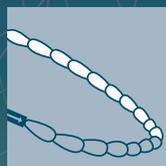
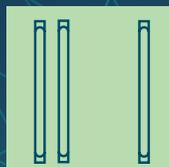


NUEVO
2022

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES



EDICIÓN 2022



¿Qué hay nuevo en esta edición?

Nuevas recomendaciones de la OMS sobre planificación familiar

- Las mujeres y las niñas con alto riesgo de contraer la infección por el VIH pueden utilizar todos los métodos anticonceptivos hormonales
- La autoinyección es un método adicional para ofrecer a las usuarias que utilizan AMPD SC

Nuevos capítulos en esta edición

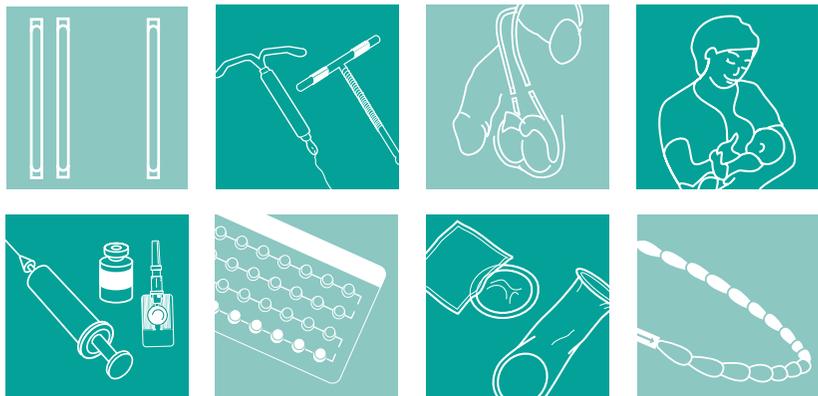
- Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH (capítulo 23)
- Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia (capítulo 27)

Nuevo contenido en esta edición

- Equidad de género e inclusión (pp. xv-xvii)
- La autoinyección puede ser una alternativa (en el capítulo 4, pp. 83–86)
- Signos y síntomas de las ITS (en el capítulo 22, p. 342)
- Tamizaje y tratamiento (en la sección sobre “Cáncer cervicouterino” en el capítulo 22, pp. 351–354)

Contenido ampliado o actualizado

- Instrucciones para la inserción y extracción de los implantes (en el capítulo 9, pp. 142–148, pp. 157–160)
- Planificación familiar en la atención posaborto (en el capítulo 25, pp. 383-387)
- Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos (apéndice D)



PLANIFICACIÓN FAMILIAR

UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES

Orientación basada en la evidencia elaborada
gracias a la colaboración mundial

4.^a edición, actualizada
2022

Departamento de Salud Reproductiva e
Investigaciones Conexas
de la Organización Mundial de la Salud

Escuela de Salud Pública Bloomberg
de la Universidad Johns Hopkins
Centro para Programas de
Comunicación
Proyecto Knowledge SUCCESS

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

Cómo obtener más ejemplares

El proyecto Knowledge SUCCESS (Fortalecimiento del uso, la capacidad, la colaboración, el intercambio, la síntesis y el uso compartido) del Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins ofrece gratuitamente copias de *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores* a los lectores de los países en desarrollo. El resto de lectores pueden ponerse en contacto con el Proyecto Knowledge SUCCESS a través de orders@jhuccp.org para obtener más información.

Para solicitar ejemplares, haga su pedido aquí: <http://www.fphandbook.org/order-form>.

En el sitio web <http://www.fphandbook.org>, también se pueden descargar archivos imprimibles y archivos para lectores de libros electrónicos en varios idiomas del manual mundial para proveedores y del cuadro actualizado ¿Conoces las opciones de planificación familiar? Las actualizaciones se han redactado en inglés. A medida que se traduzcan a otros idiomas, las traducciones aparecerán en el sitio web.

© 2007, 2008, 2011, 2018, 2022 Organización Mundial de la Salud y Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación.

Cita sugerida: Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la Organización Mundial de la Salud (OMS/SSR) y Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins/Centro para Programas de Comunicación (CCP), Knowledge SUCCESS. *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, Edición 2022. Baltimore y Ginebra: CCP y OMS; 2022.

Publicado con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), a través del Acuerdo de Cooperación n.º 7200AA19CA00001 con la Universidad Johns Hopkins. Knowledge SUCCESS cuenta con el apoyo de la Oficina de Población y Salud Reproductiva, Oficina para la Salud Mundial de la USAID y está dirigido por el Centro para Programas de Comunicación (CCP) de la Universidad Johns Hopkins, en colaboración con Amref Health Africa, el Centro Busara de Economía del Comportamiento (Busara) y FHI 360. Las opiniones que se expresan aquí son las de los autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la USAID, de la Universidad Johns Hopkins ni de la Organización Mundial de la Salud.

Solicitudes de traducción, adaptación o reimpresión: Los editores aceptan las solicitudes para traducir, adaptar, reimprimir o reproducir de cualquier otro modo el material de este documento con el fin de informar a los proveedores de atención de salud, a sus usuarios y al público en general y mejorar la calidad de la atención de salud sexual y reproductiva. Las consultas deben dirigirse a la Prensa de la OMS, Organización Mundial de la Salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza (fax: +41 22 791 48 06; correo electrónico: permissions@who.int) y al Knowledge SUCCESS Project, Center for Communication Programs, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, 111 Market Place, Suite 310, Baltimore, Maryland 21202, EE. UU. (fax: +1 410 659-6266; correo electrónico: orders@jhuccp.org).

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

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

Índice

¿Qué hay de nuevo en este manual?.....	Interior de portada
Cómo obtener más ejemplares	ii
Prefacio	vi
Agradecimientos.....	ix
Orientación de la OMS sobre planificación familiar	xi
Derechos humanos: Contribución de los proveedores de planificación familiar.....	xiii
Igualdad de género e inclusión de género	xv
Organizaciones colaboradoras y de apoyo.....	xviii
1 Anticonceptivos orales combinados.....	1
2 Píldoras de progestágeno solo.....	29
3 Píldoras anticonceptivas de urgencia.....	49
4 Inyectables de progestágeno solo.....	65
5 Inyectables mensuales.....	97
6 Parche anticonceptivo combinado <i>Solo lo Esencial</i>	119
7 Anillo vaginal anticonceptivo combinado <i>Solo lo Esencial</i>	123
8 Anillo vaginal liberador de progesterona <i>Solo lo Esencial</i>	127
9 Implantes	131
10 Dispositivo intrauterino de cobre.....	165
11 Dispositivo intrauterinoliberador de levonorgestrel	191
12 Esterilización femenina	221
13 Vasectomía.....	241
14 Preservativos masculinos.....	257
15 Preservativos femeninos	271
16 Espermicidas y diafragmas	281
17 Capuchones cervicouterinos <i>Solo lo Esencial</i>	299
18 Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.....	301
19 Retiro (coito interrumpido) <i>Solo lo Esencial</i>	317
20 Método de la amenorrea de la lactancia.....	319

21	Atención a diversos grupos.....	329
	Adolescentes.....	329
	Hombres.....	333
	Mujeres perimenopáusicas.....	335
	Personas con discapacidad.....	337
22	Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH.....	339
23	Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.....	357
24	Salud materna y neonatal.....	371
25	Cuestiones relativas a la salud reproductiva.....	383
	Planificación familiar en la atención posaborto.....	383
	Violencia contra la mujer.....	388
	Infertilidad.....	392
26	Provisión de servicios de planificación familiar.....	396
	Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar.....	396
	Asesoramiento exitoso.....	398
	¿Quién proporciona servicios de planificación familiar?.....	400
	Prevención de las infecciones en el consultorio.....	404
	Gestión de los suministros de anticonceptivos.....	408
27	Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia.....	410

Disponible en línea en www.fphandbook.org

MATERIAL ANEXO

Cuadro disponible.....	414
Apéndice A. Eficacia de los anticonceptivos.....	415
Apéndice B. Signos y síntomas de afecciones graves.....	416
Apéndice C. Afecciones médicas que hacen que el embarazo sea particularmente riesgoso	418
Apéndice D. Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos.....	420
Glosario	432
Metodología.....	440
Documentos de orientación de la OMS.....	442
Referencias de la sección Igualdad de género e inclusión.....	445
Créditos de ilustraciones y fotos	446

GUÍA DE AYUDA

Comparación de anticonceptivos	
Comparación de los anticonceptivos combinados.....	448
Comparación de los inyectables.....	449
Comparación de los implantes	450
Comparación de los preservativos.....	450
Comparación de los DIU	452
Si usted se olvida de tomar alguna píldora.....	453
Anatomía Femenina	454
Anatomía Masculina	457
Identificación de las migrañas y de las aurículas migrañosas.....	458
Descartar el embarazo	461
Cómo y cuándo usar la lista de verificación del embarazo	
y las pruebas de embarazo.....	462
Lista de verificación del embarazo.....	Interior de la contraportada
Tabla de comparación de la efectividad.....	Contratapa

Mensaje de la Organización Mundial de la Salud

La tecnología y los productos para la salud sexual y reproductiva siguen evolucionando para mejorar la calidad y la seguridad de la atención, al tiempo que satisfacen las necesidades de los usuarios y abordan las consideraciones relativas al acceso. Los proveedores de planificación familiar se encuentran en el núcleo de las respuestas del sistema de salud para reducir la enorme necesidad insatisfecha de planificación familiar; incluidos los desafíos de responder a esta necesidad en medio de crisis humanitarias, epidemias y otras prioridades mundiales contemporáneas. En este *manual mundial para proveedores*, se ofrece información y asesoramiento claros y actualizados para ayudar a los proveedores de planificación familiar a satisfacer las necesidades de las personas, fundamentar sus elecciones y apoyar el uso de anticonceptivos. Este manual también es un recurso excelente para la capacitación y puede utilizarse para reforzar la supervisión.

En la edición del 2022 del manual, se incluyen dos capítulos que se añadieron a la edición en línea en febrero del 2021: *Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH* y *Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia*. En estos capítulos, se proporciona a los proveedores la información y las herramientas que necesitan para continuar con los servicios de calidad en el contexto de las epidemias y para integrar las pruebas y la atención preventiva adecuadas en entornos donde el riesgo de contraer la infección por el VIH es alto. Además, en el manual, se incluyen las orientaciones más recientes sobre la prevención, el tamizaje y el tratamiento del cáncer de cuello uterino y del estado precanceroso del cuello uterino; el manejo sindrómico de las infecciones de transmisión sexual; la planificación familiar en la atención posaborto; y la opción de la autoinyección de anticonceptivos inyectables subcutáneos de acetato de medroxiprogesterona de depósito (DMPA).

El acceso a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva asequibles y de buena calidad, que abarquen una amplia gama de métodos anticonceptivos, es fundamental para la realización de los derechos y para el bienestar de las mujeres y las niñas, los hombres y los niños. El acceso universal a métodos anticonceptivos efectivos garantiza que todos los adultos y adolescentes puedan evitar las consecuencias adversas para la salud y socioeconómicas de los embarazos no deseados, así como tener una vida sexual satisfactoria. Por lo tanto, nos complace publicar la edición del 2022 del *manual mundial* (un recurso clave para ayudar a garantizar la calidad y la seguridad de los servicios de planificación familiar) y alentamos a los sistemas nacionales de salud y a otras organizaciones que proporcionan servicios de planificación familiar a considerar esta nueva edición.

Agradecemos las aportaciones de las numerosas personas, mencionadas en el apartado de agradecimientos, que contribuyeron a desarrollar la edición del 2022 del manual. También agradecemos a la Escuela de Salud Pública Bloomberg de la Universidad Johns Hopkins y al Centro para Programas de Comunicación por su gestión, así como a la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional por su apoyo financiero y técnico al manual.

Pascale Allotey

Directora del Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas
Organización Mundial de la Salud

Mensaje de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

El acceso a la información y a los servicios voluntarios de planificación familiar y salud reproductiva fomenta y apoya la salud y los derechos sexuales y reproductivos de todas las personas y puede tener beneficios económicos, medioambientales y sociales positivos para las familias y las comunidades.

En este *manual mundial*, se ofrece orientación actualizada, precisa y práctica para apoyar a los directores de programas y a los proveedores en la prestación de asesoramiento, servicios y atención de gran calidad en materia de planificación familiar. Las ediciones anteriores se han utilizado ampliamente para respaldar programas sólidos: por intermedio de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), se han distribuido más de 500.000 ejemplares a los gobiernos y sus asociados. Prevemos que esta edición del 2022 seguirá ayudando a los proveedores de servicios de planificación familiar de todo el mundo a proporcionar asesoramiento y servicios centrados en el usuario.

Desde la edición de 2018, se han desarrollado dos nuevos capítulos para reflejar la base de evidencia actual para la planificación familiar y para incorporar la *Directrices consolidadas de la OMS sobre las intervenciones de autocuidado*, las *Recomendaciones de la OMS sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes*, y también las lecciones aprendidas sobre la prestación de servicios durante una epidemia. En el manual, se ofrece orientación sobre la planificación familiar para mujeres y niñas en entornos con alta carga de VIH, en consonancia con las lecciones del ensayo ECHO (Evidence for Contraceptive Options and HIV Outcomes) y la posterior actualización de 2019 de las orientaciones y recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la elegibilidad para el uso de anticonceptivos para mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH. El nuevo contenido también se centra en las consideraciones sobre la prestación de servicios de anticoncepción para los proveedores de primera línea en el contexto de epidemias y otras emergencias, que se adaptaron a partir de las orientaciones de la OMS para entornos humanitarios y de lo aprendido de las epidemias de ébola y de Zika y de la pandemia de COVID-19.

Mediante la información recopilada en este manual actualizado, se confirma que casi todos los métodos de planificación familiar pueden ser utilizados con seguridad por todas las mujeres, y que proporcionar la mayoría de los métodos no suele ser complicado. De hecho, la mayoría de los métodos pueden ofrecerse incluso cuando los recursos son limitados.

En este manual, se ofrece información básica que los proveedores necesitan para ayudar a las personas y a las parejas a elegir, usar y cambiar los métodos de planificación familiar a lo largo de la vida. Como siempre, los directores de programas y los proveedores desempeñan una función fundamental al apoyar a los usuarios a elegir de manera voluntaria y fundamentada entre una serie de métodos anticonceptivos seguros y disponibles. La relación usuario proveedor,

fundamentada en el asesoramiento hábil y basado en la evidencia, puede ayudar a conformar el conocimiento del usuario sobre los beneficios de la planificación familiar en general y sobre el método elegido en particular, incluidas las prácticas de autocuidado, como la autoinyección, el uso de preservativos y la lactancia materna exclusiva. Es posible que los nuevos usuarios tengan ya algún método en mente pero no conozcan otras opciones; los usuarios continuos quizá estén preocupados acerca del método que están empleando, y el asesoramiento informado puede ayudar a mejorar la satisfacción con este método o ayudar a los usuarios a cambiar de métodos de manera efectiva. Con la información de este manual y los recursos correctos, los proveedores pueden asegurarse de que las intenciones en materia de reproducción, la situación vital y las preferencias de cada usuario rijan las decisiones voluntarias sobre la planificación familiar.

Esta actualización se elaboró en colaboración con la OMS y con expertos de muchas organizaciones. La USAID se enorgullece de apoyar su desarrollo y publicación. Esperamos continuar la labor con nuestros numerosos asociados para facultar a las personas y a las parejas, incluidas todas las identidades y capacidades, para que planifiquen sus familias y su futuro.

Ellen H. Starbird

Directora de la Oficina de Población y Salud Reproductiva

Oficina para la Salud Mundial

Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional

Agradecimientos

Las siguientes personas contribuyeron a la revisión del manual: Florence Anam (Grupo consultivo de la OMS de mujeres con VIH, Sudáfrica), Neeta Bhatnagar (Jhpiego, Estados Unidos), Sharon Cameron (Universidad de Edimburgo, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Maria del Carmen Cravioto (Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, México), Sophie Dilmitis (Grupo consultivo de la OMS de mujeres con VIH, Zimbabue), Linda Eckert (Universidad de Washington, Estados Unidos), Alison Edelman (Oregon Health & Science University, Estados Unidos), Mohammad Eslami (Ministerio de Salud y Educación, República Islámica de Irán), Mwanaisha Juma Fakihi (Nursing Council for Zanzibar, Zanzibar, República Unida de Tanzania), Carey Farquhar (Universidad de Washington, Estados Unidos), Kristina Gemzell Danielsson (Karolinska Institute, Suecia), Anna Glasier (Universidad de Edimburgo, Reino Unido), Andy Gray (Universidad de KwaZulu-Natal, Sudáfrica), Philip Hannaford (Universidad de Aberdeen, Reino Unido), Margaret Happy (Grupo consultivo de la OMS de mujeres con VIH, Uganda), Natasha Kaoma (Copper Rose Zambia, Zambia), Nathalie Kapp (Federación Internacional de Planificación Familiar, Reino Unido), Seni Kouanda (Institute of Research in Health Sciences, Burkina Faso), Anita Makins (Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia, Reino Unido), Ernest Maya (Universidad de Ghana, Ghana), Mari Ngai (National Center for Global Health and Medicine, Japón), Herbert Peterson (Universidad de Carolina del Norte, Estados Unidos), Melanie Pleaner (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Maria Rodriguez (Oregon Health & Sciences University, Estados Unidos), Jenni Smit (Universidad de Witwatersrand, Sudáfrica), Carolina Sales Vieira (Universidad de São Paulo, Brasil) y Rita Wahab (Grupo consultivo de la OMS de mujeres con VIH, Líbano).

Las siguientes personas de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) contribuyeron a la revisión técnica de esta edición: Afeefa Abdur-Rahman, Anita Dam, Kate Dieringer, Maria Carrasco, Amanda Cordova Gomez, Kate Howell, Ito Inoyo, Apoorva Jadhav, Fatou Jallow, Joan Kraft, Patricia MacDonald, Jennifer Mason, Erin Mielke, Kevin Peine, Abdulmumin Saad, Jane Schueller, Lee Sims, Tabitha Sripipatana, Ellen Starbird, Linda Sussman, y Julianne Weis.

Sede y Oficinas Regionales de la OMS

Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas de la OMS:
Pascale Allotey, Ian Askew, Anna Coates, Mary Lyn Gaffield, James Kiarie, Caron Kim, Abraham Sium, Petrus Steyn

Departamento de Programas Mundiales de VIH, Hepatitis e ITS de la OMS:
Rachel Baggaley, Magdalena Barr-DiChiara, Maeve Brito de Mello, Shona Dalal, Cheryl Johnson, Niklaus Luhmann, Virginia MacDonald, Michelle Rodolph, Annette Verster, Marco Vitoria, Teodora Wi

Oficina Regional de la OMS para África: Chilanga Asmani, Nancy Kidula, Léopold Ouedraogo

Oficina Regional de la OMS para las Américas: Rodolfo Gómez Ponce de León

Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental: Karima Gholbzouri

Oficina Regional de la OMS para Europa: Oleg Kuzmenko

Redacción y producción de la edición del 2022

Neeta Bhatnagar redactó la actualización del capítulo 9 sobre implantes. Maeve Brito de Mello redactó las secciones actualizadas del capítulo 22 centradas en las infecciones de transmisión sexual y Linda Eckert redactó la información sobre el cáncer de cuello uterino del mismo capítulo. Caron Kim y Abraham Sium actualizaron la sección sobre la atención posaborto del capítulo 25.

Carey Farquhar redactó el capítulo 23 titulado *Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH* y Maria Rodriguez redactó el capítulo 27 titulado *Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia*.

Heather Finn (Proyecto Knowledge SUCCESS, Centro para Programas de Comunicación de la Universidad Johns Hopkins, Estados Unidos) dirigió la producción y la maquetación de los documentos. La edición y la corrección estuvieron a cargo de Jane Patten, de Green Ink, Reino Unido (www.greenink.co.uk). El diseño y la maquetación estuvieron a cargo de Prographics Inc., Annapolis, Maryland, Estados Unidos.

La OMS, la USAID y la Universidad Johns Hopkins expresan su agradecimiento a los autores y a los revisores de ediciones anteriores de este manual. La lista completa de los colaboradores de todas las ediciones del manual está disponible en <http://www.fphandbook.org>.

Orientación de la OMS sobre planificación familiar

La Organización Mundial de la Salud (OMS) elabora su orientación mediante un proceso que comienza con la revisión y la evaluación sistemáticas de la evidencia fruto de la investigación sobre cuestiones fundamentales de salud pública. Luego, la OMS convoca a grupos de trabajo de expertos de todo el mundo. Los grupos de trabajo evalúan las implicaciones de la evidencia y hacen recomendaciones para los servicios y la práctica de atención de salud. Los encargados de formular políticas y los directores de programas pueden usar estas recomendaciones para redactar o actualizar las directrices y las políticas programáticas nacionales.

Utilizando este proceso, el Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas publica orientación sobre temas específicos a medida que surgen cuestiones importantes. También mantiene 2 conjuntos de orientaciones que se actualizan y amplían periódicamente:

- Los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*, que proporcionan orientación acerca de si las personas con ciertas afecciones médicas pueden utilizar de manera segura y efectiva métodos anticonceptivos específicos.
- Las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*, que responden cuestiones sobre cómo utilizar diversos métodos anticonceptivos.

En este libro, *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, se presenta información técnica para ayudar a los proveedores de atención de salud a ofrecer los métodos de planificación familiar de manera apropiada y efectiva. Incorpora y refleja los *Criterios médicos de elegibilidad* y las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas*, así como otras orientaciones de la OMS. Esta tercera edición actualiza el *Manual mundial* con la orientación actual de la OMS sobre todos los temas tratados. En este manual, que es una guía de referencia exhaustiva, se proporciona orientación específica y práctica sobre 21 métodos de planificación familiar. También se abordan problemas de salud que pueden surgir en el contexto de los servicios de planificación familiar. El público destinatario principal al que se dirige este manual son los proveedores de atención de salud que ofrecen servicios de planificación familiar en entornos de recursos limitados de todo el mundo. Los gestores de la atención de salud, los supervisores y los encargados de formular políticas también pueden encontrar útil este libro.

La *Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar* incorpora la orientación de la OMS en una herramienta que ayuda a los proveedores y a los usuarios de servicios de planificación familiar a analizar las opciones de planificación familiar y ayuda a los usuarios a tomar decisiones fundamentadas. En esta herramienta de tipo rotafolio, se guía al proveedor y al usuario a través de un proceso estructurado, pero adaptado, que facilita la elección y el uso de un método de planificación familiar. La herramienta también ayuda a orientar las consultas de seguimiento de los usuarios de servicios de planificación familiar.

En conjunto, estas 4 publicaciones —los *Criterios médicos de elegibilidad*, las *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas*, el *Manual mundial* y la *Herramienta de toma de decisiones*— se conocen como los 4 pilares de la orientación de la OMS sobre planificación familiar.

En Internet:

- *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>
- *Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267>
- *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*
www.fphandbook.org
- *Herramienta de toma de decisiones para clientes y proveedores de planificación familiar*
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43225>



Derechos humanos: Contribución de los proveedores de planificación familiar

Todas las personas tienen el derecho de determinar, lo mejor que puedan, el curso de sus propias vidas. Si quieren tener hijos y cuándo, cuántos y con quién son partes importantes de este derecho. Los proveedores de planificación familiar tienen el privilegio y la responsabilidad de ayudarlas a tomar estas decisiones y a llevarlas a cabo. Además, los programas que respetan los derechos humanos de sus usuarios contribuyen a obtener resultados positivos en materia de salud sexual.

Por lo tanto, los servicios de planificación familiar de gran calidad y los proveedores de tales servicios respetan, protegen y hacen efectivos los derechos humanos de todos sus usuarios. Todas las personas que trabajan en cualquier nivel del sistema de salud desempeñan un papel importante. Los proveedores de atención de salud expresan su compromiso con los derechos humanos todos los días en cada contacto con cada usuario.

Nueve principios de derechos humanos guían los servicios de planificación familiar. Como proveedor de planificación familiar, usted contribuye a todos ellos.

Principio

1

No discriminación

Lo que usted puede hacer: Dé la bienvenida todos los usuarios por igual. Respete las necesidades y los deseos de cada usuario. Deje a un lado los juicios personales y cualquier opinión negativa. Prométase que dará a cada usuario la mejor atención que pueda.

Principio

2

Disponibilidad de información y servicios de anticoncepción

Lo que usted puede hacer: Conozca los métodos de planificación familiar disponibles y cómo proporcionarlos. Ayude a conseguir que haya reservas de suministros. No descarte ningún método para ningún usuario ni retenga información.

Principio

3

Accesibilidad de la información y los servicios

Lo que usted puede hacer: Ayude a lograr que todas las personas puedan usar su establecimiento, incluso si tienen alguna discapacidad física. Participe en actividades de extensión, cuando sea posible. No pida a los usuarios, ni siquiera a los jóvenes, que obtengan permiso de otra persona para usar la planificación familiar o un determinado método de planificación familiar.

Principio **4**

Aceptabilidad de la información y los servicios

Lo que usted puede hacer: Sea amistoso y cordial, y ayude a que su establecimiento también lo sea. Póngase en el lugar del usuario. Piense en lo que es importante para los usuarios: qué quieren y cómo quieren que se les proporcione.

Principio **5**

Calidad

Lo que usted puede hacer: Mantenga actualizados sus conocimientos y aptitudes. Use buenas habilidades de comunicación. Compruebe que los anticonceptivos que proporcione no estén caducados.

Principio **6**

Toma de decisiones fundamentada

Lo que usted puede hacer: Explique claramente los métodos de planificación familiar, comentando la manera en que deben usarse, cuán efectivos son y los efectos secundarios que pueden tener (de haberlos). Ayude a los usuarios a considerar qué es importante para ellos en un método de planificación familiar.

Principio **7**

Intimidad y confidencialidad

Lo que usted puede hacer: No hable con otras personas acerca de los usuarios a los que atiende, salvo si cuenta con su permiso y si esto fuera necesario para atenderlos. Cuando hable con los usuarios, busque un lugar donde los demás no puedan oírlos. No cuente a terceros lo que le han dicho las personas a las que usted atiende. Guarde cuanto antes los registros de los usuarios.

Principio **8**

Participación

Lo que usted puede hacer: Pregunte a los usuarios qué piensan sobre los servicios de planificación familiar. Actúe basándose en sus respuestas para mejorar la atención.

Principio **9**

Rendición de cuentas

Lo que usted puede hacer: Hágase responsable de la atención que presta a los usuarios y de sus derechos.

Estos principios de derechos humanos guían el trabajo de la OMS y sirven de marco para la orientación de la OMS sobre los métodos anticonceptivos. La declaración completa de estos principios puede encontrarse en *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: Orientación y recomendaciones*; 2014 (http://www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/human_rights_contraception/es/).

Igualdad de género e inclusión

Igualdad de género y planificación familiar

El descuido de los derechos reproductivos de las mujeres limita gravemente sus oportunidades en la vida pública y privada, incluidas las oportunidades de educación y de autonomía económica y política (1). La igualdad de género y el acceso a la planificación familiar están estrechamente relacionados. Como se señala en la sección de Derechos humanos en la introducción de este manual (p. xiii), las personas tienen derecho a determinar "si quieren tener hijos y cuándo, cuántos y con quién". Esto es fundamental para que cada persona pueda decidir sobre su cuerpo y su vida.

Para poner en práctica la perspectiva de género en la atención de salud al aplicar los 9 principios de derechos humanos presentados en la sección de Derechos humanos (p. xiii), los proveedores deben prestar especial atención a capacitar a todas las mujeres, los hombres y las personas con diversidad de género para:

- Tener **acceso pleno y equitativo** a la atención, a la información y a la educación en materia de salud sexual y reproductiva.
- **Tomar sus propias decisiones fundamentadas** en relación con su propia atención de salud, el uso de anticonceptivos y el consentimiento o no para mantener relaciones sexuales con sus parejas; incluido el derecho a tomar decisiones solos o con sus pareja.

Definiciones clave de igualdad de género (2)

- **Sexo** se refiere a las diferentes características biológicas y fisiológicas de hombres y mujeres, como órganos reproductores, cromosomas, hormonas, etc.
- **Género** se refiere a las características socialmente construidas de mujeres y hombres, como las normas, las funciones y las relaciones de y entre grupos de mujeres y hombres.
- **Igualdad de género** se refiere a la igualdad de oportunidades para que mujeres y hombres accedan y controlen los recursos sociales, económicos y políticos, incluida la protección ante la ley (como los servicios de salud, la educación y el derecho al voto).
- **Equidad de género** se refiere a las diferentes necesidades, preferencias e intereses de mujeres y de hombres. Esto puede significar que el tratamiento difiera para garantizar la igualdad de oportunidades al tener en cuenta las realidades de las vidas de mujeres y de hombres.
- **Las políticas, las prácticas y los programas con perspectiva de género** son aquellos que tienen en cuenta la desigualdad y la inequidad de género y toman medidas para reducir de forma activa sus efectos perjudiciales.

Definiciones clave de inclusión de género y de diversidad (2)

- **Identidad de género** se refiere a la vivencia interna e individual del género de cada persona, que puede corresponderse o no con el sexo asignado al nacer. La identidad de género de una persona no se limita necesariamente a una identidad completamente masculina o completamente femenina.
- **Transgénero, no binario, género fluido o género queer** son términos utilizados para describir la identidad de género de una persona cuando difiere del sexo asignado al nacer.
- **Cisgénero** puede utilizarse para describir la identidad de género de una persona cuando coincide con el sexo asignado al nacer.
- **Expresión de género** se refiere a la forma que uno elige para vestirse, hablar o, en general, comportarse socialmente. La forma en que una persona expresa su género no siempre es indicativa de su identidad de género.

Al hacerlo, los proveedores deben ser conscientes de las diferentes necesidades y realidades de la vida de las mujeres, los hombres y las personas con diversidad de género. Los proveedores deben tener en cuenta cómo las circunstancias sociales, culturales y económicas de las personas, y en particular las normas de género perjudiciales y las desigualdades a las que se enfrentan, afectan a su toma de decisiones en materia de anticoncepción, su acceso a la atención de salud y el uso continuado del método elegido. Los enfoques de atención de los proveedores deben capacitar a todas las mujeres, los hombres y las personas con diversidad de género, independientemente de estas circunstancias.

Inclusión de género

Tradicionalmente, la orientación sobre planificación familiar y otros documentos relacionados solo se referían a las “mujeres”, considerando a las mujeres “cisgénero” como la norma, ya que en la mayoría de los entornos son la mayoría de las que buscan planificación familiar y, a menudo, en estos documentos, se asume que estas mujeres solo mantienen relaciones heterosexuales. Sin embargo, cada vez se reconocen más las necesidades de anticoncepción de los hombres (por ejemplo, el uso de métodos controlados por el hombre y el apoyo de los hombres a la toma de decisiones y el uso de anticonceptivos por parte de sus parejas de sexo femenino), así como las necesidades de las personas con diversas orientaciones sexuales e identidades de género, al entender que las categorías binarias de “hombres” y “mujeres” no se aplican a todas las personas.

Los proveedores pueden encontrarse con personas transgénero y de género diverso que busquen planificación familiar. Debido a las desigualdades e inequidades de género, las personas transgénero y de género diverso se enfrentan a desventajas sistémicas, a violencia, a estigma y a discriminación en la sociedad

y en los entornos de la salud (3,4,5). Esto puede crear barreras al acceso a la atención de salud, al apoyo y a la información. Por lo tanto, es importante que los proveedores reconozcan y aborden la diversidad para que todos los usuarios individuales y las parejas que buscan planificación familiar puedan acceder a ellos sin estigma ni discriminación y de forma que se les anime a tomar decisiones que sean seguras, apropiadas y que satisfagan mejor sus necesidades y sus preferencias.

Consideraciones para usuarios transgénero y de género diverso

La incongruencia de género no es una enfermedad mental. Mientras que algunas personas transgénero buscan una transición médica o quirúrgica, otras no lo hacen. Cualquier intervención social, psicológica, conductual o médica (incluidas la terapia hormonal o las cirugías) diseñada para apoyar y afirmar la identidad de género de una persona puede denominarse “atención de salud con perspectiva de género” (6). Algunas personas transgénero o con diversidad de género conservan la capacidad reproductiva del sexo asignado al nacer; por ejemplo, un hombre transgénero puede necesitar anticonceptivos femeninos, pruebas de Papanicolaou y atención prenatal. De acuerdo con los principios de los derechos humanos que sustentan la planificación familiar, todas las personas transgénero y no binarias deben poder acceder a la anticoncepción, mientras se respeta su identidad de género.

Es importante que los proveedores de planificación familiar tengan en cuenta algunas consideraciones específicas:

- Afirmar la identidad de género del usuario, por ejemplo, al usar el nombre preferido (coincida o no con el nombre que figura en los documentos oficiales) y los pronombres.
- Tener en cuenta las posibles necesidades específicas de planificación familiar; por ejemplo, las interacciones con el uso de hormonas. Reconocer cualquier laguna en sus conocimientos sobre estas necesidades y, si es necesario, derivar al usuario a un especialista.
- Obtener el consentimiento informado y prestar atención a las cuestiones delicadas que implican los exámenes físicos para usuarios en proceso de transición de género.
- No revelar los antecedentes de género de una persona sin su consentimiento, incluidos, por ejemplo, la mención de la cirugía de transición de género u otras cirugías/tratamientos que indicarían su género antes de su transición en los antecedentes médicos, a menos que sea relevante para obtener un método.
- Tener en cuenta las desigualdades de género y los determinantes sociales que puedan afectar a la capacidad y al albedrío del usuario para tomar decisiones sobre la salud reproductiva y sobre otras cuestiones relacionadas (este es especialmente el caso dado que “las personas transgénero y de género diverso [a menudo] viven dentro de sistemas sociales, jurídicos, económicos y políticos que las exponen a un elevado riesgo de discriminación, exclusión, pobreza y violencia” [7]).

La lista de referencias de esta sección figura en la p. 457.

Organizaciones colaboradoras y de apoyo

Abt Associates

African Population and Health Research Center (APHRC)

Afrihealth Optonet Association (red de organizaciones de la sociedad civil [OSC]), Nigeria

Al Mustafa Welfare Association (red de OSC), Sindh

Amref Health Africa

Ansul India Health & Management Services (AIHMS)

Asesorías Internacionales en Salud Integral y Desarrollo (ASID), Costa Rica

Asociación Hondureña de Planificación de Familia (ASHONPLAFA)

Asociación Pro Bienestar de la Familia de Guatemala (APROFAM)

Asociación TAN UX'IL, Guatemala

Associação Moçambicana de Obstetras e Ginecologistas (AMOG)

Association Burkinabè pour le bien être familial (ABBEF) de Burkina Faso

Asociación Pro Bienestar de la Familia Colombiana (Profamilia)

Association of Reproductive Health Professionals (ARHP)

Association for Reproductive and Family Health

Balanced Stewardship Development Association

Bill & Melinda Gates Institute for Population and Reproductive Health

Bixby Center for Global Reproductive Health, Universidad de California, San Francisco (Estados Unidos)

Bridges of Hope Training

CARE International

CARE USA

Carolina Population Center, Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill (Estados Unidos)

Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades

Centre for the Development of People (CEDEP), Ghana

Centro de Investigación y Promoción para América Central de Derechos Humanos – CIPAC, Costa Rica

Chemonics

CILSIDA, Togo

Civil Society for Family Planning in Nigeria (CiSFP)

Concept Foundation

Consortium of Reproductive Health Associations (CORHA).

Grupo CORE

Croatian Society for Reproductive Medicine and Gynecologic Endocrinology of Croatian Medical Association

Cultural Practice, LLC

East European Institute for Reproductive Health

EngenderHealth

Equilibres & Populations

Family Guidance Association of Ethiopia

Family Planning Association of Swaziland

Federation of Obstetric & Gynecological Societies of India

Female Health Company

FHI 360

Foundation for Integrated Rural Development (FIRD), Uganda

FP2020

FUSA AC, Argentina

Universidad de Georgetown,
Institute for Reproductive Health

Grameen Foundation USA (GF USA)

Guttmacher Institute

Red de ONG de salud (HENNET)

Health, Development and
Performance (HDP), Rwanda

Hesperian Health Guides

Hindustan Latex Family Planning
Promotion Trust (HLFPPT)

Implementing Best Practices
(IBP) Consortium

Initiative Supporting Adolescents &
Youths in Education and Sexual
Health (ISAYES), Nigeria

Institute of Health Management,
Pachod (IHMP)

Institute of Tropical Medicine,
Antwerp, Belgium

Instituto Nacional de Ciencias Médicas
y Nutrición Salvador Zubirán

Intensive Rescue Foundation
International (IRFI)

International Community of
Women Living with HIV

International Community of Women Living
with HIV – Eastern Africa (ICWEA)

International Confederation of Midwives

International Consortium for
Emergency Contraception (ICEC)

Federación Internacional de
Ginecología y Obstetricia (FIGO)

International Islamic Center for
Population Studies and Research
(IICPSR) – Universidad Al Azhar

International Medical Corps

International Planned Parenthood
Federation (IPPF)

International Planned Parenthood
Federation/Western Hemisphere
Region (IPPF/WHR)

IntraHealth International, Inc.

Investigación en Salud y
Demografía, S.C. (INSAD)

Ipas Africa Alliance

Jhpiego

John Snow, Inc (JSI)

Escuela de Salud Pública Bloomberg
de la Universidad Johns Hopkins

Kwa-Zulu Natal Maternal Women,
Child and Nutrition Directorate

Last Mile Health and Development
Association, Nigeria

LiveWell Initiative LWI, Nigeria

Management Sciences for Health (MSH)

Marie Stopes International

Ministerio de Salud y Servicios
Médicos, Islas Salomón

Ministerio de Salud de Belice

Ministerio de Salud de la
República de Zambia

MOMENTUM Liderazgo nacional y mundial

Asociación Mozambiqueña para el
Desarrollo de la Familia (AMODEFA)

Muslim Family Counselling Services

National Population and Family
Planning Board, Indonesia

Network of People Living with HIV/
AIDS in Nigeria (NEPHWAN)

NGALAKERI

Options Consultancy Services

Overseas Strategic Consulting, Ltd

Palladium

Pan African Positive Women's
Coalition, Zimbabwe

Organización Panamericana de la
Salud, Centro Latinoamericano de
Perinatología, Salud de la Mujer y
Reproductiva (CLAP/SMR–OPS/ OMS)

PATH

Pathfinder International

PLAFAM, Asociación Civil de Planificación Familiar
 Plan International
 Planned Parenthood Association of Ghana (PPAG)
 Planned Parenthood Association of Zambia (PPAZ)
 Planned Parenthood Global
 Population Council
 Population Foundation of India (PFI)
 Population Media Center (PMC)
 Population Reference Bureau
 Population Services International (PSI)
 Universidad de Princeton, Oficina de Investigación Demográfica
 PT Tunggal Idaman Abdi
 Public Health Informatics Foundation (PHIF)
 Public Health Institute (PHI)
 Real Agency for Community Development (RACD), Uganda
 Reproductive Health Supplies Coalition (RHSC)
 Reproductive Health Uganda (RHU)
 Réseau Siggil Jigéen Sénégal
 Red Rumana de Planificación Familiar
 Rotarian Action Group for Population & Development (RFPD)
 Salud y Familia
 Save the Children
 SOCOBA Inc. (Society for Children Orphaned by AIDS)
 Trust Women Foundation
 Escuela de Salud Pública y Medicina Tropical de la Universidad de Tulane
 Uganda Youth Alliance for Family Planning and Adolescent Health (UYAFPAH)
 Fondo de Población de las Naciones Unidas
 Universidad de Gadjah Mada (UGM), Indonesia
 Gillings School of Global Public Health, Universidad de Carolina del Norte (Estados Unidos)
 Reproductive Health and HIV Institute, Universidad del Witwatersrand
 University Research Co., LLC
 Venture Strategies for Health and Development
 We Care Solar
 Wellbeing Foundation Africa
 West African Health Organization (WAHO)
 WINGS/ALAS Guatemala
 YLabs
 Zimbabwe National Family Planning Council (ZNFPC)

Anticonceptivos orales combinados

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Tome una píldora todos los días.** Para que la efectividad sea óptima, la mujer debe tomar las píldoras diariamente y comenzar un nuevo envase de píldoras de manera oportuna.
- **Si omite la toma de alguna píldora, tómla tan pronto como pueda.** Omitir la toma de las píldoras conlleva el riesgo de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios.
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.** Normalmente, el sangrado es irregular durante los primeros meses y luego se vuelve más leve y regular.
- **Se pueden suministrar a la mujer en cualquier momento, para que empiece en ese mismo momento o más adelante.**

¿Qué son los anticonceptivos orales combinados?

- Son píldoras que contienen dosis bajas de dos hormonas —un progestágeno y un estrógeno— como las hormonas naturales (progesterona y estrógenos) presentes en el cuerpo de la mujer.
- Los anticonceptivos orales combinados (AOC) también se denominan “la píldora”, píldoras anticonceptivas combinadas de dosis bajas, píldoras anticonceptivas orales, anticonceptivos orales y pastillas anticonceptivas orales.
- Actúan básicamente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando una mujer comienza un nuevo envase de píldoras con un retraso de tres días o más, o cuando omite tres o más píldoras cerca del principio o del final de un envase de píldoras.

- Tal como suelen usarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias de AOC. Esto significa que 93 de cada 100 mujeres que usan AOC no se quedarán embarazadas.
- Cuando no se cometen errores al tomar la píldora, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de AOC (3 por 1.000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad tras suspender los AOC: De inmediato.

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



Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los anticonceptivos orales combinados

- La mujer los controla.
- Se puede interrumpir su uso en cualquier momento sin ayuda del proveedor.
- No interfieren en la actividad sexual.
- Son fáciles de usar.
- Son fáciles de obtener, por ejemplo, en farmacias o tiendas donde se venden medicamentos.

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 20)

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado,[†] por ejemplo:
 - Sangrado más escaso y durante menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Ausencia de menstruación
- Cefaleas
- Mareos
- Náuseas
- Mayor sensibilidad en los senos
- Variación del peso (véase la pregunta 6, p. 25)
- Cambios del estado de ánimo
- Acné (puede mejorar o empeorar, pero en general mejora)

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

Otros posibles cambios físicos:

- Aumento de la tensión arterial en unos cuantos puntos (mm Hg). Cuando el aumento se debe a los AOC, la tensión arterial disminuye rápidamente tras dejar de usarlos.

[†] Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo
- Cáncer endometrial (cáncer del recubrimiento uterino)
- Cáncer de ovario
- Enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) sintomática

Pueden ayudar a proteger contra:

- Quistes ováricos
- Anemia ferropénica (por deficiencia de hierro)

Reducen:

- Dismenorrea
- Problemas de sangrado menstrual
- Dolor asociado a la ovulación
- Exceso de vello en la cara o el cuerpo
- Síntomas del síndrome de ovario poliquístico (sangrado irregular, acné, exceso de vello en la cara o el cuerpo)
- Síntomas de la endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

Riesgos conocidos para la salud

Muy raros:

- Coágulo sanguíneo en venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolia pulmonar)

Extremadamente raros:

- Accidente cerebrovascular
- Infarto de miocardio

Véase también “Datos objetivos sobre los anticonceptivos orales combinados y el cáncer”, p. 4.

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 25)

Anticonceptivos orales combinados:

- No hacen que se acumulen hormonas en el cuerpo de la mujer. En lo que se refiere al uso de este tipo de anticonceptivos, la mujer no necesita tomarse un período de “descanso”.
- Deben tomarse todos los días, tanto si la mujer tiene relaciones sexuales ese día como si no.
- No hacen infértil a la mujer tras dejar de tomarlos.
- No causan defectos congénitos ni nacimientos múltiples.
- No modifican el comportamiento sexual de la mujer.
- No se acumulan en el estómago; al contrario, la píldora se disuelve cada día.
- No alteran el curso de un embarazo ya existente.

Datos objetivos sobre los anticonceptivos orales combinados y el cáncer

El riesgo general de desarrollar cáncer a lo largo de la vida es similar en las mujeres que han usado AOC y las que no los han utilizado. En las usuarias de AOC puede aumentar un poco el riesgo de presentar algunos tipos de cáncer, pero también se observan reducciones a largo plazo de otros tipos de cáncer.

Cáncer ovárico y endometrial

- El uso de AOC ayuda a proteger a las usuarias de dos importantes tipos de cáncer: el cáncer ovárico y el cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero).
- Esta protección se mantiene durante 15 o más años tras dejar de utilizarlos.

Cáncer de mama

- Los resultados de investigaciones sobre los AOC y el cáncer de mama son difíciles de interpretar:
 - En diversos estudios se ha observado que las mujeres que usaron AOC hace más de 10 años tienen el mismo riesgo de presentar cáncer de mama que mujeres de características similares que nunca han utilizado AOC. Por el contrario, en algunos estudios se apreció que la probabilidad de diagnóstico de cáncer de mama es ligeramente mayor en las usuarias actuales de AOC y las mujeres que han utilizado AOC en los 10 últimos años. En general, puede haber una pequeña diferencia en el riesgo a lo largo de la vida. No está claro si estos resultados se explican por la detección más temprana de un cáncer de mama existente en las usuarias de AOC o por un efecto biológico de los AOC en el cáncer de mama.
 - El uso previo de AOC no aumenta el riesgo de cáncer de mama en etapas posteriores de la vida, cuando el cáncer de mama es más frecuente.
 - Cuando se diagnostica un cáncer de mama a una usuaria o exusuaria de AOC, el cáncer suele estar menos avanzado que los diagnosticados a otras mujeres.
 - El uso de AOC no aumenta el riesgo de cáncer de mama en las mujeres con antecedentes familiares de cáncer de mama.

Cáncer cervicouterino

- El cáncer cervicouterino (cáncer del cuello uterino) está causado por ciertos tipos de virus del papiloma humano (VPH). El VPH provoca una infección de transmisión sexual común, que generalmente se resuelve sola, sin necesidad de tratamiento, pero que a veces persiste y en ocasiones provoca un cáncer cervicouterino. Una vacuna puede ayudar a prevenir el cáncer cervicouterino. (Véase “Cáncer cervicouterino”, p. 340.) Si se dispone de tamizaje del cáncer cervicouterino, los proveedores pueden aconsejar a todas las mujeres que se hagan la prueba de tamizaje cada 3 años (o según recomienden las directrices nacionales).
- El uso de AOC durante 5 años o más parece aumentar ligeramente el riesgo de cáncer cervicouterino. Este riesgo disminuye después de que la mujer deja de utilizarlos. Transcurridos 10 años sin tomarlos, la exusuaria de AOC tiene el mismo riesgo de presentar cáncer cervicouterino que una mujer que nunca los haya tomado. El número de casos de cáncer cervicouterino asociados al uso de AOC es pequeño.

Otros cánceres

- El uso de AOC puede disminuir el riesgo de cáncer colorrectal.
- No hay evidencia clara de que el uso de AOC disminuya o aumente el riesgo de cualquier otro tipo de cáncer.

Quién puede y quién no puede usar anticonceptivos orales combinados

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Pueden usar AOC de manera segura y efectiva casi todas las mujeres:

- hayan tenido hijos o no;
- estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- después del parto y durante la lactancia materna, tras un cierto plazo;
- si acaban de someterse a un aborto provocado o tener un aborto espontáneo o un embarazo ectópico;
- si fuman (si son menores de 35 años);
- si tienen anemia o la han tenido en el pasado;
- si tienen várices (venas varicosas);
- si tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral.

Evite procedimientos innecesarios

(véase “Importancia de determinados procedimientos”, p. 368)

La mujer puede comenzar a utilizar los AOC:

- sin una exploración ginecológica,
- sin un análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio habituales,
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una exploración de las mamas,
 - sin hacerse una prueba de embarazo: una mujer puede empezar a usar AOC en cualquier momento, incluso si no tiene la menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Es aconsejable medir la tensión arterial antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, cuando los riesgos de embarazo son altos y hay pocos métodos disponibles, no se debe negar a la mujer un método anticonceptivo hormonal simplemente porque no se le pueda medir la tensión arterial. Si es posible, se le puede tomar la tensión arterial más tarde, en un momento y un lugar que le resulten cómodos.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de

Anticonceptivos orales combinados

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la usuaria responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a tomar AOC si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a tomar AOC. Estas preguntas también son aplicables al parche anticonceptivo combinado (véase la p. 119) y al anillo vaginal anticonceptivo combinado (véase la p. 123).

1. ¿Está amamantando usted a un bebé menor de 6 meses?

NO SÍ

- Si alimenta a su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia materna: Proporciónese AOC y dígame que comience a tomarlos 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el principal alimento del bebé (lo que antes ocurra) (véase “Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva”, p. 11).
- Si amamanta parcialmente a su bebé: Puede comenzar a tomar los AOC apenas hayan transcurrido 6 semanas después del parto (véase “Lactancia materna parcial”, p. 12).

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

NO SÍ Proporciónese AOC ahora y dígame que empiece a tomarlos 3 semanas después del parto. Si la mujer corre el riesgo adicional de desarrollar un coágulo sanguíneo en una vena profunda [trombosis venosa profunda], no debe comenzar a usar los AOC 3 semanas después del parto, sino 6 semanas después del parto. Entre los factores de riesgo adicional se encuentran los siguientes: antecedentes de trombosis venosa profunda, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²), tabaquismo y postración prolongada en cama.

3. ¿Fuma?

NO SÍ Si fuma y tiene 35 años o más, no le proporcione AOC. Aliéntela a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método, aunque no un parche anticonceptivo ni un anillo vaginal anticonceptivo si fuma menos de 15 cigarrillos al día, ni tampoco inyectables anticonceptivos mensuales si fuma más de 15 cigarrillos al día.

4. ¿Tiene cirrosis hepática, alguna infección hepática o un tumor hepático? ¿Alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC?

- NO SÍ Si refiere que tiene una enfermedad hepática grave (como una cirrosis grave o un tumor hepático grave), una hepatitis viral aguda o una reanudación de la hepatitis, o si alguna vez ha tenido ictericia mientras utilizaba AOC, no le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal. (Puede utilizar inyectables mensuales si ha tenido ictericia únicamente con el uso de AOC en el pasado.)

5. ¿Tiene hipertensión arterial?

- NO SÍ Si usted no puede tomarle la tensión arterial y la mujer le indica que tiene antecedentes de hipertensión, o si recibe tratamiento para la hipertensión, no le proporcione AOC. Si es posible, dérvela para comprobar la tensión arterial o ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Si es posible, compruebe la tensión arterial:

- Si la tensión arterial es inferior a 140/90 mm Hg, proporciónele AOC. No es necesario volver a comprobar la tensión arterial antes de comenzar la administración de AOC.
- Si la tensión arterial es de 160/100 mm Hg o superior, no le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo.
- Si la tensión arterial es de 140–159/90–99 mm Hg, una medición no es suficiente para diagnosticar la hipertensión. Proporciónele un método de respaldo* para que lo use hasta que regrese a otro control de la tensión arterial, o ayúdela a elegir otro método.
 - Si en la siguiente medición la tensión arterial está por debajo de 140/90 mm Hg, puede empezar a tomar AOC.
 - Sin embargo, si en la siguiente medición la tensión arterial es de 140/90 mm Hg o mayor, no le proporcione AOC. Si la tensión arterial sistólica es igual o superior a 160 mm Hg o si la tensión arterial diastólica es igual o superior a 100 mm Hg, ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo.

(Véase también la pregunta 18, p. 28.)

(Continúa en la página siguiente.)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónele preservativos.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Anticonceptivos orales combinados (continuado)

6. ¿Ha tenido diabetes durante más de 20 años o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso causados por la diabetes?

- NO SÍ No le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo.

7. ¿Tiene actualmente alguna enfermedad de la vesícula biliar o toma medicamentos para una enfermedad de la vesícula biliar?

- NO SÍ No le proporcione AOC. Ayúdela a elegir otro método, pero que no sea el parche anticonceptivo combinado o el anillo vaginal anticonceptivo combinado.

8. ¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular, un coágulo sanguíneo en las piernas (trombosis venosa profunda) o los pulmones (embolia pulmonar), un infarto de miocardio u otros problemas cardíacos graves?

- NO SÍ Si refiere que ha padecido un infarto de miocardio, una cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial, o un accidente cerebrovascular, no le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo. Si refiere que actualmente presenta un coágulo en las venas profundas de las piernas (no coágulos superficiales) o los pulmones, ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

- NO SÍ No le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

10. ¿Alguna vez percibe zonas brillantes con pérdida de visión en el ojo antes de sufrir un dolor de cabeza muy intenso (aura migrañosa)? ¿Tiene dolor de cabeza intenso, pulsátil, a menudo en un lado de la cabeza, que puede durar desde unas pocas horas hasta varios días y puede provocarle náuseas o vómitos (migrañas o jaquecas)? Esos dolores de cabeza a menudo empeoran con la luz, el ruido o al moverse.

- NO SÍ Si la mujer tiene auras migrañosas a cualquier edad, no le proporcione AOC. Si presenta migrañas *sin* aura y tiene 35 o más años, no le proporcione AOC. Ayude a estas mujeres a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos. Si es menor de 35 años y tiene migrañas sin aura, puede utilizar AOC (véase “Identificación de las migrañas y las auras migrañosas”, p. 436).

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

- NO SÍ Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina o rifabutina, no le proporcione AOC, ya que estos medicamentos pueden reducir la efectividad de los AOC. Ayúdela a elegir otro método que no sean anticonceptivos orales de progestágeno solo, parches o anillos anticonceptivos combinados. Si está tomando lamotrigina, ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

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

- NO SÍ Si es así, puede comenzar a tomar AOC 2 semanas después de que pueda moverse de nuevo. Hasta que pueda empezar a tomar los AOC, debe usar un método de respaldo.

13. ¿Tiene algún factor que pueda aumentar su probabilidad de padecer una cardiopatía (enfermedad de las arterias coronarias) o un accidente cerebrovascular, como la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes?

- NO SÍ No le proporcione AOC. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sean inyectables de progestágeno solo.

Por otra parte, las mujeres no deben usar AOC si refieren que tienen mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos). Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier circunstancia o afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Anticonceptivos orales combinados para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que reciben tratamiento antirretroviral pueden usar los AOC con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen preservativos junto con los AOC. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.

Uso del juicio clínico en casos especiales

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar AOC. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar AOC. El proveedor debe considerar la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- No está amamantando y han pasado menos de 3 semanas desde el parto, sin que exista riesgo adicional de que desarrolle un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda).
- No está amamantando y han pasado entre 3 y 6 semanas desde el parto, con riesgo adicional de que desarrolle una trombosis venosa profunda.
- Alimenta a su hijo principalmente amamantándolo, entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.
- Tiene 35 o más años y fuma menos de 15 cigarrillos por día.
- Hipertensión (tensión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg o tensión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg).
- Hipertensión controlada, cuando es posible una evaluación continua.
- Antecedentes de hipertensión, cuando no se pueda medir la tensión arterial (incluida la hipertensión inducida por el embarazo).
- Antecedentes de ictericia durante el uso de AOC en el pasado.
- Enfermedad de la vesícula biliar (actual o tratada médicamente).
- Tiene 35 o más años y tiene migrañas sin aura.
- Es menor de 35 años y tiene migrañas sin aura que han aparecido o empeorado al usar AOC.
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás, sin recidiva.
- Tiene diabetes de más de 20 años de evolución o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso provocados por la diabetes.
- Presenta múltiples factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares arteriales, como la edad avanzada, el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión arterial.
- Está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina o rifabutina. Debe usar también un método anticonceptivo de respaldo, ya que estos medicamentos reducen la efectividad de los AOC.
- Está tomando lamotrigina. Los métodos anticonceptivos hormonales combinados pueden disminuir la efectividad de la lamotrigina.

Suministro de anticonceptivos orales combinados

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar AOC cuando quiera, siempre que haya una certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada). Además, se le pueden proporcionar AOC en cualquier momento, indicándole cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si comienza en el plazo máximo de 5 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 5 días desde el inicio de la menstruación, puede comenzar a tomar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si el método anterior era un dispositivo intrauterino (DIU), puede comenzar a tomarlos de inmediato (véase, “DIU de cobre, Sustitución del DIU por otro método”, p. 172).

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Inmediatamente, si ha estado usando el método anticonceptivo hormonal sistemática y correctamente o si de otro modo es razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario esperar a la próxima menstruación. No es necesario un método de respaldo.
- Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, puede comenzar a tomar AOC cuando le hubiera correspondido ponerse la inyección siguiente. No es necesario un método de respaldo.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. De ser posible, proporcione preservativos.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar** (Continuación)

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Proporciónese AOC y dígame que empiece a tomarlos 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el principal alimento del hijo (lo que ocurra primero).

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a usar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar AOC de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

Lactancia materna parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Dele AOC y dígame que empiece a tomarlos 6 semanas después del parto.
- Proporciónese también un método de respaldo para que lo use hasta que hayan pasado 6 semanas desde el parto si la menstruación se restablece antes de que transcurra ese período.

Más de 6 semanas después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a usar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada.[†] Necesitará un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar AOC de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

[†] En los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOC en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

No está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar a tomar AOC en cualquier momento entre los días 21 y 28 después del parto. Proporciónese píldoras en cualquier momento para que empiece a tomarlas durante esos 7 días. No es necesario un método de respaldo. (Si corre riesgo adicional de trombosis venosa profunda, espere hasta las 6 semanas después del parto. Véase la pregunta 2, p. 6.)

Más de 4 semanas después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar AOC en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada.[†] Necesitará un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar AOC tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la p. 11).

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- Puede comenzar a tomar AOC en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- Inmediatamente. No necesita un método de respaldo si comienza a tomar los AOC en un plazo máximo de 7 días desde un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre.
- Si han pasado más de 7 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, puede comenzar a tomar AOC en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)

Situación de la mujer **Cuándo comenzar** (Continuación)

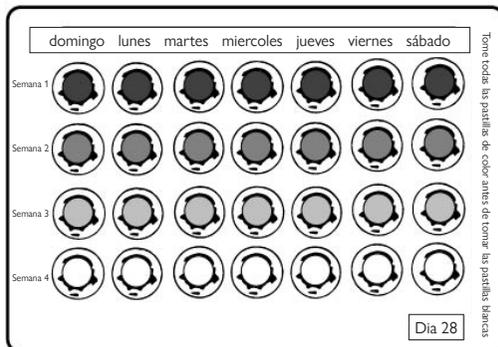
Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados:

- Puede comenzar a tomar o reanudar la toma de AOC inmediatamente después de tomar las PAU. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.*
 - Una usuaria continua que haya necesitado utilizar PAU debido a errores en la toma de las píldoras puede continuar con su envase actual donde lo dejó.
- Si no empieza de inmediato pero regresa en busca de AOC, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.
- Todas las mujeres tendrán que usar un método de respaldo durante los 7 primeros días de toma de las píldoras

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP):

- Puede comenzar a tomar o reanudar la toma de AOC el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.* Los AOC y el acetato de ulipristal interactúan. Si se comienza a utilizar los AOC antes de que pasen 6 días desde la toma del acetato de ulipristal, y por tanto ambos están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos pueden ser menos efectivos.
- Proporciónele un suministro de píldoras y dígame que empiece a tomarlas el sexto día después de haber utilizado las PAU de acetato de ulipristal.
- Tendrá que usar un método de respaldo desde el momento en que haya tomado las PAU de acetato de ulipristal y hasta que haya tomado los AOC durante 7 días.
- Si no comienza el sexto día pero regresa más tarde en busca de AOC, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.



Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Una parte importante de la provisión del método anticonceptivo consiste en asesorar minuciosamente acerca de las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describa los efectos secundarios más frecuentes

- En los primeros meses: sangrado en momentos inesperados (sangrado irregular). Luego, menstruaciones más leves, más breves y más regulares.
- Cefaleas, mayor sensibilidad en los senos, variación del peso y posiblemente otros efectos secundarios.

Explique estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- La mayoría de ellos disminuyen o desaparecen en los primeros meses de uso de los AOC.
- Aunque son frecuentes, algunas mujeres no los presentan.

Explique lo que se debe hacer en caso de efectos secundarios

- Siga tomando los AOC. Si deja de tomar alguna píldora corre riesgo de embarazo y es posible que algunos efectos secundarios empeoren.
- Tomar cada píldora todos los días a la misma hora ayuda a reducir el sangrado irregular y también a acordarse de tomarla.
- Para evitar las náuseas, intente tomar las píldoras con alimentos o al irse a dormir.
- La usuaria puede volver a consultar si le molestan o preocupan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.



Explique cómo se utilizan

- 1. Suministre las píldoras**
 - Dele hasta 1 año de suministro (13 envases) según las preferencias de la mujer y el uso previsto.
- 2. Explique cómo es el envase de las píldoras**
 - Muestre el tipo de envase: de 21 píldoras o 28 píldoras. En el caso de los envases de 28 píldoras, indíquelo que las 7 últimas píldoras son de un color diferente y no contienen hormonas (esto difiere en algunas marcas).
 - Muéstrela cómo se saca la primera píldora del envase y después cómo seguir la dirección de las flechas del blíster para tomar el resto de píldoras.
- 3. Dé la información clave**
 - **Tome una píldora todos los días,** hasta terminar el envase.
 - Dele algunas sugerencias para tomar la píldora a diario. Asociar la toma de la píldora con una actividad diaria — como lavarse los dientes— puede ayudarla a acordarse.
 - Tomar la píldora todos los días a la misma hora ayuda a recordar. También puede ayudar a reducir algunos efectos secundarios.
- 4. Explique cómo empezar un envase nuevo**
 - Envase de 28 píldoras: Cuando termine un envase, deberá tomar la primera píldora del próximo envase el día siguiente.
 - Envase de 21 píldoras: Cuando tome la última píldora del envase, deberá esperar 7 días—no más— y entonces debe tomar la primera píldora del nuevo envase.
 - Es muy importante empezar el nuevo envase a su debido tiempo. Comenzar un envase con retraso conlleva riesgo de embarazo.
- 5. Suministre un método de respaldo y explique cómo se usa**
 - A veces la mujer quizá necesite usar un método de respaldo, por ejemplo si se olvida de tomar las píldoras.
 - Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.
 - Si deja de tomar 3 o más píldoras anticonceptivas hormonales, la usuaria puede plantearse la utilización de PAU.



Apoyo a la usuaria

Conducta a seguir si se omiten píldoras

Es fácil olvidarse de tomar una píldora o tomarla tarde. Las adolescentes son más propensas a olvidarse de tomar las píldoras y por ello pueden necesitar apoyo y orientación adicionales.

Las usuarias de AOC deben saber lo que tienen que hacer si se olvidan de tomar la píldora. **Si una mujer deja de tomar una o más píldoras deberá seguir las instrucciones siguientes.** Use la herramienta de la p. 431 como ayuda para explicar estas instrucciones a la usuaria.

Compensación de las píldoras con 30–35 µg de estrógeno omitidas[‡]

Mensaje clave

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

¿Dejó de tomar 1 o 2 píldoras? ¿Empezó un envase nuevo 1 o 2 días tarde?

- Tome una píldora anticonceptiva hormonal lo antes posible.
- Riesgo de embarazo bajo o nulo.

¿Dejó de tomar las píldoras durante 3 o más días consecutivos en la primera o la segunda semana? ¿Empezó un envase nuevo 3 o más días tarde?

- Tome una píldora anticonceptiva hormonal lo antes posible.
- Termine todas las píldoras anticonceptivas hormonales del envase. Descarte las 7 píldoras no hormonales del envase de 28 píldoras.
- Comience un nuevo envase al día siguiente.
- Utilice un método de respaldo durante los 7 días siguientes.
- Además, si ha tenido relaciones sexuales en los 5 últimos días, la usuaria puede plantearse el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Dejó de tomar 3 o más píldoras en la tercera semana?

- Tome una píldora anticonceptiva hormonal lo antes posible.
- Termine todas las píldoras anticonceptivas hormonales del envase. Descarte las 7 píldoras no hormonales del envase de 28 píldoras.
- Comience un nuevo envase al día siguiente.
- Utilice un método de respaldo durante los 7 días siguientes.
- Además, si ha tenido relaciones sexuales en los 5 últimos días, la usuaria puede plantearse el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

(Continúa en la página siguiente.)

[‡] En el caso de las píldoras con 20 µg de estrógeno o menos, las mujeres que omitan una píldora deberán seguir las mismas instrucciones que las que omiten una o dos píldoras de 30-35 µg, y las usuarias que omitan 2 o más píldoras deberán seguir las mismas instrucciones que las que omitieron 3 o más píldoras de 30-35 µg.

(continúa)

¿Ha dejado de tomar alguna píldora no hormonal? (últimas 7 píldoras en el envase de 28 píldoras)

- Deseche la píldora o las píldoras no hormonales que no tomó.
- Siga tomando los AOC, una píldora por día. Comience el nuevo envase como siempre.

Vómitos o diarrea intensos

- Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del envase lo antes posible, y luego siga tomando las píldoras como siempre.
- Si tiene vómitos o diarrea durante más de 2 días, siga las instrucciones antes mencionadas para los casos en que se deje de tomar 3 o más píldoras.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar AOC.
- Ayudarla a acordarse de tomar una píldora cada día y a comenzar un nuevo envase a tiempo.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición un nuevo envase de píldoras para comenzarlo a tiempo.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las PAU en el caso de que omita alguna píldora o comience tarde un nuevo envase de píldoras.
- Usar sistemáticamente preservativos además de los AOC si el varón tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.



“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- Necesita más píldoras.
- Quiere PAU porque comenzó un nuevo envase 3 o más días tarde o dejó de tomar 3 o más píldoras anticonceptivas hormonales o, si está usando píldoras con 20 µg de estrógeno o menos, porque comenzó un nuevo envase con 2 o más días de retraso o dejó de tomar 2 o más píldoras anticonceptivas hormonales.

Consejo general de salud: Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o de un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la próxima consulta

1. Aliéntela a que regrese a buscar más píldoras antes de terminar las que tiene.
2. Se recomienda una consulta anual.
3. Para algunas mujeres puede resultar beneficiosa una consulta después de 3 meses de uso de los AOC. Esto ofrece la oportunidad de contestar cualquier pregunta, ayudar con cualquier problema y verificar si está usando correctamente los AOC.

Ayuda a la usuaria continua

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por los cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, en la página siguiente).
3. Pregúntele si suele tener problemas para acordarse de tomar la píldora cada día. De ser así, analice diversas formas de acordarse, de subsanar la omisión de píldoras, y PAU, o la elección de otro método. Las adolescentes pueden necesitar apoyo adicional.
4. Sumínistrela más envases de píldoras, a ser posible para un año entero (13 envases). Programe su próxima consulta de reaprovisionamiento para que tenga lugar antes de que necesite más píldoras.
5. En lo posible, controle la tensión arterial aproximadamente cada año (véase “Criterios médicos de elegibilidad”, pregunta 5, p. 7).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún nuevo problema de salud desde la última consulta. Aborde los problemas según corresponda. Para nuevos problemas de salud que puedan requerir un cambio de método anticonceptivo, véase la p. 22.
7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento necesario.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios o problemas con el uso

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan a la satisfacción de la mujer y al uso de los AOC. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si corresponde, trátela. Asegúrese de que entiende el consejo y está de acuerdo.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras conlleva riesgo de embarazo y puede acentuar algunos efectos secundarios
- Muchos efectos secundarios disminuyen tras unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, si es posible pruebe con otra formulación de AOC durante un mínimo de 3 meses.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas.

Omisión de píldoras

- Véase “Conducta a seguir si se omiten píldoras”, p. 17.

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

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que utilizan AOC presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras unos pocos meses de uso.
- Otras causas posibles de sangrado irregular son:
 - La omisión de píldoras
 - La toma de píldoras a diferentes horas cada día
 - Los vómitos o la diarrea
 - El tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina o rifabutina (véase “Comienzo del tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina o rifabutina”, p. 23)
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Aconséjele que tome la píldora todos los días y a la misma hora.
 - Enséñele a compensar correctamente las píldoras omitidas, incluso después de vomitar o de una diarrea (véase “Conducta a seguir si se omiten píldoras”, p. 17).
 - Para lograr un alivio moderado y breve, puede utilizar 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), empezando cuando comience el sangrado irregular. Los AINE alivian algo los sangrados irregulares en las mujeres que utilizan implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU, y también pueden ayudar a las usuarias de AOC.
 - Si ha estado tomando la píldora durante más de unos pocos meses y no mejora con los AINE, dele otra formulación de AOC que esté disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.

- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, en la página siguiente).

Ausencia de menstruación

- Pregúntele si está teniendo algún sangrado. (Es posible que presente simplemente una pequeña mancha en la ropa interior y no la reconozca como menstruación.) Si es así, tranquilícela.
- Tranquilícela explicándole que hay algunas usuarias de AOC que dejan de tener la menstruación y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. Es parecido a no tener la menstruación durante el embarazo. No está embarazada ni es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación, y para algunas no tenerla puede ayudar a prevenir la anemia.)
- Pregúntele si ha estado tomando una píldora cada día. Si es así, tranquilícela indicándole que no es probable que esté embarazada. Puede continuar tomando los AOC como antes.
- ¿Se saltó el descanso de 7 días entre envases (envases de 21 días) u omitió las 7 píldoras no hormonales (envase de 28 días)? Si es así, tranquilícela indicándole que no está embarazada. Puede seguir utilizando los AOC.
- Si ha omitido píldoras anticonceptivas hormonales o ha empezado tarde un nuevo envase:
 - Puede seguir utilizando los AOC.
 - Si ha omitido 3 o más píldoras o ha comenzado un nuevo envase con 3 o más días de retraso, dígame que regrese si presenta signos y síntomas de inicio de embarazo.
 - Véanse en la p. 17 las instrucciones para compensar la omisión de píldoras.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Pruebe las siguientes opciones (una por vez):
 - Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1000 mg) u otro analgésico.
 - Algunas mujeres tienen cefaleas durante la semana en que no reciben hormonas (los 7 días en los que no toman píldoras anticonceptivas hormonales). Considere el uso prolongado (véase “Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados”, p. 24).
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia durante el uso de AOC.

Náuseas o mareos

- Para las náuseas, sugiérale que tome los AOC al acostarse o con alimentos.
- Si los síntomas continúan:
- Considere los remedios disponibles localmente.
 - Considere el uso prolongado si las náuseas aparecen después de comenzar un nuevo envase de píldoras (véase “Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados”, p. 24).

Mayor sensibilidad en los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
- Pruebe a usar compresas calientes o frías.
- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg).
- Considere los remedios disponibles localmente.

Variación del peso

- Revise la dieta y asesore según corresponda.

Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual

- Algunas mujeres presentan cambios del estado de ánimo durante la semana en que no reciben hormonas (los 7 días en los que no toman píldoras anticonceptivas hormonales). Considere el uso prolongado (véase “Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados”, p. 24).
- Pregúntele sobre cambios que se hayan producido en su vida y que puedan afectar a su estado de ánimo o a su deseo sexual, incluidos los cambios en la relación con su pareja. Dele apoyo según corresponda.
- Las usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Acné

- En general, el acné mejora con el uso de los AOC, pero puede empeorar en algunas mujeres.
- Si la usuaria ha tomado píldoras durante más de unos pocos meses y el acné persiste, proporciónale otra formulación de AOC que esté disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Sangrado vaginal sin causa aparente (que apunte a una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo) o sangrado profuso o prolongado

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Puede seguir utilizando los AOC mientras se evalúa su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino), puede seguir utilizando AOC durante el tratamiento.

Comienzo del tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina o rifabutina

- Los barbitúricos, la carbamazepina, la oxcarbazepina, la fenitoína, la primidona, el topiramato, la rifampicina y la rifabutina pueden hacer que los AOC, los parches y los anillos vaginales anticonceptivos combinados sean menos efectivos. Los métodos anticonceptivos hormonales combinados, incluidas las píldoras anticonceptivas combinadas y los inyectables mensuales, pueden reducir la efectividad de la lamotrigina. Si la usuaria utiliza estos medicamentos a largo plazo, es posible que quiera emplear un método diferente, como un inyectable de progestágeno solo, un implante, un DIU de cobre o un DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).
- Si utiliza estos medicamentos a corto plazo, puede usar un método de respaldo junto con los AOC para mayor protección frente al embarazo.

Migrañas (véase “Identificación de las migrañas y las auras migrañosas”, p. 436)

- Independientemente de la edad, una mujer que presente migrañas, con o sin aura, o cuyas migrañas empeoren cuando usa AOC debe dejar de utilizarlos.
- Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Circunstancias que le impidan caminar durante una semana o más

- Si se va a someter a una intervención de cirugía mayor, o si tiene la pierna enyesada, o si, por el motivo que sea, no podrá moverse durante varias semanas, la usuaria debe:
 - Comunicar al médico que está utilizando AOC.
 - Dejar de tomar los AOC y usar un método de respaldo durante ese período.
 - Reanudar la toma de AOC 2 semanas después de que pueda moverse de nuevo.

Ciertas afecciones graves (sospecha de cardiopatía o de hepatopatía grave, hipertensión, coágulos sanguíneos en venas profundas de las piernas [trombosis venosa profunda] o en los pulmones [embolia pulmonar], accidente cerebrovascular, cáncer de mama, daño a las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso causado por la diabetes, o enfermedad de la vesícula biliar). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- Dígale que suspenda los AOC.
- Proporciónale un método de respaldo para que lo use hasta que se evalúe su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derivela para su diagnóstico y asistencia.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo.
- Si se confirma el embarazo, dígale que deje de tomar los AOC.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer está tomando AOC (véase la pregunta 5, p. 25).

Uso prolongado y continuo de anticonceptivos orales combinados

Algunas usuarias de AOC no siguen el ciclo habitual de 3 semanas de toma de píldoras anticonceptivas hormonales seguidas de una semana sin hormonas, sino que toman píldoras anticonceptivas hormonales 12 semanas seguidas, sin hacer ningún descanso, seguidas por una semana de píldoras no hormonales (o sin píldoras): esto es el uso prolongado. Otras mujeres toman píldoras hormonales sin ningún tipo de descanso: esto es el uso continuo. Se recomiendan las píldoras monofásicas para este tipo de uso (véase la pregunta 16, p. 27).

Las mujeres se organizan bien usando los AOC de distintas maneras cuando se les indica adecuadamente cómo hacerlo. A muchas mujeres les gusta controlar cuándo tienen la menstruación —si es que la tienen— y adaptar el uso de la píldora a su gusto.

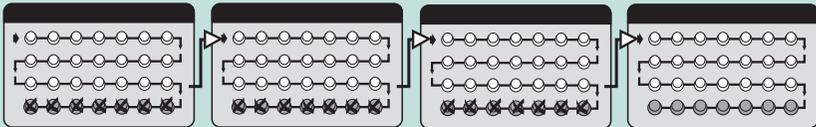
Beneficios del uso prolongado y del uso continuo

- La mujer tiene sangrado vaginal solo 4 veces al año o ninguna.
- Disminuye la frecuencia de las cefaleas, el síndrome premenstrual, los cambios del estado de ánimo y el sangrado profuso o doloroso que aparecerían durante la semana en que no se toman píldoras anticonceptivas hormonales.

Desventajas del uso prolongado y del uso continuo

- El sangrado irregular puede persistir incluso durante los primeros 6 meses de uso, sobre todo en las mujeres que nunca antes han usado AOC.
- Se necesita un mayor suministro de envases: 15 a 17 al año en lugar de 13.

Instrucciones para el uso prolongado



- Tome 84 píldoras anticonceptivas hormonales consecutivas, una cada día. (Estas son las píldoras hormonales que hay en 4 envases mensuales.) Las usuarias de los envases de 28 píldoras no toman las píldoras no hormonales.
- Después de tomar las 84 píldoras anticonceptivas hormonales, espere 7 días y comience el próximo envase de píldoras en el 8.º día. (Las usuarias de los envases de 28 píldoras pueden tomar las píldoras no hormonales del cuarto envase si lo desean y comenzar a tomar las píldoras anticonceptivas hormonales el día siguiente a la toma de la última píldora no hormonal). Cabe esperar que se produzca algún sangrado durante la semana en la que no se toman píldoras anticonceptivas hormonales.

Instrucciones para el uso continuo

La usuaria debe tomar una píldora anticonceptiva hormonal cada día durante tanto tiempo como desee usar los AOC. Si se presenta un sangrado irregular molesto, puede dejar de tomar píldoras durante 3 o 4 días y luego comenzar a tomar las píldoras anticonceptivas hormonales de manera continua otra vez.

Preguntas y respuestas sobre los anticonceptivos orales combinados

1. ¿La mujer debe tomarse un “descanso” de los AOC después de tomarlos durante cierto tiempo?

No. No existe evidencia de que tomarse un “descanso” sea útil. De hecho, tomarse un “descanso” de los AOC puede conducir a un embarazo no deseado. Los AOC se pueden usar con seguridad durante muchos años sin que sea necesario dejar de tomarlos periódicamente.

2. Si una mujer ha estado tomando AOC durante mucho tiempo, ¿todavía estará protegida del embarazo si deja de tomarlos?

No. La mujer está protegida solo mientras tome las píldoras con regularidad.

3. ¿Cuánto tiempo tarda una mujer en quedarse embarazada después de dejar de tomar los AOC?

Las mujeres que dejan de tomar AOC pueden quedarse embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos no hormonales. Los AOC no retrasan la recuperación de la fertilidad de la mujer tras dejar de utilizarlos. En general, el patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a usar los AOC se recupera al dejar de tomarlos, aunque algunas mujeres tendrán que esperar unos pocos meses para que su patrón de sangrado se restablezca.

4. ¿Los AOC causan abortos?

No. En las investigaciones sobre los AOC se ha observado que no interrumpen el embarazo en curso. No deben usarse como abortivos: no funcionarán.

5. ¿Los AOC causan defectos congénitos? ¿El feto resultará dañado si una mujer toma accidentalmente AOC estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias de que los AOC no causarán defectos congénitos ni dañarán de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras estaba tomándolos o si comienza accidentalmente a usarlos cuando ya está embarazada.

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

No. La mayoría de las mujeres no ganan ni pierden peso debido a los AOC. El peso cambia naturalmente al variar las circunstancias de la vida y a medida que la persona se va haciendo mayor. Al ser estos cambios de peso tan comunes, muchas mujeres creen que los AOC causan esos aumentos o pérdidas de peso. Sin embargo, en algunos estudios se ha observado que, en promedio, los AOC no afectan al peso. Unas pocas mujeres presentan cambios súbitos de peso al usar AOC; estos cambios revierten al dejar de tomarlos. No se sabe por qué estas mujeres responden así a los AOC.

7. ¿Los AOC modifican el estado de ánimo o reducen el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOC refieren esos síntomas. Por el contrario, la gran mayoría de las usuarias de AOC no refieren ningún cambio de este tipo, y algunas indican que han mejorado su estado de ánimo y su deseo sexual. Es difícil afirmar si este tipo de cambios se deben a los AOC o a otros motivos. Los proveedores pueden ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (véase “Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual”, p. 22). No hay indicios de que los AOC afecten al comportamiento sexual de las mujeres.

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

El proveedor puede señalar que tanto las usuarias de AOC como las mujeres que no toman AOC pueden tener cáncer de mama. En estudios científicos, el cáncer de mama en mujeres que estaban usando AOC y mujeres que los habían usado en los 10 años anteriores a dichos estudios era algo más frecuente que en otras mujeres. Los científicos no saben si los AOC realmente son la causa de ese ligero aumento del cáncer de mama. Es posible que los cánceres ya estuvieran presentes antes de utilizarlos pero que se los detectara más rápidamente en las usuarias de AOC (véase “Datos objetivos sobre los anticonceptivos orales combinados y el cáncer”, p. 4).

9. ¿Se pueden utilizar los AOC como prueba de embarazo?

No. La mujer puede presentar algún sangrado vaginal (un “sangrado por privación”) como resultado de la toma de varios AOC o un ciclo entero de AOC, pero, según indican los estudios realizados, esta práctica no identifica con precisión quién está embarazada y quién no. Por tanto, para determinar si una mujer está embarazada no se recomienda darle AOC para ver si tiene sangrado. No se debe dar AOC a una mujer a modo de prueba de embarazo porque los resultados no son exactos.

10. ¿Es necesario hacer una exploración ginecológica a la mujer antes de que pueda comenzar a tomar AOC o en las consultas de seguimiento?

No. No es necesaria una exploración ginecológica para verificar si la mujer está embarazada. En cambio, hacer las preguntas indicadas generalmente ayuda a estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada (véase “Lista de verificación del embarazo, interior de contraportada”). No hay ninguna afección detectable mediante una exploración ginecológica que contraindique el uso de AOC.

11. ¿Las mujeres con várices pueden usar AOC?

Sí. Los AOC son seguros para las mujeres con várices. Las várices (venas varicosas) son vasos sanguíneos agrandados que se encuentran cerca de la superficie cutánea. No son peligrosas. No se trata de coágulos sanguíneos, ni son las venas profundas de las piernas, donde un coágulo sanguíneo (trombosis venosa profunda) puede ser peligroso. Las mujeres que tengan o hayan tenido una trombosis venosa profunda no deben usar AOC.

12. ¿Puede una mujer tomar AOC con seguridad toda la vida?

Sí. No existe una edad mínima ni máxima para usar los AOC. Los AOC pueden ser un método apropiado para la mayoría de las mujeres desde la primera menstruación (menarquia) hasta la menopausia (véase “Mujeres perimenopáusicas”, p. 325).

Los AOC pueden ser un método adecuado para las adolescentes. Estas pueden necesitar apoyo y estímulo adicionales para usar los AOC de forma sistemática y efectiva.

13. ¿Las fumadoras pueden utilizar AOC con seguridad?

Las mujeres fumadoras menores de 35 años pueden utilizar AOC. Las mujeres fumadoras de 35 o más años deberían elegir un método anticonceptivo sin estrógenos o, si fuman menos de 15 cigarrillos diarios, inyectables mensuales. Las mujeres mayores que fuman, si prefieren las píldoras, pueden tomar píldoras de progestágeno solo. Hay que instar a todas las mujeres que fuman a que dejen de hacerlo.

14. ¿Qué se debe hacer si una usuaria quiere tomar AOC pero después de usar la lista de verificación del embarazo no se está razonablemente seguro de que no esté embarazada?

Si una mujer responde “No” a las 6 preguntas de la lista de verificación del embarazo (véase el interior de la contraportada) todavía puede comenzar a tomar AOC. Pídale que regrese para hacer una prueba de embarazo si su próxima menstruación se retrasa (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).

15. ¿Pueden usarse los AOC como píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) después de tener relaciones sexuales sin protección?

Sí. Lo antes posible, y sin que pasen más de 5 días desde las relaciones sexuales sin protección, una mujer puede tomar AOC como PAU (véase “Formulaciones y posología de las píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 55). Sin embargo, las píldoras de progestágeno solo son más efectivas y producen menos efectos secundarios, como las náuseas o el malestar estomacal.

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

Las píldoras monofásicas proporcionan la misma cantidad de estrógeno y de progestágeno en cada píldora anticonceptiva hormonal. Las píldoras bifásicas y las trifásicas cambian la cantidad de estrógeno y de progestágeno en distintos puntos del ciclo de toma de píldoras. En las píldoras bifásicas, las 10 primeras píldoras tienen una dosificación y las 11 píldoras siguientes tienen otra cantidad de estrógeno y de progestágeno. En las píldoras trifásicas, más o menos las 7 primeras píldoras tienen una dosis, las 7 siguientes tienen otra dosis y las 7 últimas píldoras anticonceptivas hormonales tienen otra. Todas evitan el embarazo de igual modo. Las diferencias en cuanto a los efectos secundarios, la efectividad y la continuación parecen ser pequeñas.

17. ¿Es importante que la mujer tome los AOC todos los días a la misma hora?

La usuaria puede tomar los AOC a diferentes horas cada día y aun así seguirán siendo efectivos. Sin embargo, tomarlos a la misma hora todos los días puede ser útil por dos razones. Algunos efectos secundarios pueden disminuir si se toma la píldora a la misma hora todos los días. Además, tomar las píldoras todos los días a la misma hora puede ayudar a que la mujer se acuerde de tomar las píldoras de manera más sistemática. Vincular la toma de las píldoras con una actividad cotidiana también ayuda a que la mujer se acuerde de tomarlas.

18. ¿Las mujeres que eligen AOC y ciertos anticonceptivos hormonales deben tomarse regularmente la tensión arterial para detectar una hipertensión?

Es aconsejable que todas las mujeres se tomen la tensión arterial sistemáticamente antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, en algunos entornos no se dispone de medios para medir la tensión arterial. En muchos de estos entornos, los riesgos de morbilidad y mortalidad relacionados con el embarazo son altos, y estos métodos anticonceptivos se cuentan entre los pocos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar a las mujeres el uso de estos métodos simplemente porque no se pueda medir su tensión arterial.

Las mujeres con tensión arterial alta o muy alta no deben usar métodos anticonceptivos hormonales combinados (AOC, inyectables mensuales, parches o anillos vaginales anticonceptivos combinados). Cuando no se pueda medir la tensión arterial, las mujeres con antecedentes de tensión arterial alta no deben usar estos métodos. Las que tengan la tensión arterial muy alta no deben usar inyectables de progestágeno solo. Las mujeres pueden usar anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), implantes y DIU-LNG incluso si tienen una tensión arterial alta o muy alta o antecedentes de tensión arterial alta o muy alta.

Se define la tensión arterial alta como una tensión arterial sistólica de 140 mm Hg o mayor o una tensión arterial diastólica de 90 mm Hg o mayor. La tensión arterial muy alta se define como una tensión arterial sistólica de 160 mm Hg o mayor o una tensión arterial diastólica de 100 mm Hg o mayor.

Para obtener más información sobre la tensión arterial, véanse las listas de verificación de los “Criterios médicos de elegibilidad” en los capítulos sobre los AOC (p. 6), los inyectables de progestágeno solo (p. 72) y los inyectables mensuales (p. 101).

Píldoras anticonceptivas orales de progestágeno solo

Este capítulo sobre las píldoras anticonceptivas de progestágeno solo se centra en las mujeres que amamantan. Las mujeres que no están amamantando también pueden usarlas. Se señalan las orientaciones que son diferentes para las mujeres que no están amamantando.

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Tome una píldora todos los días.** No hay descansos entre un envase y el siguiente.
- **Son seguras para las mujeres que amamantan y para sus bebés.** Las píldoras de progestágeno solo no afectan a la producción de leche materna.
- **Se suma al efecto anticonceptivo de la lactancia materna.** Juntos proporcionan una protección efectiva frente al embarazo.
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.** En general, las píldoras prolongan el periodo en que las mujeres que amamantan no tienen la menstruación. En las mujeres con menstruación, el sangrado frecuente o irregular es común.
- **Se les pueden dar a la mujer en cualquier momento, para que empiece entonces o más adelante.**

¿En qué consisten las píldoras de progestágeno solo?

- Son píldoras que contienen dosis muy bajas de un progestágeno similar a la hormona natural (progesterona) presente en el cuerpo de la mujer.
- No contienen estrógenos, por lo que se pueden utilizar durante la lactancia materna y las pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con estrógenos.
- Las píldoras de progestágeno solo también se conocen como “minipíldoras” y como anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP).
- Actúan principalmente:
 - Engrosando la mucosa cervical (bloquea la llegada del espermatozoide al óvulo)
 - Distorsiona el ciclo menstrual, incluyendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación)

¿Cuán efectivas son?

La efectividad depende de la usuaria: Las mujeres que tienen la menstruación corren el mayor riesgo de embarazo si toman las píldoras tarde o se olvidan por completo de tomarlas.

Mujeres que amamantan:

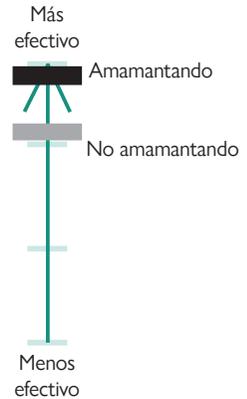
- Tal como suelen usarse, durante el primer año se registra aproximadamente 1 embarazo por cada 100 usuarias de AOP. Esto quiere decir que 99 de cada 100 mujeres no se quedan embarazadas.
- Cuando se toman las píldoras todos los días, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de AOP (3 por cada 1.000 mujeres).

Son menos efectivas en las mujeres que no amamantan:

- Tal como suelen usarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias de AOP. Esto significa que 93 de cada 100 mujeres no se quedarán embarazadas.
- Cuando las píldoras se toman todos los días a la misma hora, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de AOP (3 por cada 1.000 mujeres).

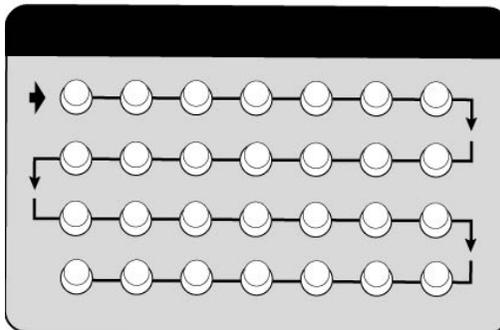
Recuperación de la fertilidad tras suspender los AOP: De inmediato.

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



¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan las píldoras de progestágeno solo?

- La mujer puede usarlas mientras está amamantando.
- Pueden dejar de usarse en cualquier momento sin ayuda del proveedor.
- No interfieren en la actividad sexual.
- La mujer las controla.



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 42)

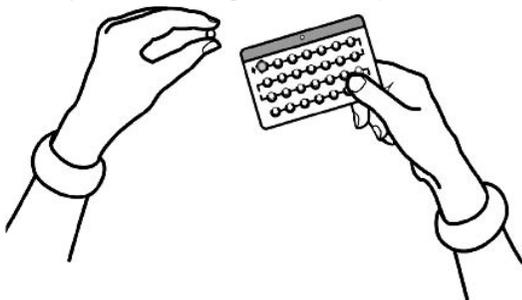
Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado,[†] por ejemplo:
 - En las mujeres que amamantan, transcurre más tiempo hasta que se restablece la menstruación después del parto (amenorrea posparto prolongada)
 - Sangrado frecuente
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado prolongado
 - Ausencia de menstruación

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

La lactancia materna también afecta a los patrones de sangrado de la mujer.

- Cefaleas
- Mareos
- Cambios del estado de ánimo
- Mayor sensibilidad en los senos
- Dolor abdominal
- Náuseas



Otros posibles cambios físicos:

- En las mujeres que no amamantan, aumento del tamaño de los folículos ováricos

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 46)

Píldoras de progestágeno solo:

- No hacen que la mujer que está amamantando se quede sin leche.
- Deben tomarse todos los días, independientemente de si la mujer tiene o no relaciones sexuales ese día.
- No provocan infertilidad a la mujer.
- No causan diarrea a los bebés amamantados.
- Reducen el riesgo de embarazo ectópico.

[†] Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

Quién puede y quién no puede usar píldoras de progestágeno solo

Son seguras y adecuadas para casi todas las mujeres

Pueden usar AOP de manera segura y efectiva casi todas las mujeres:

- si están amamantando (pueden comenzar inmediatamente después de parto);
- hayan tenido hijos o no;
- estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- si acaban de someterse a un aborto provocado o acaban de tener un aborto espontáneo o un embarazo ectópico;
- si fuman, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen;
- si tienen anemia o la han tenido en el pasado;
- si tienen várices (venas varicosas);
- si tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral.

Evite procedimientos innecesarios

(véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

La mujer puede comenzar a utilizar AOP:

- sin una exploración ginecológica,
- sin un análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio habituales,
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una exploración de las mamas,
- sin hacerse una prueba de embarazo:
 - una mujer puede empezar a usar AOC en cualquier momento, incluso si no tiene la menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Es aconsejable medir la tensión arterial antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, cuando los riesgos de embarazo son altos y hay pocos métodos disponibles, no se debe negar a la mujer un método anticonceptivo hormonal simplemente porque no se le pueda medir la tensión arterial. Si es posible, se le puede tomar la tensión arterial más tarde, en un momento y un lugar que le resulten cómodos.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de

Anticonceptivos orales combinados

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la usuaria responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a tomar AOP si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a tomar AOP.

1. ¿Tiene usted cirrosis hepática grave o un tumor hepático grave?

- NO SÍ Si refiere que tiene cirrosis grave o un tumor hepático grave, como el cáncer hepático, no le proporcione AOP. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

- NO SÍ Si refiere que en el momento presente tiene un coágulo en una pierna (en venas profundas, no en venas superficiales) o en un pulmón (embolia pulmonar) y no recibe tratamiento anticoagulante, no le proporcione AOP. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

- NO SÍ Si está tomando barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina o rifabutina, no le proporcione AOP. Estos medicamentos pueden reducir la efectividad de los AOP. Ayúdela a elegir otro método, pero que no sean anticonceptivos orales combinados.

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

- NO SÍ No le proporcione AOP. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Por otra parte, las mujeres no deben usar AOP si refieren que tienen mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos). Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier circunstancia o afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Uso del juicio clínico en casos especiales

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar AOP. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar AOP. El proveedor debe considerar la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Coágulo sanguíneo en venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) o los pulmones (embolia pulmonar) de carácter agudo
- Cáncer de mama hace más de 5 años atrás sin recidiva
- Cirrosis grave o tumor hepático grave
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos)
- Tratamiento actual con barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato, rifampicina o rifabutina. Debe utilizar también un método anticonceptivo de respaldo porque estos medicamentos reducen la efectividad de los AOP.

Anticonceptivos orales de progestágeno solo para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que reciben tratamiento antirretroviral pueden usar con seguridad los AOP.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen preservativos junto con los AOP. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- Para obtener más información sobre las prácticas apropiadas de lactancia en las mujeres con infección por el VIH, véase “Salud de la madre y del recién nacido, Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH”, p. 352.



Suministro de anticonceptivos orales de progestágeno solo

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede empezar a utilizar AOP cuando quiera, siempre que haya una certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada). Además, se le pueden proporcionar AOP en cualquier momento, indicándole cuándo debe comenzar a tomarlos.

Situación de la mujer Cuándo comenzar

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento desde el parto hasta 6 meses después del mismo. No es necesario un método de respaldo.
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los AOP del modo indicado para las mujeres que tienen menstruaciones (véase la página siguiente).

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 2 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas del embarazo”, p. 440.)
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los AOP de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página siguiente).

Lactancia materna parcial

Si no se ha restablecido la menstruación

- La usuaria puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.† Tendrá que usar un método de respaldo durante los 2 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)

Si se ha restablecido la menstruación

- Puede comenzar a utilizar los AOP de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página siguiente).

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónale preservativos.

† En los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOP en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar (continued)

No está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento. No es necesario un método de respaldo.

Más de 4 semanas después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Tendrá que usar un método de respaldo durante los 2 primeros días de toma de las píldoras. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los AOP del modo indicado para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase más adelante).

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Inmediatamente, si ha estado usando el método anticonceptivo hormonal sistemática y correctamente o si, de algún modo, es razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario esperar a la próxima menstruación. No es necesario un método de respaldo. Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, puede empezar a tomar los AOP cuando le hubiera correspondido recibir la siguiente inyección. No es necesario un método de respaldo.

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si comienza en el plazo máximo de 5 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 5 días desde el comienzo de la menstruación, puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo los 2 primeros días de toma de la píldora. (Si usted no puede estar razonablemente seguro de que no está embarazada, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)
- Si el método anterior era un dispositivo intrauterino (DIU), puede comenzar a tomarlos de inmediato (véase, “DIU de cobre, Sustitución del DIU por otro método”, p. 172).

[†] En los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden suministrar AOP en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer**Cuándo comenzar**

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- Puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo los 2 primeros días de toma de la píldora.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- Inmediatamente. Si está comenzando a tomar los AOP en un plazo máximo de 7 días desde un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, puede comenzar a tomar los AOP en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo los 2 primeros días de toma de la píldora. (Si usted no puede estar razonablemente seguro, consulte “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, p. 440.)

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados:

- Puede comenzar o reanudar la toma de los AOP inmediatamente después de tomar las PAU. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.*
 - Una usuaria continua que haya necesitado utilizar PAU debido a errores en la toma de las píldoras puede continuar con su envase actual donde lo dejó.
- Si no comienza de inmediato pero regresa en busca de AOP, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.
- Todas las mujeres tendrán que usar un método de respaldo durante los 2 primeros días de toma de las píldoras

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP):

- Puede comenzar o reanudar la toma de los AOP el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.* Los AOP y el acetato de ulipristal interactúan. Si se comienza a utilizar los AOP antes de que pasen 6 días desde la toma del acetato de ulipristal, y por tanto ambos están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos pueden ser menos efectivos.
- Proporcionele un suministro de píldoras y dígame que empiece a tomarlas el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal.
- Tendrá que usar un método de respaldo desde el momento en que tome las PAU de acetato de ulipristal y hasta que haya tomado los AOP durante 2 días.
- Si no comienza el sexto día pero regresa posteriormente en busca de AOP, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Una parte importante de la provisión del método anticonceptivo consiste en asesorar minuciosamente acerca de las alteraciones del patrón de sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describe los efectos secundarios más frecuentes

- Normalmente, las mujeres que están amamantando no tienen la menstruación durante varios meses después del parto. Los AOP prolongan este período sin menstruación.
 - Las mujeres que no están amamantando pueden tener sangrados frecuentes o irregulares los primeros meses, seguidos de sangrado regular o sangrado irregular continuo.
 - Cefaleas, mareos, mayor sensibilidad en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.
-

Explique estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad. La falta de sangrado no significa que haya un embarazo.
 - La mayoría suelen disminuir o desaparecer en los primeros meses de uso de los AOP. Sin embargo, los cambios en el sangrado suelen persistir.
 - Aunque son frecuentes, algunas mujeres no los presentan.
-

Explique lo que se debe hacer en caso de efectos secundarios

- Siga tomando los AOP. Si deja de tomar alguna píldora corre riesgo de embarazo.
 - Para evitar las náuseas, intente tomar las píldoras con alimentos o al irse a dormir.
 - La usuaria puede volver a consultar si le molestan o preocupan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.
-



Explique cómo se utilizan

- 1. Suministre las píldoras**

 - Suministre tantos envases como sea posible —incluso provisión para un año (11 envases de 35 píldoras o 13 envases de 28 píldoras)—.
- 2. Explique cómo es el envase de las píldoras**

 - Muestre el tipo de envase: de 28 o de 35 píldoras.
 - Explique que todas las píldoras de los envases de AOP son del mismo color y que todas ellas son píldoras activas, que contienen una hormona que evita el embarazo.
 - Muestre cómo se saca la primera píldora del envase y después cómo seguir la dirección de las flechas del blíster para sacar el resto de píldoras.
- 3. Dé la información clave**

 - **Tome una píldora todos los días**, hasta terminar el envase.
 - Las mujeres que no están amamantando deben tomar una píldora todos los días y a la misma hora. Tomar una píldora con más de 3 horas de retraso hace que sea menos efectiva.
 - Dele algunas sugerencias para tomar la píldora a diario. Asociar la toma de la píldora con una actividad diaria —como lavarse los dientes— puede ayudarla a acordarse.
- 4. Explique cómo empezar un envase nuevo**

 - Al terminar un envase, deberá tomar la primera píldora del próximo envase el día siguiente.
 - Es muy importante empezar el nuevo envase a su debido tiempo. Comenzar un envase con retraso conlleva riesgo de embarazo.
- 5. Suministre un método de respaldo y explique cómo se usa**

 - A veces la mujer quizá necesite usar un método de respaldo, por ejemplo si se olvida de tomar las píldoras o si se retrasa en la toma de una píldora.
 - Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.
- 6. Explique que su efectividad disminuye al dejar de amamantar**

 - Sin la protección adicional de la lactancia materna, los AOP no son tan efectivos como la mayoría de los demás métodos anticonceptivos hormonales.
 - Al suspender la lactancia materna, la mujer podrá seguir tomando AOP si está satisfecha con este método, o podrá acudir de nuevo a consulta en busca de otro método anticonceptivo.



Apoyo a la usuaria

Conducta a seguir si se omiten píldoras

Es fácil olvidarse de tomar una píldora o tomarla tarde. Las adolescentes son más propensas a olvidarse de las píldoras y por ello pueden necesitar apoyo y orientación adicionales.



Las usuarias de AOP deben saber lo que tienen que hacer si se olvidan de tomar las píldoras. **Si una mujer toma una píldora con un retraso de 3 o más horas (retraso de 12 o más horas si está tomando AOP con desogestrel en dosis de 75 mg) o si no la toma, debe seguir las siguientes instrucciones.** En el caso de las mujeres que están amamantando, el riesgo de embarazo al omitir una píldora depende de si se ha restablecido o no la menstruación.

Compensación de las píldoras de progestágeno solo omitidas

Mensaje clave

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

¿Tiene la menstruación con regularidad?

- Si es así, debe utilizar un método de respaldo durante los 2 días siguientes.
- Además, si ha tenido relaciones sexuales en los 5 últimos días, se puede plantear el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

Vómitos o diarrea intensos

- Si vomita en un plazo de 2 horas después de haber tomado la píldora, tome otra píldora del envase lo antes posible y luego siga tomando las píldoras como siempre.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar AOP.
- Ayudarla a acordarse de tomar una píldora cada día aproximadamente a la misma hora.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición un nuevo envase de píldoras para comenzar a tiempo.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las PAU en el caso de que omita alguna píldora o comience tarde un nuevo envase de píldoras.
- Usar sistemáticamente preservativos además de los AOP si el varón tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- Ha dejado de amamantar y quiere pasar a utilizar otro método anticonceptivo.
- En el caso de una mujer que tenga la menstruación: Si tomó una píldora 3 o más horas tarde o si la omitió completamente y además tuvo relaciones sexuales en los 5 últimos días, quizá quiera considerar el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

Consejo general de salud: Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o de un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Programación de la próxima consulta

1. Aliéntela a que regrese a buscar más píldoras antes de terminar las que tiene.
2. Se recomienda ponerse en contacto con las usuarias después de los 3 primeros meses de uso de los AOP. Esto ofrece la oportunidad de contestar cualquier pregunta, ayudar con cualquier problema y verificar si está usando correctamente los AOP.

Ayuda a la usuaria continua

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, p. 42).
3. Pregúntele si suele tener problemas para acordarse de tomar la píldora cada día. De ser así, analice diversas formas de acordarse, de subsanar la omisión de píldoras, y PAU, o la elección de otro método. Las adolescentes pueden necesitar apoyo adicional.
4. Sumínístrele más envases de píldoras, a ser posible para un año entero (11 o 13 envases). Programe su próxima consulta de reaprovisionamiento para que tenga lugar antes de que necesite más píldoras.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún nuevo problema de salud desde la última consulta. Aborde los problemas según corresponda. Para nuevos problemas de salud que puedan requerir un cambio de método anticonceptivo, véase la p. 45.
6. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento necesario.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios o problemas con el uso

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan a la satisfacción de la mujer y al uso de los AOP. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si corresponde, trátela. Asegúrese de que entiende el consejo y está de acuerdo.
- Anímela a seguir tomando una píldora por día aunque presente efectos secundarios. La omisión de píldoras puede conllevar riesgo de embarazo.
- Muchos efectos secundarios disminuyen tras unos pocos meses de uso. Si los efectos secundarios persisten, si es posible pruebe con otra formulación de AOP durante un mínimo de 3 meses.
- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.

Ausencia de menstruación

- Si la mujer está amamantando:
 - Tranquilícela explicándole que esto es normal durante la lactancia materna. No es perjudicial.
- Si la mujer no está amamantando:
 - Tranquilícela explicándole que hay algunas usuarias de AOP que dejan de tener la menstruación y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. Es parecido a no tener la menstruación durante el embarazo. No está embarazada ni es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación.)

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

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que utilizan AOP presentan sangrado irregular, tanto si están amamantando como si no. (La propia lactancia materna también puede causar un sangrado irregular.) No es perjudicial y a veces se hace más leve o desaparece después de los primeros meses de uso. Sin embargo, algunas mujeres tienen sangrado irregular durante todo el período en que toman los AOP.
- Otras causas posibles de sangrado irregular son:
 - los vómitos o la diarrea,
 - el tratamiento con anticonvulsivantes o rifampicina (véase “Comienzo del tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina o rifabutina”, p. 45)
- Para reducir el sangrado irregular:
 - Enséñele a compensar correctamente las píldoras omitidas, incluso después de vomitar o de una diarrea (véase “Conducta a seguir si se omiten píldoras”, p. 40).
 - Para lograr un alivio moderado y breve, puede utilizar 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), empezando cuando comience el sangrado irregular. Los AINE alivian algo los sangrados irregulares en las

usuarias de implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU, y también pueden ayudar a las usuarias de AOP.

- Si ha estado tomando la píldora durante más de unos pocos meses y no mejora con los AINE, dele otra formulación de AOP que esté disponible. Pídale que pruebe la nueva píldora durante un mínimo de 3 meses.
- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 45).

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

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que usan AOP presentan sangrado profuso o prolongado. Por lo general no es perjudicial y se hace más leve o desaparece tras unos pocos meses.
- Para lograr un alivio moderado a corto plazo, la usuaria puede tomar AINE, empezando cuando comience el sangrado profuso. Pruebe los mismos tratamientos que usa para los sangrados irregulares (véase la página anterior).
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale que tome suplementos de hierro en comprimidos y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial, carne de vacuno e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes).
- Si el sangrado profuso o prolongado persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 45).

Omisión de píldoras

- Véase “Conducta a seguir si se omiten píldoras”, p. 40.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia durante el uso de AOP.

Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios que se hayan producido en su vida y que puedan afectar a su estado de ánimo o a su deseo sexual, incluidos los cambios en la relación con su pareja. Dele apoyo según corresponda.
- Algunas mujeres presentan depresión en el año posterior al parto. Esto no está relacionado con los AOP. Las usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Mayor sensibilidad de los senos

- Mujeres que amamantan:
 - Véase “Salud de la madre y neonatal, Mamas doloridas”, p. 356.
- Mujeres que no están amamantando:
 - Recomiéndele que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
 - Pruebe a usar compresas calientes o frías.
 - Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
 - Considere los remedios disponibles localmente.

Dolor intenso en la parte inferior del abdomen

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La usuaria puede seguir tomando los AOP durante su evaluación y tratamiento.
 - No es necesario tratar los quistes o los folículos ováricos agrandados a menos que se produzca un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura. Tranquilice a la usuaria explicándole que suelen desaparecer por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente atento para detectar otros signos o síntomas de embarazo ectópico, que es raro y no está causado por los AOP, pero puede ser potencialmente mortal (véase la pregunta 13, p. 48).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, quizá no haya síntomas o estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. Una combinación de estos signos o síntomas debe aumentar la sospecha de un embarazo ectópico:
 - Dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación
 - Sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la usuaria
 - Vahído o mareo
 - Desmayo
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, derive a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Véase “Esterilización femenina, Manejo del embarazo ectópico”, p. 227, para obtener más información sobre el embarazo ectópico).

Náuseas o mareos

- Para las náuseas, sugiérale que tome los AOP al acostarse o con alimentos.
- Si los síntomas continúan: considere los medicamentos disponibles localmente.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Sangrado vaginal sin causa aparente (que apunte a una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Puede seguir utilizando los AOP mientras se evalúa su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino), puede seguir utilizando los AOP durante el tratamiento.

Comienzo del tratamiento con anticonvulsivantes, rifampicina o rifabutina

- Los barbitúricos, la carbamazepina, la oxcarbazepina, la fenitoína, la primidona, el topiramato, la rifampicina y la rifabutina puede hacer que los AOP sean menos efectivos. Si utiliza estos medicamentos a largo plazo, tal vez prefiera usar otro método anticonceptivo, como los inyectables de progestágeno solo, un DIU de cobre o un DIU liberador de levonorgestrel (DIU-LNG).
- Si utiliza estos medicamentos a corto plazo, puede usar un método de respaldo junto con los AOP.

Migrañas (véase “Identificación de las migrañas y las auras migrañosas”, p. 436.)

- Una mujer que tenga migrañas con o sin aura puede comenzar a utilizar los AOP con seguridad.
- Si presenta migrañas sin aura mientras toma los AOP, puede seguir usándolos si quiere.
- Si presenta un aura migrañosa mientras toma los AOP, debe dejar de usarlos. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Ciertas afecciones graves (sospecha de coágulos sanguíneos en las venas profundas de piernas [trombosis venosa profunda] o los pulmones [embolia pulmonar], enfermedad hepática o cáncer de mama). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- Dígale que suspenda los AOP.
- Proporciónale un método de respaldo para que lo use hasta que se evalúe su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y asistencia.

Cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial (cardiopatía isquémica) **o accidente cerebrovascular**

- Si la mujer presenta alguna de estas afecciones puede comenzar a tomar AOP con seguridad. Sin embargo, si la afección aparece o empeora después de empezar a tomar los AOP, deberá suspenderlos. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y asistencia.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico.
- Dígale que deje de tomar los AOP si se confirma el embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer está tomando AOP (véase la pregunta 4, p. 46).

Preguntas y respuestas sobre los anticonceptivos orales de progestágeno solo

1. ¿Una mujer que está amamantando puede usar AOP con seguridad?

En el 2016, la OMS consideró esta cuestión y actualizó su orientación para permitir que una mujer use AOP después del parto, con independencia de cuán recientemente haya dado a luz. No necesita esperar hasta 6 semanas después del parto. Los AOP son seguros tanto para la madre como para el hijo, y no afectan a la producción de leche materna.

2. ¿Qué debe hacer una mujer cuando deje de amamantar a su hijo? ¿Puede seguir tomando AOP?

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

3. ¿Los AOP se pueden tomar a cualquier edad?

Sí. No hay una edad mínima o máxima para usarlos.

Los AOP pueden ser un método adecuado para las adolescentes. Las adolescentes que están amamantando tienen la misma necesidad de un método efectivo para espaciar los nacimientos que las mujeres de más edad. Pueden necesitar apoyo y estímulo adicionales para usar los AOP sistemática y eficazmente.

4. ¿Los AOP causan defectos congénitos? ¿El feto resultará dañado si una mujer toma accidentalmente AOP estando embarazada?

No. Hay buenas evidencias de que los AOP no causarán defectos congénitos ni dañarán de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras estaba tomándolos o si comienza accidentalmente a tomarlos cuando ya está embarazada.

5. ¿Cuánto tiempo tarda una mujer en quedarse embarazada después de dejar de tomar los AOP?

Las mujeres que dejan de tomar AOP pueden quedarse embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos anticonceptivos no hormonales. Los AOP no retrasan la recuperación de la fertilidad de la mujer tras dejar de tomarlos. En general, el patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a tomar los AOP se recupera cuando deja de tomarlos. Algunas mujeres quizás tengan que esperar unos pocos meses antes de que se restablezca el patrón de sangrado habitual.

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

Probablemente no, sobre todo si está amamantando. Si ha estado tomando las píldoras todos los días es probable que no esté embarazada y puede seguir tomándolas. Si después de informarla sigue preocupada, se le puede ofrecer una prueba de embarazo, si está disponible, o derivarla para que se la haga. Si le molesta o preocupa no tener la menstruación, puede ser útil pasar a otro método, pero que no sea un método con progestágeno solo. Estos métodos anticonceptivos a veces interrumpen la menstruación.

7. ¿Hay que tomar los AOP todos los días?

Sí. Todas las píldoras del envase de AOP contienen la hormona que evita el embarazo. Si la mujer no toma una píldora todos los días —especialmente si no está amamantando— puede quedarse embarazada. (Por el contrario, las 7 últimas píldoras de un envase de 28 píldoras de AOC no son activas. No contienen hormonas.)

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

Sí, por dos razones. La cantidad de hormona que contienen los AOP es muy pequeña, y tomar la píldora más de 3 horas tarde (más de 12 horas tarde en el caso de los AOP que contienen desogestrel en dosis de 75 mg) podría reducir su efectividad en las mujeres que no están amamantando. (Las mujeres que están amamantando tienen la protección adicional frente al embarazo que proporciona la lactancia materna, por lo que tomar las píldoras tarde no resulta tan arriesgado.) Además, tomar una píldora todos los días a la misma hora puede ayudar a que la mujer se acuerde de tomar las píldoras de manera más sistemática. Vincular la toma de pastillas a una actividad cotidiana también ayuda a que la mujer se acuerde de tomarlas.

9. ¿Los AOP provocan cáncer?

No. Hay pocos estudios de gran tamaño sobre los AOP y el cáncer, pero los resultados de estudios de menor tamaño sobre los AOP son tranquilizadores. En estudios de mayor tamaño sobre los implantes no se ha evidenciado ningún aumento del riesgo de cáncer. Los implantes contienen hormonas similares a las utilizadas en los AOP, y durante los primeros años de uso del implante su dosis es aproximadamente el doble.

10. ¿Pueden usarse los AOP como píldora anticonceptiva de urgencia (PAU) después de tener relaciones sexuales sin protección?

Sí. Cuanto antes, y sin que pasen más de 5 días después de las relaciones sexuales sin protección, una mujer puede tomar AOP como PAU (véase “Formulaciones y posología de las píldoras para la anticoncepción de urgencia”, p. 55). Dependiendo del tipo de AOP, deberá tomar entre 40 y 50 píldoras: son muchas píldoras, pero no hay peligro porque cada píldora contiene muy poca cantidad de hormona.

11. ¿Los AOP modifican el estado de ánimo o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan AOP refieren esos síntomas. Por el contrario, la gran mayoría de las usuarias de AOP no refieren ningún cambio de ese tipo, y algunas indican que ha mejorado tanto su estado de ánimo como su deseo sexual. Es difícil afirmar si este tipo de cambios se deben a los AOP o a otros motivos. Los proveedores pueden ayudar a las usuarias que presentan estos problemas (véase “Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual”, p. 43). No hay indicios de que los AOP afecten al comportamiento sexual de las mujeres.

12. ¿Qué se debe hacer si una usuaria de AOP tiene un quiste de ovario?

La gran mayoría de los quistes no son quistes verdaderos sino estructuras del ovario (folículos) llenas de líquido que siguen creciendo más de lo habitual en un ciclo menstrual normal. Pueden causar algún dolor abdominal leve, pero solo requieren tratamiento si se produce un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura. Estos folículos suelen desaparecer sin tratamiento (véase “Dolor intenso en la parte inferior del abdomen”, p. 44).

13. ¿Los AOP aumentan el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, los AOP reducen el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son raros en las usuarias de AOP. La tasa anual de embarazos ectópicos entre mujeres que utilizan AOP es de 48 por 10.000 mujeres. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres de los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por 10.000 mujeres.

En las raras ocasiones en que los AOP fallan y se produce el embarazo, 5 a 10 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la gran mayoría de los embarazos que se producen después del fracaso de los AOP no son ectópicos. De todos modos, el embarazo ectópico puede ser potencialmente mortal, por lo que el proveedor debe ser consciente de que el embarazo ectópico es posible si fallan los AOP.

Píldoras anticonceptivas de urgencia

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU) ayudan a la mujer a evitar el embarazo cuando tiene relaciones sexuales sin haber usado algún método anticonceptivo.**
- **Las PAU ayudan a prevenir el embarazo cuando se toman hasta 5 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.** Cuanto antes se tomen, mejor.
- **No alteran el curso de un embarazo ya existente.**
- **Las PAU son seguras para todas las mujeres,** incluidas las que no pueden usar de continuo métodos anticonceptivos hormonales.
- **Proporcionan una oportunidad para que la mujer empiece a utilizar un método continuo de planificación familiar.**
- **Se pueden usar varias opciones como PAU.** Tanto los productos especialmente diseñados como los anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP) y los anticonceptivos orales combinados (AOC) pueden actuar como anticonceptivos de urgencia.

¿Qué son las píldoras anticonceptivas de urgencia?

- En ocasiones se las denomina “píldoras del día después” o anticonceptivos poscoitales.
- Actúan previniendo o retrasando la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). No tienen efecto si la mujer ya está embarazada.

(El dispositivo intrauterino [DIU] de cobre también puede usarse para la anticoncepción de urgencia. Véase la p. 166.)

¿Qué píldoras pueden usarse como PAU?

- Un producto especial de PAU con levonorgestrel solo o acetato de ulipristal (AUP).
- Píldoras de progestágeno solo, con levonorgestrel o norgestrel.
- Anticonceptivos orales combinados, con un estrógeno y un progestágeno: levonorgestrel, norgestrel o noretindrona (también denominada noretisterona).

¿Cuándo hay que tomarlas?

- *Lo antes posible después de tener relaciones sexuales sin protección.* Cuanto antes se tomen las PAU después de tener relaciones sexuales sin protección, más posibilidades hay de evitar el embarazo.
- Pueden ayudar a prevenir el embarazo cuando se toman hasta 5 días después de haber tenido relaciones sexuales sin protección.

¿Cuán efectivas son?

- Si 100 mujeres tuvieran relaciones sexuales una vez durante la segunda o la tercera semana del ciclo menstrual sin usar anticonceptivos, probablemente 8 de ellas se quedarían embarazadas.
- Si las 100 mujeres usaran PAU de acetato de ulipristal, probablemente menos de 1 de ellas se quedaría embarazada.
- Si las 100 mujeres usaran PAU de progestágeno solo, probablemente 1 de ellas se quedaría embarazada.
- Si las 100 mujeres usaran PAU de estrógeno y progestágeno combinados, probablemente 2 de ellas se quedarían embarazadas.



Recuperación de la fertilidad tras suspender las PAU: Sin demora. Después de tomar las PAU, una mujer puede quedarse embarazada de inmediato. Tomar las PAU solamente previene el embarazo fruto de relaciones sexuales que tengan lugar en los 5 días anteriores a la toma; no protegen a la mujer del embarazo fruto de relaciones sexuales que tengan lugar más de 24 horas después de haberlas tomado. Para mantenerse protegida del embarazo, la mujer debe comenzar de inmediato a utilizar otro método anticonceptivo (véase “Planificación de la anticoncepción continua”, p. 61).

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 61)

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios de los patrones de sangrado, entre otros:
 - Leve sangrado irregular durante 1 o 2 días después de tomar las PAU
 - Menstruación que comienza antes o después de lo previsto

En los primeros días después de tomar las PAU:

- Náuseas[‡]
- Dolor abdominal
- Fatiga
- Cefaleas
- Mayor sensibilidad en los senos
- Mareos
- Vómitos[‡]

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

[‡] Las mujeres que utilizan formulaciones de PAU con progestágeno solo o acetato de ulipristal son menos proclives a presentar náuseas y vómitos que las que utilizan formulaciones de PAU con estrógeno y progestágeno combinados.

Aclarar malentendidos (“Preguntas y respuestas”, p. 62)

Las píldoras anticonceptivas de urgencia:

- Pueden ser usadas por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes.
- No causan abortos.
- No impiden ni afectan a la implantación.
- No causan defectos congénitos si se produce el embarazo.
- No son peligrosas para la salud de la mujer.
- No aumentan el comportamiento sexual de riesgo.
- No provocan infertilidad a la mujer.
- Poder usarse más de una vez en un ciclo.

Evite procedimientos innecesarios

- La mujer puede tomar PAU cuando lo necesite sin tener que consultar primero a un proveedor de atención de la salud.
- No se necesitan procedimientos ni pruebas antes de tomar las PAU. La excepción es el caso de una mujer que no haya tenido la última menstruación prevista: en tal caso debe hacerse una prueba de embarazo antes de tomar PAU de acetato de ulipristal.

¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan las píldoras anticonceptivas de urgencia?

- Se puede utilizar según sea necesario.
- Brindan una segunda oportunidad para prevenir embarazos no deseados.
- Permiten que la mujer evite el embarazo si las relaciones sexuales fueron forzadas o si se le impidió usar anticonceptivos.
- La mujer las controla.
- Reducen la necesidad de aborto provocado en caso de errores de anticoncepción o si no se usa anticoncepción.
- Se pueden tener a mano si surge la necesidad.



Quién puede usar las píldoras anticonceptivas de urgencia

Son seguras y adecuadas para todas las mujeres.

Para utilizar PAU no es preciso recurrir a análisis ni a exploraciones.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de

Píldoras anticonceptivas de urgencia

Toas las mujeres pueden usar PAU de forma segura y efectiva, incluidas las que no pueden utilizar de continuo métodos anticonceptivos hormonales. Debido a la brevedad de su uso, no existen afecciones médicas que hagan que las PAU no sean seguras para cualquier mujer.

Suministro de píldoras anticonceptivas de urgencia

Las PAU pueden ser necesarias en diferentes situaciones. Sin embargo, muchas mujeres no las conocen. Conocer las PAU beneficia particularmente a las mujeres que usan métodos anticonceptivos que dependen de la usuaria, como las píldoras o los preservativos.

Si es posible, suministre con antelación PAU a todas las mujeres que puedan necesitarlas. Si no es posible suministrarlas con antelación, en algunos entornos se puede dar una receta por adelantado o se le puede decir a la mujer dónde puede obtenerlas localmente.

Proporcionar un suministro de PAU por adelantado es útil porque la mujer puede guardarlas por si las necesita. Cuando las mujeres necesitan utilizar las PAU, es más probable que lo hagan si ya las tienen. Además, el hecho de tenerlas a disposición les permite tomarlas lo antes posible después de mantener relaciones sexuales sin protección, lo cual hace que sean más efectivas.

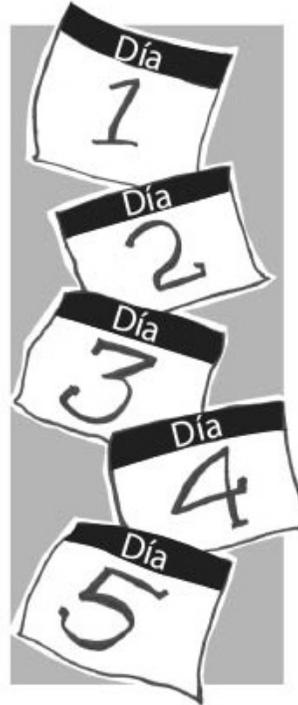
Cuándo utilizarlas

- En cualquier momento en el plazo máximo de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección. Cuanto antes se tomen las PAU después de la relación sexual sin protección, más efectivas son.

Las PAU son apropiadas en muchas situaciones

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

- Una agresión sexual
- Cualquier relación sexual sin protección
- Equivocaciones en el uso de métodos anticonceptivos, como las siguientes:
 - El preservativo se usó incorrectamente, se deslizó o se rompió.
 - La pareja utilizó incorrectamente un método basado en el conocimiento de la fertilidad (por ejemplo, no se abstuvo o no utilizó otro método durante los días fértiles)
 - El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular.
 - La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección tras haber dejado de tomar 3 o más píldoras de AOC, o ha comenzado un nuevo envase con 3 o más días de demora.
 - El dispositivo intrauterino (DIU) no permanece en su lugar.
 - La mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección cuando tenía un retraso superior a 4 semanas respecto a la fecha prevista para recibir la siguiente inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD), superior a 2 semanas para recibir la siguiente inyección de enantato de noretindrona (EN NET), o superior a 7 días para recibir la siguiente inyección mensual.



Formulaciones y posología de las píldoras anticonceptivas de urgencia

Tipo de píldora y hormona	Formulación	Píldoras a ingerir		
		Al principio	12 horas después	
Productos de PAU específicos				
Progestágeno solo	1,5 mg de LNG	1	0	
	0,75 mg de LNG	2	0	
Acetato de ulipristal	30 mg de acetato de ulipristal	1	0	
Píldoras anticonceptivas orales usadas para la anticoncepción de urgencia				
Anticonceptivos orales combinados (estrógeno y progestágeno)	0,02 mg de EE + 0,1 mg de LNG	5	5	
	0,03 mg de EE + 0,15 mg de LNG	4	4	
	0,03 mg de EE + 0,15 mg de LNG	4	4	
	0,03 mg de EE + 0,125 mg de LNG	4	4	
	0,05 mg de EE + 0,25 mg de LNG	2	2	
	0,03 mg de EE + 0,3 mg de norgestrel	4	4	
	0,05 mg de EE + 0,5 mg de norgestrel	2	2	
	Anticonceptivos orales de progestágeno solo	0,03 mg de LNG	50*	0
		0,0375 mg de LNG	40*	0
		0,075 mg de norgestrel	40*	0

* Muchas píldoras, pero son seguras. Véase la pregunta 8, p. 63.

LNG: levonorgestrel; EE: etinilestradiol.

Para obtener información sobre las marcas de PAU y de píldoras anticonceptivas orales, véanse el sitio web sobre anticoncepción de urgencia de la Universidad de Princeton (https://ec.princeton.edu/es_index.html) y el sitio web del International Consortium for Emergency Contraception (<http://www.cecinfo.org>).

Suministro de píldoras anticonceptivas de urgencia

1. Suministre la píldora (o las píldoras)	<ul style="list-style-type: none">• La mujer puede tomar la píldora o las píldoras de inmediato.• Si utiliza un esquema de 2 dosis, díglele que tome la siguiente dosis al cabo de 12 horas.
2. Describa los efectos secundarios más frecuentes	<ul style="list-style-type: none">• Náuseas, dolor abdominal, posiblemente otros.• Sangrado leve o alteraciones de la cronología de la menstruación.• Los efectos secundarios no son signos de enfermedad y no duran mucho tiempo. La mayoría de las mujeres no tienen los efectos secundarios.
3. Explique qué hacer en caso de efectos secundarios	<ul style="list-style-type: none">• Náuseas:<ul style="list-style-type: none">– No se recomienda utilizar sistemáticamente medicamentos contra las náuseas.– Las mujeres que han tenido náuseas al usar anteriormente PAU o con la primera dosis de un esquema de 2 dosis pueden tomar medicamentos contra las náuseas, como el clorhidrato de meclizina en dosis de 25–50 mg (por ejemplo, Agyrax, Antivert, Bonine, Postafene) entre media hora y una hora antes de tomar las PAU.• Vómitos:<ul style="list-style-type: none">– Si la mujer vomita en el plazo máximo de 2 horas desde la toma de las PAU de progestágeno solo o las PAU de estrógeno y progestágeno combinados, debe tomar otra dosis. Si vomita en el plazo máximo de 3 horas desde la toma de PAU de acetato de ulipristal, debe tomar otra dosis. (Puede tomar medicación contra las náuseas con esta otra dosis, como se ha señalado más atrás.) Si persisten los vómitos, puede usar otra dosis de PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados colocando las píldoras en la parte superior de la vagina. Si el vómito ocurre más de 2 horas después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados, o 3 horas después de tomar PAU de acetato de ulipristal, entonces no necesita tomar ninguna píldora adicional.
4. Suministre más PAU y ayúdela a comenzar a utilizar un método continuo	<ul style="list-style-type: none">• De ser posible, dele más PAU para que se las lleve a casa, por si las necesitara en el futuro.• Véase “Planificación de la anticoncepción continua”, p. 61.
5. Seguimiento	<ul style="list-style-type: none">• Anímela a regresar para hacerse una prueba temprana de embarazo si la menstruación se retrasa más de 7 días.

Ayuda a la usuaria

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

No es necesario hacer sistemáticamente una consulta de control. Sin embargo, indíquele a cada usuaria que puede regresar cuando quiera y también si:

- Cree que puede estar embarazada, sobre todo si no tiene la menstruación o si la siguiente menstruación se retrasa más de 7 días.
- No comenzó un método anticonceptivo continuo de inmediato y ahora quiere utilizar uno.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la decisión de la mujer de utilizar las PAU.
- Comprender y apoyar su necesidad de elegir y usar un método continuo.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las PAU en el caso de que vuelva a necesitarlas.
- Si la mujer necesitó tomar las PAU debido a una equivocación con un método anticonceptivo, comprender y apoyar el uso correcto del método o comentar el uso de un método diferente.



Cuándo comenzar o reanudar la anticoncepción después de usar las PAU

Método

Cuándo comenzar o reanudar la anticoncepción

Métodos hormonales (AOC, AOP, inyectables de progestágeno solo, inyectables mensuales, implantes, parches anticonceptivos combinados, anillos vaginales anticonceptivos combinados)

Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados:

- Puede comenzar o reanudar cualquier método anticonceptivo inmediatamente después de tomar las PAU. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.*
 - Las usuarias continuas de anticonceptivos orales que necesiten PAU debido a un error pueden volver a usarlos como antes. No tienen que comenzar un nuevo envase.
 - Las usuarias de parches deben colocarse un nuevo parche.
 - Las usuarias de anillos vaginales deben seguir las instrucciones de la p. 126 en caso de que se reemplace o retire el anillo con retraso.
- Todas las mujeres tienen que abstenerse de mantener relaciones sexuales o bien usar un método de respaldo* durante los 7 primeros días de uso de su método anticonceptivo.
- Si una mujer no comienza de inmediato, pero regresa en busca de un método anticonceptivo, puede comenzar cualquier método anticonceptivo en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP):

- Puede comenzar o reanudar el uso de cualquier método anticonceptivo que contenga un progestágeno el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.* (Si comienza a utilizar antes de tiempo un método anticonceptivo que contenga un progestágeno, tanto el progestágeno como el acetato de ulipristal pueden ser menos efectivos).
 - Si quiere usar AOC, anillos vaginales o parches, súmístrelos y dígame que comience a usarlos el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal. Si quiere usar inyectables o implantes, concierte una cita para proporcionárselos el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal o tan pronto como pueda después de esa fecha.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Método**Cuándo comenzar o reanudar la anticoncepción**

- Todas las mujeres tienen que usar un método de respaldo* desde el momento en que tomen las PAU de acetato de ulipristal y hasta que lleven usando un método anticonceptivo hormonal durante 7 días (o 2 días en el caso de los AOP).
- Si no comienza en el sexto día, pero regresa más tarde en busca de un método anticonceptivo, puede comenzar a utilizar cualquier método anticonceptivo en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Dispositivo intrauterino de levonorgestrel**Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados:**

- Se le puede insertar el DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) *en cualquier momento si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).
- Debe usar un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción del DIU-LNG.

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal:

- Se le puede insertar el DIU-LNG el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal *si se puede determinar que no está embarazada*.
 - Si quiere usar el DIU-LNG, concierte una cita para insertárselo el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal o tan pronto como pueda después de esa fecha.
- Tendrá que usar un método de respaldo desde el momento en que tomó las PAU de acetato de ulipristal y hasta 7 días después de la inserción del DIU-LNG.
- Si no se le inserta el DIU-LNG el sexto día, sino que la mujer regresa más tarde, se le puede insertar el DIU en cualquier momento si se puede determinar que no está embarazada.

Dispositivo intrauterino de cobre**Después de tomar PAU de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados, o de acetato de ulipristal:**

- Si decide usar un DIU de cobre después de tomar las PAU, el DIU se le puede insertar el mismo día en que tome las PAU. No es necesario un método de respaldo.

(Continúa en la siguiente página)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Método

Cuándo comenzar o reanudar la anticoncepción *(continúa)*

Dispositivo intrauterino de cobre *(continúa)*

- Si no se le inserta el DIU de cobre de inmediato, sino que la mujer regresa más adelante, se le puede insertar el DIU de cobre en cualquier momento si se puede determinar que no está embarazada.

Nota: El DIU de cobre puede usarse para la anticoncepción de urgencia. Si una mujer quiere usar el DIU como anticonceptivo regular, es posible insertárselo para la anticoncepción de urgencia en el plazo de 5 días desde que tuvo relaciones sexuales sin protección y que siga utilizándolo (véase “DIU de cobre”, p. 155).

Esterilización femenina

Después de tomar PAU de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados, o de acetato de ulipristal:

- El procedimiento de esterilización puede hacerse en un plazo de 7 días desde el comienzo de su próxima menstruación o en cualquier otro momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Proporciónale un método de respaldo para que lo utilice hasta que se lleve a cabo el procedimiento.
-

Preservativos masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicouterinos, retiro (coito interrumpido)

Después de tomar PAU de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados, o de acetato de ulipristal:

- Inmediatamente.
-

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Después de tomar PAU de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados, o de acetato de ulipristal:

- Método de los días fijos: Cuando comience la próxima menstruación.
 - Métodos basados en los síntomas: Una vez restablecidas las secreciones normales.
 - Dele un método de respaldo para usar hasta que pueda empezar a utilizar el método anticonceptivo que haya elegido.
-

Planificación de la anticoncepción continua

1. Explíquela que las PAU no la protegerán del embarazo si tiene relaciones sexuales más de 24 horas después de tomarlas. Hable con ella sobre la necesidad y la elección de la prevención continua frente al embarazo y, si está en riesgo, sobre la protección frente a las ITS, incluida la infección por el VIH (véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, p. 329).
2. Si la mujer no desea comenzar a utilizar un método anticonceptivo ahora, proporciónale preservativos o un ciclo de anticonceptivos orales y pídale que los use si cambia de opinión. Dele instrucciones sobre cómo usarlos. Invítela a regresar cuando lo desee, si quiere utilizar otro método o tiene preguntas o problemas.
3. Si es posible, dele más PAU para que las use en el futuro si tiene relaciones sexuales sin protección. Es posible que las necesite si vuelve a tener relaciones sexuales sin protección incluso 24 horas después de haber tomado las PAU anteriores.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios

Pueden o no ser debidos al método.

Sangrado irregular leve

- El sangrado irregular debido a las PAU concluirá sin necesidad de tratamiento.
- Asegúrele a la mujer que no es un signo de enfermedad ni de embarazo.

Cambio en el momento en que se produce la siguiente menstruación o sospecha de embarazo

- La menstruación puede comenzar unos pocos días antes o después de lo previsto. Esto no es un signo de enfermedad ni de embarazo.
- Si la siguiente menstruación tiene lugar más de 7 días después de lo previsto tras tomar las PAU, haga una evaluación para detectar un posible embarazo. No existen riesgos conocidos para el feto concebido si las PAU no logran prevenir el embarazo (véase la pregunta 3, en la página siguiente).

Preguntas y respuestas sobre las píldoras anticonceptivas de urgencia

1. ¿Cómo actúan las PAU?

Las PAU impiden la liberación de un óvulo del ovario o retrasan su liberación de 5 a 7 días. Para entonces, cualquier espermatozoide que se encuentre en el aparato reproductor de la mujer habrá muerto, ya que los espermatozoides pueden sobrevivir ahí solo unos 5 días. Si se ha producido la ovulación y el óvulo ha sido fertilizado, las PAU no impiden la implantación ni interrumpen un embarazo ya establecido.

2. ¿Las PAU interrumpen un embarazo en curso?

No. Las PAU no tienen efecto si la mujer ya está embarazada.

3. ¿El feto resultará dañado si una mujer toma accidentalmente PAU estando embarazada?

No. La evidencia no indica que las PAU causen defectos congénitos ni dañen en modo alguno al feto si una mujer ya está embarazada cuando las toma o si las PAU no logran prevenir el embarazo.

4. ¿Durante cuánto tiempo las PAU protegen a la mujer del embarazo?

Las mujeres que reciben PAU deben tener bien claro que pueden quedarse embarazadas la próxima vez que tengan relaciones sexuales, a no ser que comiencen a usar otro método anticonceptivo inmediatamente. Las PAU retrasan la ovulación en algunas mujeres, por lo que es *posible que la fertilidad sea mayor poco después de tomarlas*. Si la mujer quiere tener una protección continua frente al embarazo, debe comenzar a usar otro método anticonceptivo al día siguiente, incluido un método de respaldo si el inicio de su método anticonceptivo continuo lo requiere. En particular, una mujer que haya tomado PAU de acetato de ulipristal debe dejar que transcurran 6 días antes de empezar a utilizar un anticonceptivo hormonal. Debe usar un método de respaldo durante este período.

5. ¿Pueden usarse las PAU más de una vez?

Sí. Si es necesario, las PAU se pueden tomar de nuevo, incluso en el mismo ciclo. Una mujer que necesita PAU a menudo es posible que quiera plantearse recurrir a un método de planificación familiar de acción más prolongada y que sea más efectivo.

6. ¿Las mujeres deben usar las PAU como método anticonceptivo continuo?

Una mujer puede usar las PAU siempre que lo necesite, incluso más de una vez en el mismo ciclo. Sin embargo, depender de las PAU como método continuo no es aconsejable. No es seguro que las PAU, tomadas después de cada relación sexual sean tan efectivas como los métodos anticonceptivos regulares y continuos. Además, las mujeres que toman PAU a menudo pueden tener más efectos secundarios. El uso repetido de las PAU no presenta riesgos conocidos para la salud. Sin embargo, puede ser útil hacer un tamizaje de las mujeres que

toman PAU con frecuencia en busca de afecciones de salud que puedan limitar el uso de anticonceptivos hormonales.

7. ¿Qué píldoras anticonceptivas orales pueden usarse como PAU?

Hay muchos AOC (estrógeno y progestágeno combinados) y AOP que pueden usarse como PAU. Se puede utilizar cualquier píldora que contenga las hormonas que se emplean para la anticoncepción de urgencia —levonorgestrel, norgestrel, noretindrona y cualquiera de estos progestágenos junto con un estrógeno (etinilestradiol)—.

8. ¿Es seguro tomar como PAU 40 o 50 píldoras de progestágeno solo?

Sí. Las píldoras de progestágeno solo contienen cantidades muy pequeñas de la hormona. Por lo tanto, es necesario tomar muchas píldoras para recibir la dosis total de PAU necesaria. Por el contrario, la dosis de PAU con anticonceptivos orales combinados (estrógeno y progestágeno) suele ser de 2 a 5 píldoras en cada una de las 2 dosis, tomadas con 12 horas de diferencia. No se deben tomar 40 o 50 píldoras de AOC (estrógeno y progestágeno) como PAU.

Para las mujeres que han sido usuarias continuas de AOP, este puede ser el método de anticoncepción de urgencia más conveniente o el único método disponible a tiempo.

9. ¿Qué es el acetato de ulipristal?

El acetato de ulipristal (AUP) es un antiprogestágeno, es decir modifica la actividad de la progesterona natural en el ciclo menstrual de la mujer. Por lo tanto, como otras PAU, las de acetato de ulipristal probablemente actúan inhibiendo o retrasando la liberación de un óvulo del ovario (ovulación). Para que la efectividad sea óptima, todas las PAU deben tomarse lo antes posible. Las PAU de acetato de ulipristal pueden ser más efectivas que otras PAU entre 72 horas y 120 horas después de haber tenido relaciones sexuales sin protección. Se comercializan en Europa desde el 2009 y recibieron la autorización de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) en el 2010 para su uso como anticonceptivo de urgencia. Ahora se comercializan en más de 50 países. Las PAU de acetato de ulipristal no están indicadas para el uso continuo como anticonceptivos orales.

10. ¿Son las PAU seguras para las mujeres con infección por el VIH? ¿Las mujeres que reciben tratamiento antirretroviral pueden usar las PAU con seguridad?

Sí. Las mujeres con infección por el VIH y las que reciben tratamiento antirretroviral pueden usar con seguridad las PAU.

11. ¿Las PAU son adecuadas para las adolescentes?

Sí. En un estudio sobre uso de PAU en adolescentes de 13 a 16 años se observó que eran seguras. Además, todas las participantes en el estudio pudieron utilizar las PAU correctamente. Por otra parte, el acceso a las PAU no influye en comportamiento sexual.

Las adolescentes podrían necesitar en particular las PAU debido a las altas tasas de relaciones sexuales forzadas, al estigma asociado a la obtención de anticonceptivos, a la limitada capacidad de planificar las relaciones sexuales y a los errores en el uso de los anticonceptivos.

12. ¿Puede utilizar las PAU con seguridad una mujer que no pueda usar píldoras de AOC (estrógeno y progestágeno combinados) o AOP como método anticonceptivo continuo?

Sí. Esto se debe a que el tratamiento con PAU es muy breve y la dosis es pequeña.

13. Si las PAU no lograron prevenir el embarazo, ¿tiene la mujer mayor probabilidad de que el embarazo sea ectópico?

No. No ninguna evidencia de que las PAU aumenten el riesgo de embarazo ectópico. En estudios a escala mundial sobre las PAU de progestágeno solo, incluida una revisión de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA), no se han encontrado tasas de embarazo ectópico después del fracaso de las PAU superiores a las observadas en los embarazos en general.

14. ¿Por qué hay que dar las PAU a las mujeres antes de que las necesiten? ¿Eso no las disuadirá de usar anticonceptivos o afectará de alguna otra manera al uso de los mismos?

No. En estudios de mujeres a las que se les proporcionaron las PAU con antelación se ha observado que:

- Después de tener relaciones sexuales sin protección, las mujeres que tenían las PAU a disposición las tomaron antes que las mujeres que tuvieron que ir en su busca. Cuanto antes se tomen las PAU es más probable que sean efectivas.
- La probabilidad de utilizar las PAU en el momento necesario fue superior en las mujeres a las que se les proporcionaron por adelantado que en las que tuvieron que consultar a un proveedor de atención de salud para conseguirlas.
- Las mujeres continuaron usando otros métodos anticonceptivos como lo hacían antes de obtener las PAU por adelantado.
- Las mujeres no tuvieron relaciones sexuales sin protección con más frecuencia.

Si las PAU requieren una receta y no es posible suministrarlas por adelantado, dele a la mujer una receta que pueda utilizar cuando lo necesite.

15. Si una mujer compra PAU sin receta, ¿puede usarlas correctamente?

Sí. Tomar las PAU es sencillo y no requiere supervisión médica. Los estudios realizados revelan que tanto las mujeres jóvenes como las adultas encuentran que la información sobre el producto y las instrucciones son fáciles de entender. En algunos países (Canadá, China, India, Estados Unidos y muchos más en todo el mundo) se ha autorizado la venta sin receta de las PAU.

Inyectables de progestágeno solo

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Los cambios en el sangrado son frecuentes, pero no son perjudiciales.** Lo habitual es que haya sangrados irregulares los primeros meses y que luego no haya menstruación.
- **Retorno para recibir las inyecciones con regularidad.** Para que la efectividad sea óptima, es importante regresar cada 3 meses (13 semanas) en el caso de la inyección de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) o cada 2 meses si se trata de la inyección de enantato de noretindrona (EN-NET). La inyección subcutánea del AMPD puede autoadministrarse.
- **La siguiente inyección puede administrarse hasta con 4 semanas de retraso en el caso del AMPD o hasta con 2 semanas de retraso en el caso del EN-NET.** Incluso si regresa con retraso, la usuaria aún puede recibir la inyección.
- **El aumento gradual de peso es frecuente,** entre 1 y 2 kg por año por término medio.
- **Con frecuencia, hay una demora en la recuperación de la fertilidad.** En promedio, tras suspender el uso de los inyectables de progestágeno, solo se necesitan varios meses más para que la mujer se quede embarazada que cuando se suspenden otros métodos anticonceptivos.

¿Qué son los inyectables de progestágeno solo?

- Tanto el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y el enantato de noretindrona (EN-NET) son anticonceptivos inyectables que contienen un progestágeno similar a la hormona natural producida en el cuerpo de la mujer. (En cambio, los inyectables combinados anticonceptivos contienen tanto un estrógeno como un progestágeno y se deben administrar mensualmente. Véase el capítulo 5, “Inyectables mensuales”).
- No contienen estrógenos, por lo que pueden ser utilizados durante la lactancia materna, a partir de las 6 semanas después del parto, y por mujeres que no pueden usar métodos anticonceptivos con estrógenos.
- Tras la inyección, la hormona se libera lentamente en el torrente sanguíneo.



- Suelen inyectarse en el músculo (inyección intramuscular). Una nueva formulación de AMPD puede inyectarse justo debajo de la piel (inyección subcutánea). (Véase el recuadro “El AMPD en inyección subcutánea”, p. 69).
- Al inyectable de AMPD, el inyectable de progestágeno solo más utilizado, también se lo conoce en su forma intramuscular como “el pinchazo”, “la dosis”, “la inyección”, Depo, Depo Provera y Petogen. La versión subcutánea (AMPD SC) se presenta en dos formas: en el sistema de inyección Uniject se comercializa actualmente con el nombre de Sayana Press y en jeringas hipodérmicas monodosis precargadas y desechables como Depo subQ provera 104. El sistema Uniject permite que las usuarias que lo deseen puedan autoinyectarse fácilmente el AMPD SC.
- En cuanto al EN-NET, también se lo conoce como Noristerat, Norigest y Syngestal. (Para ver las diferencias entre los inyectables de AMPD y de EN-NET, véase la guía de ayuda “Comparación de inyectables”).
- Los inyectables de progestágeno solo actúan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende de que aplicación regular de las inyecciones: El riesgo de embarazo es mayor cuando la usuaria no recibe una inyección.

- Tal como suelen utilizarse, durante el primer año se registran cerca de 4 embarazos por cada 100 usuarias de inyectables de progestágeno solo. Esto significa que 96 cada 100 mujeres que usan estos inyectables no se quedarán embarazadas.
- Cuando las mujeres reciben las inyecciones a tiempo, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de inyectables de progestágeno solo (concretamente, se esperarían solo 2 embarazo cada 1.000 mujeres que utilizan este método).

Recuperación de la fertilidad tras suspender las inyecciones: Por término medio, recuperar la fertilidad lleva unos 4 meses más con el AMPD y 1 mes más con el EN-NET (véase la pregunta 8 al final de este capítulo).

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



Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los inyectables de progestágeno solo

- Requieren una acción por parte de la usuaria solo cada 2 o 3 meses. No hay que tomar píldoras a diario.
- No interfieren en la actividad sexual.
- Son privados: Nadie se da cuenta de que la mujer utiliza métodos anticonceptivos.
- Suprime la menstruación (en muchas mujeres).
- Pueden hacer que la mujer aumente de peso.

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

(véase también “Manejo de problemas”, p. 89)

La mayoría de las usuarias refieren que han tenido algunos cambios en la menstruación.¹

- Los más habituales con el AMPD son los siguientes:
 - 3 primeros meses:
 - Sangrado irregular
 - Sangrado prolongado
 - Al año y después:
 - Ausencia de menstruación
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado irregular
- El EN-NET afecta los patrones de sangrado en menor medida que el AMPD.
 - 6 primeros meses:
 - Menos días de sangrado
 - Al cabo de 1 año:
 - Más probabilidades de tener menstruaciones que las usuarias del AMPD.

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

¹ Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal” en el glosario.

Algunas usuarias refieren los siguientes efectos secundarios:

- Aumento de peso (véase la pregunta 5, p. 94)
- Cefaleas
- Mareos
- Distensión y molestias abdominales
- Cambios del estado de ánimo

Otros cambios físicos posibles:

- Pérdida de densidad ósea (en gran medida reversible, véase la pregunta 11, p. 95)



Beneficios y riesgos para la salud

Beneficios conocidos para la salud

AMPD

Ayuda a proteger contra:

- Los riesgos de embarazo
- El cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial)
- Los fibromas uterinos

Pueden ayudar a proteger contra:

- La anemia ferropénica

Reducen:

- Las crisis vasooclusivas en las mujeres con anemia drepanocítica (anemia de células falciformes)
- Los síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)

EN-NET²

Ayuda a proteger contra:

- Los riesgos de embarazo
- La anemia ferropénica

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Ninguno

²NET-EN may also offer many of the other health benefits that DMPA offers, but this list of benefits includes only those for which there is available research evidence.

El AMPD en inyección subcutánea

Actualmente, se dispone de una formulación especial de AMPD, denominada AMPD SC, para uso exclusivo por vía subcutánea (SC) (justo debajo de la piel) y no para inyección intramuscular. Es más fácil aprender a aplicar la inyección subcutánea que la intramuscular.

Existen dos sistemas de inyección del AMPD SC: el dispositivo Uniject y jeringas convencionales monodosis precargadas. Ambos tienen agujas cortas para aplicar la inyección justo debajo de la piel.

Con el sistema Uniject, la usuaria presiona un depósito flexible, haciendo así que el líquido pase a través de la aguja. El AMPD SC del sistema Uniject se comercializa bajo la marca Sayana Press. Este producto puede ser particularmente útil para los programas comunitarios (véase el recuadro siguiente, “Suministro de anticonceptivos inyectables en la comunidad”). Además, las mujeres pueden aprender fácilmente a ponerse inyecciones DMPA-SC con este sistema (véase la sección de este capítulo titulada “La autoinyección puede ser una alternativa”, incluidas las instrucciones para la autoinyección, pp. 83-86).

Aclarar malentendidos(véase también “Preguntas y respuestas”, p. 93)

Inyectables de progestágeno solo:

- Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no es perjudicial y podría ayudar a prevenir la anemia. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La sangre no se acumula en su cuerpo.
- La efectividad es alta, independientemente del patrón de sangrado.
- No alteran el curso de un embarazo ya existente.
- No producen infertilidad en la mujer.

Suministro de anticonceptivos inyectables en la comunidad

Los anticonceptivos inyectables gozan de popularidad entre muchas mujeres. Este método es más fácil de conseguir cuando se ofrece tanto en la comunidad como en los consultorios.

Los trabajadores de salud no profesionales, los auxiliares de enfermería y otros proveedores comunitarios de inyectables deben recibir capacitación sobre la aplicación de inyecciones de manera segura y ser capaces de hacerlo. También deben ser capaces de hacer el tamizaje de las usuarias para determinar si están embarazadas y si cumplen los requisitos para recibir atención médica. Pueden informar a las mujeres sobre el retraso en la recuperación de la fertilidad y sobre los efectos secundarios frecuentes, como el sangrado irregular, la ausencia de menstruación y el aumento de peso, así como explicar la importancia de la doble protección si una mujer corre el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH. También pueden informar a las mujeres acerca de los diversos

(Continúa en la página siguiente)

métodos anticonceptivos disponibles, incluidos los que se encuentran en el consultorio. Para llevar a cabo estas tareas, todos los proveedores de inyectables necesitan capacitación específica basada en competencias y supervisión con apoyo. La OMS recomienda el seguimiento y la evaluación específicos de la provisión de inyectables por parte de los trabajadores de salud no profesionales (véase “¿Quién proporciona servicios de planificación familiar?”, p. 400 en el capítulo 26).

Las jeringas precargadas ayudan a los programas comunitarios

Los dispositivos de inyección precargados, de una sola dosis (monodosis) y un solo uso hacen que su aplicación tanto en la comunidad como en el hogar sea más fácil, ya que los proveedores no tienen que extraer una dosis medida del vial mediante una jeringa. Además, estos dispositivos no pueden reutilizarse, lo que previene la transmisión de infecciones. El AMPD está disponible en varios sistemas de inyección monodosis precargados. El AMPD para inyección intramuscular (AMPD IM) está disponible en jeringas autoinutilizables. La formulación subcutánea (AMPD SC), más reciente, que solo es adecuada para ser inyectada justo debajo de la piel, y se presenta en el sistema de inyección Uniject (con el nombre comercial de Sayana Press), así como en jeringas convencionales de un solo uso precargadas y desechables (comercializadas como Depo SubQ Provera 104) (véase el recuadro “El AMPD en inyección subcutánea”, en la página anterior). El AMPD SC, particularmente en el sistema Uniject, probablemente hará más fácil la aplicación de las inyecciones de AMPD en la comunidad y en el hogar. De hecho, las mujeres pueden aprender a ponerse la inyección con esta formulación (véase “Enseñar a las usuarias a ponerse la inyección”, pp. 83-86).

Colaboración, en las comunidades y los consultorios

Para tener éxito, los proveedores que trabajan en los consultorios y los proveedores comunitarios deben trabajar en estrecha colaboración. Los programas varían, pero estas son algunas de las maneras en que los proveedores que trabajan en los consultorios pueden apoyar a los proveedores comunitarios:

- controlando los efectos secundarios (véase “Manejo de problemas”, pp. 89-92);
- usando el juicio clínico en lo que respecta a la elegibilidad desde el punto de vista médico en casos especiales (véase “Uso del juicio clínico en casos especiales”, p. 74);
- descartando el embarazo en las mujeres que tienen un retraso superior a 4 semanas respecto a la fecha prevista para recibir la siguiente inyección de AMPD o superior a 2 semanas en el caso del EN-NET (véase “Conducta a seguir en caso de inyecciones aplicadas con retraso”, p. 88);
- respondiendo a las inquietudes de las usuarias derivadas por los proveedores comunitarios.

El consultorio también puede servir de “base” para los proveedores comunitarios, un lugar adonde acuden para reabastecerse, ser supervisados, recibir capacitación y asesoramiento, y entregar sus registros.

Quién puede y quién no puede usar inyectables de progestágeno solo

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Pueden usar inyectables de progestágeno solo de manera segura y efectiva casi todas las mujeres:

- que hayan tenido hijos o no;
- que estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- si recientemente se han sometido a un aborto provocado o han tenido un aborto espontáneo;
- si fuman, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen;
- si están amamantando, comenzando 6 semanas después del parto;
- si tienen una infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral (véase “Inyectables de progestágeno solo para mujeres con infección por el VIH”, p. 74);
- que corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH u otras ITS.

Evite procedimientos innecesarios

(véase “Importancia de los procedimientos” en el capítulo 26, “Provisión de servicios de planificación familiar”, p. 396)

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables de progestágeno solo:

- sin una exploración ginecológica;
- sin un análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio habituales;
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino;
- sin una exploración de las mamas;
- sin hacerse una prueba de embarazo:
 - una mujer puede empezar a usar inyectables de progestágeno en cualquier momento, incluso si no tiene la menstruación en ese momento, solo si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Es aconsejable medir la tensión arterial antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, cuando los riesgos de embarazo son altos y hay pocos métodos disponibles, no se debe negar a la mujer un método anticonceptivo hormonal simplemente porque no se le pueda medir la tensión arterial. Si es posible, se le puede tomar la tensión arterial más tarde, en un momento y un lugar que le resulten cómodos.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de

inyectables de progestágeno solo

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la usuaria responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a utilizar inyectables de progestágeno solo si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a usar los inyectables de progestágeno solo.

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

- No **Sí Ya** a las 6 semanas después del parto la usuaria puede comenzar a usar inyectables de progestágeno solo (véase “Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva” o “Lactancia materna parcial”, en la sección “Cuándo comenzar”, p. 76).

2. ¿Tiene cirrosis hepática grave o un tumor hepático grave?

- No **Sí Si** la usuaria que tiene una cirrosis grave o un tumor hepático grave, como el cáncer hepático, no le proporcione inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

3. ¿Tiene hipertensión arterial?

- No **Sí Si** es posible, compruebe su tensión arterial.
- Si la usuaria actualmente recibe tratamiento para la hipertensión y está bien controlada, o si su tensión arterial es inferior a 160/100 mm Hg, proporciónale inyectables de progestágeno solo.
 - Si la tensión arterial sistólica es de 160 mm Hg o superior, o la tensión arterial diastólica es de 100 mm Hg o superior, no le proporcione inyectables progestágeno solo. Si ni los inyectables de progestágeno solo ni ningún método que contenga estrógeno son adecuados para la usuaria; ayúdela a elegir otro método.
 - Si la usuaria refiere que ha tenido hipertensión en el pasado, y usted no puede tomarle la tensión arterial, proporciónale inyectables de progestágeno solo.

4. ¿Ha tenido diabetes durante más de 20 años o daños en las arterias, en la visión, en los riñones o en el sistema nervioso causados por la diabetes?

- No **Sí No** le proporcione inyectables de progestágeno solo. Si ni los inyectables de progestágeno solo ni ningún método que contenga estrógeno son adecuados para la usuaria; ayúdela a elegir otro método.

5. ¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular, un coágulo sanguíneo en las piernas o los pulmones, un infarto de miocardio u otros problemas cardíacos graves?

- No **Sí Si** la usuaria refiere que ha padecido un infarto de miocardio, una cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial, o un accidente cerebrovascular, no le proporcione inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método, uno sin estrógenos. Si refiere que en el momento presente tiene un coágulo sanguíneo en una pierna (en venas profundas, no en venas superficiales) o en un pulmón y no recibe tratamiento anticoagulante, ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

- No **Sí Si** la usuaria tiene una hemorragia vaginal inexplicable que sugiere un embarazo o una afección médica subyacente, los inyectables de progestágeno solo podrían dificultar el diagnóstico y el seguimiento de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada y tratada, pero que no sean implantes ni un DIU de cobre o un DIU hormonal. Después del tratamiento, vuelva a evaluar la elegibilidad de la usuaria para el uso de inyectables de progestágeno solo.

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

- No **Sí No** le proporcione inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

8. ¿Tiene alguna afección que pueda aumentar su probabilidad de padecer una cardiopatía (enfermedad de las arterias coronarias) o un accidente cerebrovascular, como la hipertensión arterial y la diabetes?

- No **Sí No** le proporcione inyectables de progestágeno solo. Ayúdela a elegir otro método, uno sin estrógenos.

Además, las mujeres no deben usar inyectables de progestágeno solo si refieren que tienen lupus con anticuerpos antifosfolipídicos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos) y no reciben tratamiento inmunodepresor, o si tienen trombocitopenia grave. Para ver las clasificaciones completas, véase el apéndice D, “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”.

Asegúrese de explicar los beneficios y los posibles riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria elija. Mencione también cualquier circunstancia o afección que pueda hacer que el método no sea recomendable para esa usuaria en particular.

Uso del juicio clínico en casos especiales

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar inyectables de progestágeno solo. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar inyectables de progestágeno solo. El proveedor debe considerar la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Está amamantando y han pasado menos de 6 semanas desde el parto (considerando los riesgos de otro embarazo y que es posible que la mujer tenga acceso limitado a los inyectables más adelante).
- Hipertensión arterial grave (sistólica de 160 mm Hg o superior o diastólica de 100 mm Hg o superior).
- Trombosis aguda en venas profundas de las piernas o embolia pulmonar aguda.
- Antecedentes de cardiopatía o cardiopatía actual por bloqueo o estrechamiento de las arterias (cardiopatía isquémica).
- Antecedentes de accidente cerebrovascular.
- Múltiples factores de riesgo de arteriopatía cardiovascular, como la diabetes y la hipertensión arterial.
- Sangrado vaginal sin causa aparente antes de la evaluación de posibles afecciones graves subyacentes.
- Antecedentes de cáncer de mama hace más de 5 años, sin recidiva.
- Diabetes durante más de 20 años o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso provocados por la diabetes.
- Cirrosis grave y tumor hepático grave.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos) y sin tratamiento inmunodepresor en curso, o trombocitopenia grave.

Inyectables de progestágeno solo para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH, incluidas las que siguen un tratamiento antirretroviral (ARV), pueden usar los inyectables de progestágeno solo con seguridad.
- En las mujeres que toman antirretrovirales, no es necesario reducir el periodo que transcurre entre inyecciones.
- Recomiende a estas mujeres que usen también preservativos. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y de otras ITS.

Suministro de inyectables de progestágeno solo

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede comenzar a utilizar los inyectables cuando quiera, siempre que haya una certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
Tiene ciclos menstruales	En cualquier momento del mes <ul style="list-style-type: none">• Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, puede comenzar de inmediato y no necesita un método de respaldo.• Si han pasado más de 7 días desde el inicio de la menstruación, puede empezar a utilizar los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.• Si el método anterior era un DIU, puede comenzar inmediatamente y no necesita un método de respaldo (véase, “DIU de cobre, sustitución del DIU por otro método”, en el capítulo 10, “Dispositivo intrauterino de cobre”, p. 182 y en el capítulo 11, “Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel”, p. 211).
Cambio de método cuando el anterior era hormonal	<ul style="list-style-type: none">• Inmediatamente, si ha estado usando el método anticonceptivo hormonal sistemática y correctamente o si es razonablemente seguro que no está embarazada (no es necesario esperar a la próxima menstruación) y no es necesario un método de respaldo.• Si el método anterior era otro anticonceptivo inyectable, la primera inyección del nuevo anticonceptivo puede administrarse cuando le hubiera correspondido recibir la siguiente inyección del anticonceptivo inyectable anterior. No es necesario un método de respaldo.

(Continúa en la página siguiente)

* En los métodos de respaldo, se incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si ha dado a luz menos de 6 semanas atrás, hay que retrasar la primera inyección hasta que hayan transcurrido al menos 6 semanas después del parto.
- *Si no se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento entre las 6 semanas y los 6 meses, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario un método de respaldo.
- *Si se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Más de 6 meses después del parto

- *Si no se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.
- *Si se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Lactancia materna parcial

Menos de 6 meses después del parto

- Retrase la primera inyección hasta que hayan transcurrido al menos 6 semanas desde el parto.

Más de 6 meses después del parto

- *Si no se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.‡ Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.
- *Si se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

*En los métodos de respaldo, se incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

‡En los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden aplicar la primera inyección en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer Cuándo comenzar**No está amamantando (después del parto)****Menos de 4 semanas después del parto**

- Puede comenzar a utilizar los inyectables en cualquier momento. No es necesario un método de respaldo.

Más de 4 semanas después del parto

- *Si no se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.‡ Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.
- *Si se ha restablecido la menstruación*, puede comenzar a usar los inyectables tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- Puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- *Si comienza en un plazo máximo de 7 días* desde un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre puede comenzar inmediatamente. No necesita un método de respaldo.
- *Si han pasado más de 7 días* desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, puede comenzar a utilizar los inyectables en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)**Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU combinados:**

- Puede comenzar a usar o reanudar el uso de los inyectables el mismo día en que tome las PAU. *No es necesario esperar a la próxima menstruación para aplicar la inyección.* Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si no comienza de inmediato pero regresa en busca de inyectables, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

(Continúa en la página siguiente)

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP):

- Puede comenzar a usar o reanudar el uso de los inyectables el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal, así que concierte una cita para que la usuaria regrese a aplicarse la inyección, el sexto día o cuanto antes después de haberlas tomado. *No es necesario esperar a la próxima menstruación para aplicar la inyección.* La progestina de los inyectables y el AUP interactúan entre sí. Si se comienza a utilizar los inyectables antes, y por tanto ambos están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos pueden ser menos efectivos.
- Tendrá que usar un método de respaldo* desde el momento en que tome las PAU de acetato de ulipristal y hasta 7 días después de la inyección.
- Si no comienza el sexto día pero regresa posteriormente en busca de inyectables, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de que una mujer comience con los inyectables de progestágeno solo, hay que asesorar minuciosamente acerca de los cambios en el sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describe los efectos secundarios más frecuentes

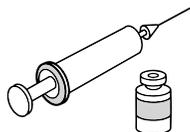
- En los primeros meses:
 - sangrado irregular, sangrado prolongado, sangrado frecuente.
- Luego:
 - ausencia de menstruación
- Otros efectos secundarios frecuentes son el aumento de peso (aproximadamente entre 1 y 2 kg por año), cefaleas y mareos, entre otros.

Explique estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de una enfermedad.
 - Aunque son frecuentes, algunas mujeres no los presentan.
 - La usuaria puede volver a consultar si le molestan los efectos secundarios.
-

Aplicación de una inyección intramuscular con una jeringa convencional

1. Reúna una dosis de inyectable, una aguja y una jeringa



- AMPD: 150 mg
- EN-NET: 200 mg
- En cada inyección, use una jeringa precargada y una aguja de un solo uso de un envase nuevo y sellado (que no haya superado la fecha de caducidad ni esté dañado), si está disponible.
- Si no dispone de una jeringa monodosis precargada, use viales monodosis. Verifique la fecha de caducidad del vial. En caso de usar un vial multidosis abierto, verifique que el vial no tiene pérdidas.
 - AMPD: Use una jeringa de 2 ml y una aguja intramuscular de calibre entre 21 y 23.
 - EN-NET: Use una jeringa de 2 o de 5ml y una aguja intramuscular de calibre 19. También se puede usar una aguja más fina (calibre entre 21 y 23).

2. Lavado

- Si es posible, lávese las manos con agua y jabón. Deje que las manos se sequen al aire.
- Si la zona donde va a poner la inyección está sucia, lávela con agua y jabón.
- No es necesario limpiar la zona con antiséptico.

Si usa una jeringa precargada, vaya al paso 5.

3. Prepare el vial

- AMPD: Agite suavemente el vial.
- EN-NET: No es necesario agitar el vial.
- No es necesario limpiar la parte superior del vial con antiséptico.
- Si el vial está frío, antes de poner la inyección témplo hasta que alcance la temperatura cutánea.

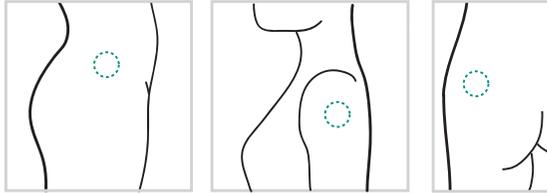
4. Llene la jeringa

- Perfore la parte superior del vial con una aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada.

(Continúa en la página siguiente)

5. Inyecte el preparado

- Introduzca profundamente la aguja estéril en la zona de la cadera (músculo glúteo, zona ventroglútea), la parte superior del brazo (músculo deltoides) o la nalga (músculo glúteo, cuadrante superior externo), según prefiera la usuaria. Inyecte el contenido de la jeringa.
- No masajee el lugar de la inyección.



6. Elimine de manera segura las jeringas y agujas desechables

- No vuelva a poner el capuchón, no doble ni rompa las agujas antes de eliminarlas.
- Colóquelas en un envase para objetos punzocortantes.
- No reutilice las jeringas ni las agujas desechables. Han sido creadas para destruirlas después de un solo uso. Dada su forma, son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, al reutilizarlas, se pueden transmitir enfermedades como la infección por el VIH y la hepatitis.
- Si se usan jeringas y agujas reutilizables, hay que esterilizarlas de nuevo después de cada uso (véase “Prevención de las infecciones en el consultorio”, en el capítulo 26, “Provisión de servicios de planificación familiar”, p. 404).



Aplicación de una inyección subcutánea de AMPD con el sistema Uniject (Sayana Press)

1. Reúna suministros

En los suministros, se incluyen:

- Un dispositivo de inyección precargado Uniject que esté a temperatura ambiente y no haya superado la fecha de caducidad.
- Agua limpia y jabón.
- Torundas o bolitas de algodón, si están disponibles.
- Un envase de seguridad a prueba de pinchazos para eliminar los objetos punzocortantes.

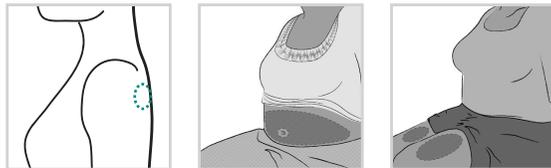
2. Lavado

- Lávese las manos con agua y jabón, si es posible.
- Deje que las manos se sequen al aire.
- Si la zona donde va a poner la inyección está sucia, lávela con agua y jabón.
- No es necesario limpiar la zona con un antiséptico.

3. Pregúntele a la usuaria dónde quiere que le ponga la inyección

Usted puede poner la inyección, justo bajo la piel:

- en el dorso del brazo;
- en el abdomen (pero no en el ombligo);
- en la parte anterior del muslo.

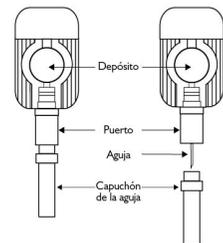


4. Abra la bolsa

- Abra la bolsa de aluminio y extraiga el dispositivo.

5. Mezcle la solución

- Sostenga el dispositivo por la zona del puerto (véase la imagen 1).
- Agítelo enérgicamente durante 30 segundos.
- Verifique si la solución se ha mezclado (los gránulos se distribuyen por toda la solución) y compruebe que el dispositivo no está dañado ni gotea.

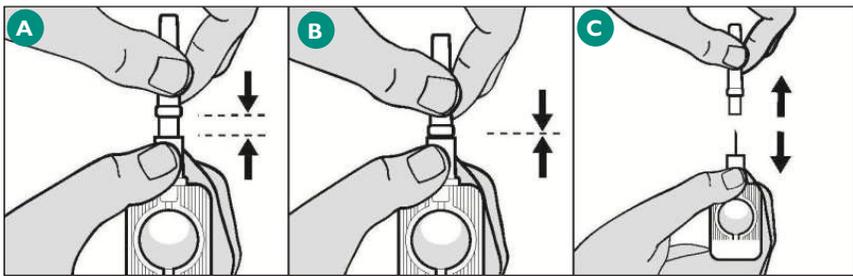


1. Partes de un dispositivo inyector Uniject

(Continúa en la página siguiente)

6. Cierre el capuchón de la aguja

- Sostenga el dispositivo por el puerto.
- Sostenga el dispositivo con la aguja apuntando hacia arriba para evitar que el medicamento se derrame.
- Empuje el capuchón de la aguja hacia el puerto (véase la parte A de la imagen 2, a continuación).
- Siga empujando con firmeza hasta que se junten el capuchón y el puerto (véase la parte B de la imagen 2, a continuación).
- Quite el tapón (véase la parte C de la imagen 2, a continuación).



2. Cierre el capuchón de la aguja y retírelo

7. Aplique la inyección



3. Pellizque la piel e inyecte

- Pellizque con suavidad la piel en el lugar de la inyección (véase la imagen 3). Así se asegura de que inyecta el medicamento en el tejido graso que está debajo de la piel y no en el músculo.
- Sostenga el inyector por el puerto. Introduzca con suavidad la aguja directamente en la piel con la punta de la aguja hacia abajo (nunca hacia arriba) hasta que el puerto toque la piel.
- Apriete el depósito lentamente. Esto puede llevar entre 5 y 7 segundos.
- Retire la aguja de la piel y luego suelte la piel.
- Al acabar, no limpie ni frote la zona de la inyección.

8. Elimine el dispositivo usado

- No vuelva a colocar el capuchón.
- Coloque el dispositivo en un envase para objetos punzocortantes.

Apoyo a la usuaria tras la inyección

Dé instrucciones específicas

- Dígale que no masajee el lugar de la inyección.
- Indíquele el nombre del inyectable.
- Fije con ella una fecha para ponerle la siguiente inyección y dele un papel con la fecha escrita.

La autoinyección puede ser una alternativa

Las mujeres pueden aprender a ponerse la inyección con la formulación subcutánea de AMPD (AMPD SC). Algunas mujeres prefieren ponerse las inyecciones ellas mismas a que los trabajadores de salud se las apliquen. Con la autoinyección, las mujeres pueden ahorrar tiempo y dinero. La OMS recomienda la autoadministración de anticonceptivos inyectables como método adicional para suministrar anticonceptivos inyectables a las personas en edad reproductiva.

Enseñar a las usuarias a ponerse la inyección

Algunas usuarias querrán ponerse las inyecciones por sí mismas. Usted puede enseñarles a hacerlo. Los siguientes pasos se refieren a la autoinyección subcutánea de AMPD mediante el sistema de inyección Uniject (comercializado como Sayana Press).

1. Comente el plan de conservación y de eliminación de los dispositivos.

Conservación. Hable con la usuaria acerca de dónde puede guardar los dispositivos durante muchos meses. Deben mantenerse en un lugar que esté fuera del alcance de los niños y los animales y a temperaturas moderadas (no les puede dar la luz solar directa ni se pueden conservar en el refrigerador).

Eliminación. Hable con la usuaria sobre cómo puede eliminar el dispositivo en un recipiente con tapa que no se pueda perforar y que se pueda mantener fuera del alcance de los niños. (Los programas locales deben decidir cómo ayudar a las mujeres a eliminar las agujas usadas.)

2. Explíquelo y muéstrole cómo inyectarse. Muéstrole el dispositivo y describa sus partes. (Véase las ilustraciones de las instrucciones en la página siguiente). Entréguele una copia de las instrucciones y las ilustraciones que se proporcionan más adelante, una hoja de instrucciones similar o un folleto con instrucciones más detalladas. Explique los pasos importantes. Use dispositivo

Continúa en la p. 86

Nota: Se pueden copiar las instrucciones “Cómo ponerse usted misma una inyección de Sayana Press” de la página siguiente para dárselas a la usuaria.

Cómo ponerse usted misma una inyección de Sayana Press

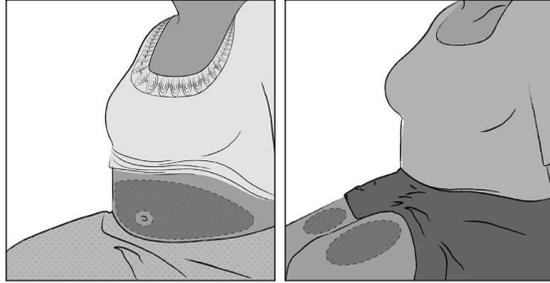
Pasos importantes

1. Elija un lugar correcto para la inyección

Cómo hacerlo

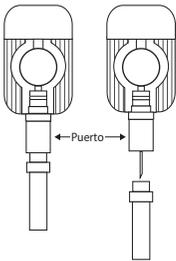
Elija: el abdomen (pero no el ombligo);

- la parte delantera del muslo.



1. Zonas donde puede aplicarse la inyección

2. Sostenga el dispositivo y mezcle la solución



Partes de un dispositivo Uniject

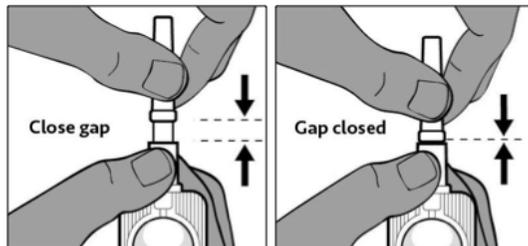
- Después de lavarse las manos, abra la bolsa y saque el dispositivo de inyección.
- Sostenga el dispositivo por el puerto (no por el capuchón) y agítelo con energía durante unos 30 segundos. Compruebe si la solución se ha mezclado por completo.



2. Mezcle la solución

3. Empuje el capuchón de la aguja hasta tocar el puerto, de modo que no quede espacio entre ellos

- Coloque el dispositivo con la aguja hacia arriba.
- Sostenga el capuchón de la aguja con una mano y el puerto con la otra.
- Apriete el capuchón firmemente hasta que no haya ningún espacio entre el capuchón y el puerto.



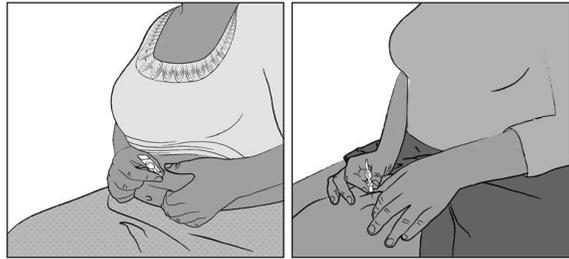
3. Cierre el capuchón de la aguja

Pasos importantes**Cómo hacerlo****4. Pellízquese la piel formando una especie de “tienda de campaña”**

- Retire el capuchón de la aguja. Sostenga el dispositivo por el puerto.
- Con la otra mano, pellizque la piel (unos 4 cm).

5. Introduzca la aguja en la piel y presione el depósito lentamente

- Empuje la aguja e introdúzcala directamente en la piel, con la punta dirigida hacia abajo.
- Presione la aguja hasta que el puerto toque la piel por completo.
- Apriete el depósito lentamente, durante 5 a 7 segundos.



4 & 5. Pellízquese la piel e introduzca la aguja

6. Elimine la aguja de forma segura

- Extraiga la aguja y luego suelte la piel.
- Ponga el dispositivo en un recipiente que pueda cerrarse y no se pueda perforar.

7. Programe su próxima inyección

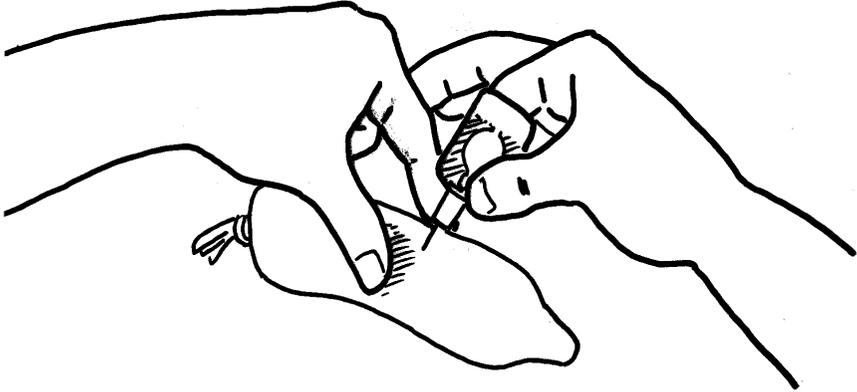
- Marque un calendario u otro recordatorio para el mismo día del mes, 3 meses después de la fecha de la última inyección.
- Usted puede ponerse la próxima inyección incluso 2 semanas antes o 4 semanas después de la fecha programada.
- Si pasan más de 4 semanas desde la fecha programada, use otro método anticonceptivo y consulte a un trabajador de salud.
- Asegúrese de que cuenta con otro dispositivo para la próxima inyección y de que no caduque antes de esa fecha.

Si usted necesita ayuda o más dispositivos de inyección, póngase en contacto con:

en _____

Enseñar a las usuarias a ponerse la inyección (continuación de la p. 83)

de inyección de muestra y un modelo para practicar la técnica de inyección (en lugar de un miembro del cuerpo) para explicar y mostrar a la usuaria lo que debe hacer en cada paso, mientras la ayuda a seguir la hoja de instrucciones. (Si no dispone de un modelo para practicar la técnica de inyección, puede usar un preservativo relleno de sal o azúcar. O incluso pueden usar fruta o pan).



- 3. Pídale a la usuaria que lo intente.** Después de haber demostrado los pasos de cómo inyectarse, pídale a la usuaria que practique en el modelo para practicar la técnica de inyección con un dispositivo Uniject. Obsérvela y luego comente lo que salió bien y lo que no. Responda a sus preguntas e invítela a seguir practicando con el modelo hasta que pueda realizar todos los pasos correctamente y se sienta lista para inyectarse a sí misma.
- 4. Pídale que se ponga la inyección mientras usted la observa.** Cuando lo haya logrado, proporcíónele dispositivos de inyección para que se los lleve a casa y pueda inyectarse cada 3 meses en el futuro. Compruebe si la usuaria sabe cuáles son las fechas en las que tendrá que ponerse las inyecciones y cómo calcular esas fechas anotando el mismo día del mes cada 3 meses.
- 5. Dígale a la usuaria dónde puede conseguir más dispositivos de inyección.** Invítela a ponerse en contacto con usted si tiene alguna pregunta o algún problema con la autoinyección o con la obtención de más dispositivos de inyección.

Ayuda a la usuarias nuevas y continuas

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. Una pareja de sexo masculino puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar inyectables de progestágeno solo.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Ayudarla a recordar que debe ponerse la próxima inyección a tiempo.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU) por si se pone la siguiente inyección programada con más de 4 semanas de retraso en el caso del AMPD o más de 2 semanas de retraso en el caso del EN-NET.
- Usar sistemáticamente preservativos además de los inyectables de progestágeno solo si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver antes de la próxima inyección

Indíquele a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada.

Consejo general de salud

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o de un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al trabajador de salud el método que está utilizando.

Planificación de la próxima inyección

1. Fije con ella una fecha para la próxima inyección: en 3 meses (13 semanas) en el caso del AMPD o en 2 meses (8 semanas) si utiliza el EN-NET. Dele un papel en el que haya escrito la fecha (o las fechas, si es que la usuaria va a ponerse ella misma la inyección y a llevarse a casa más de un dispositivo de inyección). Comente con ella cómo puede recordar la fecha, tal vez vinculándola a un día festivo o a otro evento o señalándola con un círculo en un calendario.

2. Pídale que trate de venir en la fecha prevista. Si usa AMPD, puede volver hasta 4 semanas después de la fecha de inyección programada y todavía se le puede poner la inyección. En el caso del EN-NET, puede regresar hasta 2 semanas después de la fecha de inyección programada y todavía se le puede poner la inyección. En el caso del EN-NET, puede regresar hasta 2 semanas después de la fecha de inyección programada.
3. Debe regresar incluso aunque sea muy tarde para la próxima inyección. Véase “Conducta a seguir en caso de inyecciones aplicadas con retraso”, más adelante.

Consultas para la administración de las siguientes inyecciones

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, en la página siguiente).
3. Póngale la inyección. La inyección de AMPD se puede administrar hasta con 4 semanas de retraso. La inyección de EN-NET se puede administrar hasta con 2 semanas de retraso. Cualquiera de las dos puede administrarse hasta 2 semanas antes (véase la pregunta 14, al final de este capítulo).
4. Programe la próxima inyección. Fije con ella una fecha para la próxima inyección (en 3 meses en el caso del AMPD o en 2 meses si utiliza el EN-NET). Recuérdele que intente volver en la fecha acordada (a la cita programada, si la hay) pero que en cualquier caso debe regresar, sin importar con cuánto retraso. (Véase “Conducta a seguir en caso de inyecciones aplicadas con retraso”, más adelante).
5. Aproximadamente cada año, tómeme la tensión arterial si es posible (véase “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Inyectables de progestágeno solo”, pregunta 3, p. 72).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo. Aborde los problemas según corresponda. Véase “Nuevos problemas de salud que puedan requerir un cambio de método anticonceptivo”, p. 91.
7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH. Haga el seguimiento según proceda.

Conducta a seguir en caso de inyecciones aplicadas con retraso

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para recibir otra inyección de AMPD o menos de 2 semanas tarde para otra inyección de EN-NET,

se le puede poner la próxima inyección. No hay necesidad de pruebas o evaluaciones ni de un método de respaldo.

- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde en el caso del AMPD, o más de 2 semanas tarde en el caso del EN-NET, se le puede poner la próxima inyección si:
 - no ha tenido relaciones sexuales desde 2 semanas después de la fecha programada para la inyección;
 - ha usado un método de respaldo o ha tomado PAU después de tener relaciones sexuales sin protección desde 2 semanas después de la fecha programada para la inyección;
 - está alimentando a su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia natural y ha dado a luz hace menos de 6 meses.

Sin embargo, en los 3 casos necesitará usar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.

- Si regresa más de 4 semanas tarde para otra inyección de AMPD, o más de 2 semanas tarde para otra inyección de EN-NET, y no cumple estos criterios, deben tomarse medidas adicionales para tener una certeza razonable de que no está embarazada (véase la guía de ayuda “Descartar el embarazo”). Estos pasos son útiles, ya que muchas mujeres que han estado utilizando inyectables de progestágeno solo no tendrán la menstruación como mínimo durante unos pocos meses, incluso después de haber dejado de utilizarlos. Por lo tanto, pedirle que regrese durante la próxima menstruación significa que la próxima inyección podría retrasarse innecesariamente. Es posible que se quede sin protección anticonceptiva.
- Analice con la usuaria por qué vino con retraso y las posibles soluciones. Recuérdele que siga intentando regresar cada 3 meses si recibe AMPD o cada 2 meses si recibe EN-NET. Si con frecuencia le resulta difícil asistir en fecha, hable con ella sobre la autoinyección subcutánea de AMPD y el uso de un método de respaldo cuando acuda con retraso a recibir la próxima inyección, como tomar PAU o elegir otro método anticonceptivo, como un implante o un DIU.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios

Estos problemas pueden deberse, o no, a los inyectables de progestágeno solo, pero afectan a la satisfacción de las mujeres y al uso de este método. Por lo tanto, el proveedor debe prestarles atención. En la siguiente información, se aconseja cómo tratar cualquier efecto secundario referido y afecciones específicas.

Cualquier efecto secundario referido

- Escuche las inquietudes de la usuaria, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas.

Ausencia de menstruación

- Tranquilícela explicándole que la mayoría de las usuarias de inyectables de progestágeno solo dejan de tener la menstruación con el tiempo y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. La sangre no se acumula en su cuerpo. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. No significa que se haya vuelto estéril. Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación cuando comprenden que no es perjudicial.
- Si a la mujer le molesta no tener la menstruación, quizá quiera cambiar a los inyectables mensuales (combinados), si están disponibles (véase el capítulo 5).

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados)

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que usan inyectables de progestágeno solo presentan sangrado irregular. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece tras unos pocos meses de uso.
- Para lograr un alivio moderado y breve, puede tomar 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día después de las comidas durante 5 días o 40 mg de valdecoxib al día durante 5 días, empezando cuando comience el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 92).

Aumento de peso

- Analice la alimentación de la usuaria y asesore según corresponda.

Distensión y molestias abdominales

- Considere los remedios disponibles localmente.

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

- Tranquilícela explicándole que algunas usuarias de inyectables de progestágeno solo presentan sangrado profuso o prolongado. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece al cabo de unos pocos meses.
- Se puede lograr un alivio moderado y breve probando los siguientes medicamentos (uno a la vez), comenzando cuando empiece el sangrado profuso:
 - 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día después de las comidas durante 5 días
 - 40 mg de valdecoxib al día durante 5 días
 - 50 µg de etinilestradiol al día durante 21 días

- Si el sangrado pone en peligro la salud de la mujer, o si ella lo desea, ayúdela a elegir otro método. Mientras tanto, puede usar alguno de los tratamientos descritos anteriormente para facilitar la disminución del sangrado.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale que tome suplementos de hierro en comprimidos y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial, carne de vacuno e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes).
- Si el sangrado abundante o prolongado continúa o comienza después de varios meses de sangrado mensual normal o inexistente, o si sospechas que algo puede ir mal por otros motivos, considera la posibilidad de que existan afecciones subyacentes no relacionadas con el uso del método (consulta la fila de la página siguiente sobre "Sangrado vaginal inexplicable").

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (entre 325 y 650 mg), ibuprofeno (entre 200 y 400 mg), paracetamol (entre 325 y 1.000 mg) u otro analgésico.
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia durante el uso de los inyectables.

Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios que se hayan producido en su vida y que puedan afectar a su estado de ánimo o a su deseo sexual, incluidos los cambios en la relación con su pareja. Dele apoyo según corresponda.
- Las usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Mareos

- Considere los remedios disponibles localmente.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Estos problemas también pueden deberse, o no, al uso de inyectables de progestágeno solo.

Migrañas (véase la guía de ayuda "Identificación de las migrañas y de las auras migrañosas", pp. 458-460).

- Si la usuaria presenta migraña sin aura puede continuar utilizando este método, si lo desea.
- Si presenta migraña con aura, no le ponga la inyección. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Sangrado vaginal sin causa aparente (que apunte a una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Si no se puede encontrar ninguna causa del sangrado, considere la suspensión de los inyectables de progestágeno solo para facilitar el diagnóstico. Proporciónale otro método que ella elija (que no sean implantes ni un DIU de cobre u hormonal) para que pueda usarlo hasta que se evalúe y se trate su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica, durante el tratamiento puede seguir utilizando inyectables de progestágeno solo.

Ciertas afecciones graves (presunto bloqueo o estrechamiento de las arterias, hepatopatía grave, hipertensión arterial grave, coágulos sanguíneos en venas profundas de las piernas o en los pulmones, accidente cerebrovascular, cáncer de mama, daño a las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso causado por la diabetes). Véase el apéndice B, "Signos y síntomas de afecciones graves".

- No le administre la próxima inyección.
- Proporciónale un método de respaldo para que lo use hasta que se evalúe su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y su asistencia.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo.
- Interrumpa la aplicación de inyecciones si se confirma el embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer está usando inyectables (véase la pregunta 12) o si la mujer recibe la inyección mientras está embarazada.

Preguntas y respuestas sobre los inyectables de progestágeno solo

1. ¿Una mujer expuesta a infecciones de transmisión sexual (ITS) puede utilizar inyectables de progestágeno solo?

Sí. Las mujeres con riesgo de contraer ITS pueden utilizar inyectables de progestágeno solo. En los escasos estudios disponibles, se ha observado que las mujeres que utilizaban AMPD eran más proclives a contraer una clamidiasis que las mujeres que no usaban anticoncepción hormonal. No se conoce la razón de esta diferencia. Existen pocos estudios disponibles sobre el uso de EN-NET y las ITS. Como sucede con toda persona con riesgo de ITS, se debe advertir a las usuarias de inyectables de progestágeno solo que puedan estar en riesgo de contraer ITS que utilicen preservativos de manera correcta cada vez que tengan relaciones sexuales. El uso sistemático y correcto de los preservativos reducirá su riesgo de contraer una ITS.

2. ¿Las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH pueden usar inyectables de progestágeno solo?

Sí. Las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH pueden usar cualquier método anticonceptivo, incluidos los inyectables de progestágeno solo, excepto los espermicidas a base de nonoxinol-9 (solos o con el diafragma) (véase el capítulo 16, “Espermicidas y diafragmas”). En el capítulo 23, Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer el VIH, se ofrece información más detallada sobre el tema, incluida la importancia de integrar los servicios de pruebas del VIH en la atención de planificación familiar en entornos donde el riesgo de contraer el VIH es alto.

3. Si una mujer no tiene la menstruación mientras utiliza inyectables de progestágeno solo, ¿esto significa que está embarazada?

Probablemente no, en especial si está amamantando. Con el tiempo, la mayoría de las mujeres que usan inyectables de progestágeno solo no tendrán la menstruación. Si una mujer se ha puesto las inyecciones a tiempo, es probable que no esté embarazada y puede seguir usando los inyectables. Si después de informarla sigue preocupada, se le puede ofrecer una prueba de embarazo, si está disponible, o derivarla para que se la hagan. Si le molesta no tener la menstruación, puede ser útil pasar a otro método.

4. ¿Una mujer que esté amamantando puede usar inyectables de progestágeno solo con seguridad?

Sí. Esta es una buena opción para las mujeres que amamantan y quieren usar un método anticonceptivo hormonal. Los inyectables de progestágeno solo son seguros tanto para la madre como para el bebé a partir de la sexta semana después del parto. No afectan a la producción de leche.

5. ¿Cuánto peso ganan las mujeres cuando usan inyectables de progestágeno solo?

Por término medio, las mujeres que utilizan AMPD aumentan cada año entre 1 y 2 kg de peso. Parte del aumento de peso puede ser el habitual a medida que las personas van teniendo más edad. Algunas mujeres, en particular las adolescentes con sobrepeso, aumentan mucho más que 1 a 2 kg al año. Por otra parte, algunas usuarias de inyectables de progestágeno solo pierden peso o no tienen cambios de peso importantes. En particular, las mujeres asiáticas no tienen tendencia a aumentar de peso con el uso de AMPD.

6. ¿El AMPD y el EN-NET causan abortos?

No. En investigaciones sobre los inyectables de progestágeno solo se ha observado que no interrumpen un embarazo en curso. No deben usarse como abortivos; no funcionarán.

7. ¿Los inyectables de progestágeno solo producen infertilidad en la mujer?

No. Puede haber una demora en la recuperación de la fertilidad tras suspender los inyectables de progestágeno solo, pero con el tiempo la mujer puede quedarse embarazada como antes, si bien la fertilidad disminuye a medida que aumenta la edad. Los patrones de sangrado que tenía la mujer antes de utilizar los inyectables de progestágeno solo generalmente se restablecen algunos meses después de la última inyección, incluso si la mujer no tuvo menstruaciones mientras utilizó los inyectables.

8. ¿Cuánto tiempo tarda una mujer en quedarse embarazada tras dejar de utilizar el AMPD o el EN-NET?

Las mujeres que dejan de utilizar AMPD tardan, por término medio, unos 4 meses más en quedarse embarazadas en comparación con las que han usado otros métodos anticonceptivos. Esto significa que se quedan embarazadas, en promedio, 10 meses después de la última inyección. Las mujeres que dejan de utilizar EN-NET tardan, por término medio, aproximadamente 1 mes más en quedarse embarazadas en comparación con las que han usado otros métodos anticonceptivos, o 6 meses después de la última inyección. Dado que se trata de valores medios, la mujer no debe preocuparse si no se queda embarazada incluso hasta 12 meses después de dejar de usarlos. El tiempo que la mujer haya utilizado los inyectables no incide en el tiempo que demora en quedarse embarazada una vez que deja de usarlos.

Tras dejar de utilizar los inyectables de progestágeno solo, la mujer puede ovular antes de que se restablezca la menstruación y, por tanto, puede quedarse embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, deberá comenzar a usar otro método anticonceptivo antes de que se restablezca la menstruación.

9. ¿El AMPD causa cáncer?

No. En varios estudios, se muestra que el AMPD no causa cáncer. De hecho, el uso de AMPD ayuda a proteger a la mujer del cáncer del revestimiento del útero (cáncer endometrial). Los resultados de los escasos estudios sobre el uso del AMPD y el cáncer de mama son similares a los obtenidos con los anticonceptivos orales combinados (píldoras): la probabilidad de diagnóstico de cáncer de mama fue ligeramente mayor en las usuarias de AMPD mientras

estaban utilizándolo o en un plazo de 10 años después de haber suspendido la administración de AMPD. No está claro si estos resultados se explican por la detección más temprana de cánceres existentes en las usuarias de AMPD (por ejemplo, debido a un contacto más frecuente con los trabajadores de salud) o por un efecto biológico del AMPD en el cáncer de mama.

Unos pocos estudios sobre el uso de AMPD y el cáncer cervicouterino apuntan a que podría haber un ligero incremento del riesgo de cáncer cervicouterino en las mujeres que han utilizado AMPD durante 5 años o más. Sin embargo, el cáncer cervicouterino no se puede desarrollar únicamente a causa del AMPD. Está causado por la infección persistente por el virus del papiloma humano (véase la sección “Cáncer cervicouterino”, en el capítulo 22, pp. 351-354). Se dispone de poca información sobre el EN-NET. Se supone que es tan seguro como el AMPD y otros métodos anticonceptivos que contienen solo un progestágeno, como las píldoras y los implantes de progestágeno solo.

10. ¿Puede una mujer cambiar de un inyectable de progestágeno solo por otro?

El cambio de inyectables (de AMPD a EN-NET o viceversa) es seguro y no reduce la efectividad. Si es necesario cambiar por escasez de suministro, la primera inyección del nuevo inyectable deberá aplicarse en la fecha en que hubiera correspondido la inyección de la formulación anterior. Hay que comunicarle a las usuarias el cambio, el nombre del nuevo inyectable y el calendario de administración de las inyecciones.

11. ¿Cómo afecta el AMPD a la densidad ósea?

Durante su uso, el AMPD disminuye ligeramente la densidad mineral ósea. Esto puede aumentar el riesgo de presentar osteoporosis y posiblemente también el riesgo de tener fracturas óseas más adelante, después de la menopausia. La OMS ha llegado a la conclusión de que esta disminución de la densidad ósea no establece límites de edad ni de tiempo para el uso del AMPD.

12. ¿Los inyectables de progestágeno solo causan defectos congénitos? ¿Se dañará al feto si una mujer accidentalmente utiliza inyectables de progestágeno solo estando embarazada?

No. Hay evidencias convincentes de que los inyectables de progestágeno solo no causarán defectos congénitos ni dañarán de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras los está utilizando o si comienza accidentalmente a usarlos cuando ya está embarazada.

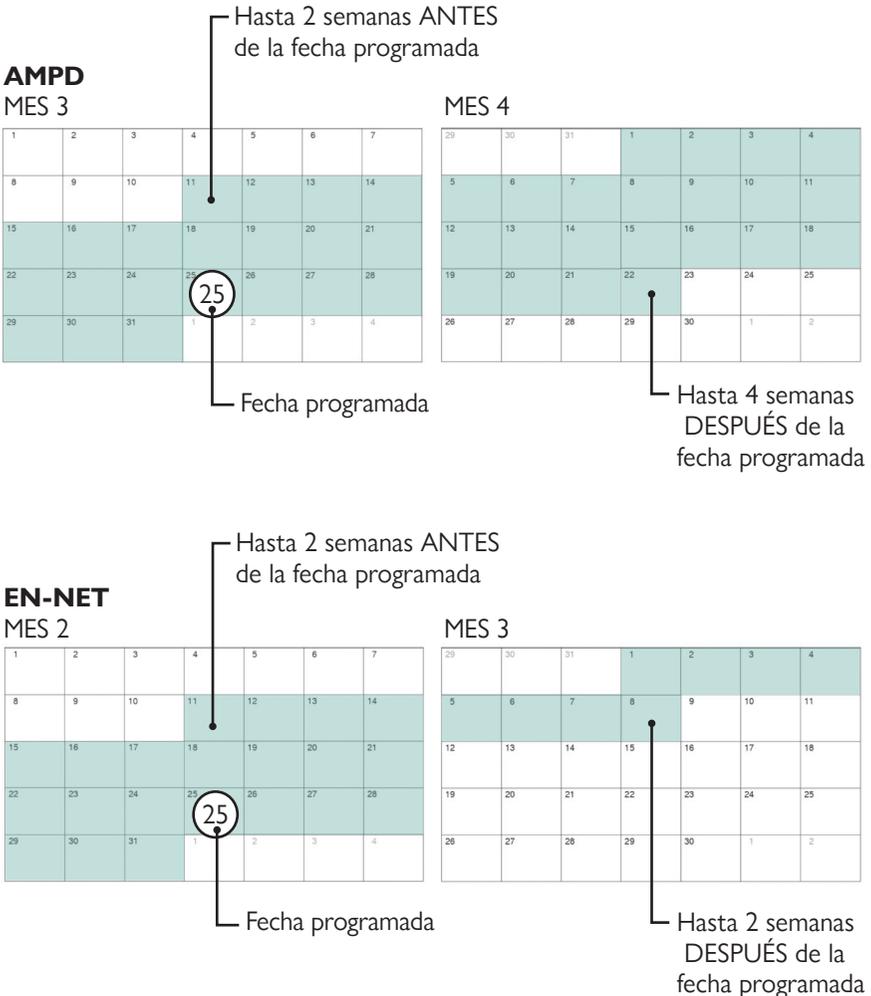
13. ¿Los inyectables de progestágeno solo modifican el estado de ánimo o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan inyectables refieren esos síntomas. Por el contrario, la gran mayoría de las usuarias de inyectables no refieren ningún cambio de ese tipo. Es difícil afirmar si estos cambios se deben a los inyectables de progestágeno solo o a otros motivos. Los proveedores pueden ayudar a las usuarias que presenten estos problemas (véase “Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual”, en la sección de este capítulo sobre “Manejo de problemas”, p. 91). No hay indicios de que los inyectables de progestágeno solo afecten al comportamiento sexual de las mujeres.

14. ¿Qué pasa si una mujer acude con retraso para recibir la próxima inyección?

Una mujer puede recibir su próxima inyección de AMPD incluso si regresa hasta con 4 semanas de retraso, sin necesitar ninguna evidencia más de que no está embarazada. Una mujer puede recibir su próxima inyección de EN-NET si regresa hasta con 2 semanas de retraso. Algunas mujeres regresan incluso más tarde para recibir la inyección. En tales casos, los proveedores pueden seguir las instrucciones que se encuentran en “Descartar el embarazo” (p. 461), y si se puede descartar un embarazo, se puede administrar la inyección y la mujer debe utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes. Tanto si la mujer se retrasa para recibir la siguiente inyección como si no, la próxima inyección de AMPD debe programarse para 3 meses (13 semanas) después, o la próxima inyección de EN-NET debe programarse para 2 meses (8 semanas) después, como de costumbre.

Cuándo puede recibir una mujer la siguiente inyección de AMPD o EN-NET



Inyectables mensuales

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.** Lo habitual es que la menstruación sea más leve y que el sangrado dure menos días, sea irregular o infrecuente.
- **Regrese en la fecha programada.** Para que la efectividad sea óptima es importante volver a consulta cada 4 semanas.
- **La inyección puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días.** Incluso aunque se retrase aún más, todavía se le puede poner la inyección.

5

Inyectables mensuales

¿Qué son los inyectables mensuales?

- Los inyectables mensuales contienen 2 hormonas —un progestágeno y un estrógeno— como las hormonas naturales (progesterona y estrógenos) presentes en el cuerpo de la mujer (Los anticonceptivos orales combinados también tienen estos 2 tipos de hormonas).
- También reciben el nombre de anticonceptivos inyectables combinados, AIC o “la inyección”.
- La información de este capítulo se aplica a la combinación de acetato de medroxiprogesterona (AMP) y cipionato de estradiol, así como a la combinación de enantato de noretisterona (EN-NET) y valerato de estradiol. La información también puede aplicarse a formulaciones más antiguas, sobre las que se sabe menos.
- La combinación de AMP y cipionato de estradiol se comercializa con las siguientes marcas Ciclofem, Ciclofemina, Cyclofem, Cyclo Provera, Feminena, Lunella, Lunelle y Novaferm. La combinación de EN-NET y valerato de estradiol se comercializa con las marcas Mesigyna y Norigynon.
- Actúan fundamentalmente impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende de la puntualidad en volver a ponerse la inyección: El mayor riesgo de embarazo se da cuando una mujer se pone la inyección con retraso o la omite.

- Tal como suelen utilizarse, durante el primer año se registran cerca de 3 embarazos por cada 100 usuarias de inyectables mensuales. Esto significa que 97 de cada 100 usuarias de inyectables mensuales no se quedarán embarazadas.
- Cuando las mujeres reciben las inyecciones a tiempo, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de inyectables mensuales (5 por cada 10.000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad tras suspender las inyecciones: Un promedio de unos 5 meses, un mes más que con la mayor parte del resto de métodos (véase la pregunta 11, p. 118).

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



¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los inyectables mensuales?

- No requieren ninguna acción diaria
- Son privados: Nadie se da cuenta de que la mujer utiliza métodos anticonceptivos.
- Se puede interrumpir su uso en cualquier momento
- Son buenos para espaciar los nacimientos.



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 112)

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado,[†] por ejemplo:
 - Sangrado más escaso y durante menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Sangrado prolongado
 - Ausencia de menstruación
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Mayor sensibilidad en los senos

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

Beneficios y riesgos conocidos para la salud

Los estudios a largo plazo sobre los inyectables mensuales son escasos, pero algunos investigadores creen que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los AOC (véase “Anticonceptivos orales combinados, Beneficios y riesgos para la salud”, p. 3). No obstante, puede haber algunas diferencias en los efectos sobre el hígado (véase la pregunta 2, p. 116).

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 116)

Inyectables mensuales:

- Pueden interrumpir la menstruación, pero esto no es perjudicial. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. La sangre no se acumula en el cuerpo de la mujer.
- No producen infertilidad en la mujer.
- No provocan una menopausia temprana.
- No causan defectos congénitos ni nacimientos múltiples.
- No provocan prurito (picor).
- No modifican el comportamiento sexual de la mujer.

[†] Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

Quién puede y quién no puede usar inyectables mensuales

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Pueden usar inyectables mensuales de manera segura y efectiva casi todas las mujeres:

- hayan tenido hijos o no;
- estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- si recientemente se han sometido a un aborto provocado o han tenido un aborto espontáneo;
- si fuman, sin importar la cantidad de cigarrillos al día, y son menores de 35 años;
- si fuman menos de 15 cigarrillos al día y tienen más de 35 años;
- si tienen anemia o la han tenido en el pasado;
- si tienen várices (venas varicosas);
- si tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral.

Evite procedimientos innecesarios

La mujer puede comenzar a utilizar inyectables mensuales:

- sin una exploración ginecológica,
- sin un análisis de sangre u otras pruebas de laboratorio habituales,
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una exploración de las mamas,
- sin hacerse una prueba de embarazo:
 - una mujer puede empezar a usar inyectables mensuales en cualquier momento, incluso si no tiene la menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Es aconsejable medir la tensión arterial antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, cuando los riesgos de embarazo son altos y hay pocos métodos disponibles, no se debe negar a la mujer un método anticonceptivo hormonal simplemente porque no se le pueda medir la tensión arterial. Si es posible, se le puede tomar la tensión arterial más tarde, en un momento y un lugar que le resulten cómodos.

Inyectables mensuales para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que reciben tratamiento antirretroviral pueden usar inyectables mensuales con seguridad.
- Inste a estas mujeres a que usen los preservativos junto con los inyectables mensuales. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.

Crterios médicos de elegibilidad para el uso de Inyectables mensuales

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la usuaria responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a utilizar inyectables mensuales si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, todavía puede comenzar a utilizar los inyectables mensuales.

1. ¿Está amamantando usted a un bebé menor de 6 meses?

NO SÍ

- Si alimenta a su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia materna: Puede comenzar 6 meses después del parto o cuando la leche materna ya no sea el alimento principal del bebé, lo que ocurra primero (véase “Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva”, p. 105).
- Si amamanta parcialmente a su bebé: Puede comenzar a usar inyectables mensuales apenas hayan transcurrido 6 semanas después del parto (véase “Lactancia materna parcial”, p. 106).

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

NO SÍ Puede comenzar a usar los inyectables mensuales apenas 3 semanas después del parto. (Si hay algún riesgo adicional de que pueda presentar un coágulo sanguíneo en una vena profunda [trombosis venosa profunda], no debe iniciar el uso de inyectables mensuales en las 3 semanas posteriores al parto, pero sí puede hacerlo cuando hayan transcurrido 6 semanas desde el parto. Entre los factores de riesgo adicional se encuentran los siguientes: antecedentes de trombosis venosa profunda, trombofilia, parto por cesárea, transfusión sanguínea durante el parto, hemorragia posparto, preeclampsia, obesidad ($IMC \geq 30$ kg/m²), tabaquismo y postración prolongada en cama).

3. ¿Fuma usted 15 cigarrillos o más al día?

NO SÍ Si tiene 35 años o más y fuma más de 15 cigarrillos al día, no le proporcione inyectables mensuales. Aliéntela a dejar de fumar y ayúdela a elegir otro método anticonceptivo.

4. ¿Tiene una afección hepática grave: hepatitis activa, cirrosis hepática grave o un tumor hepático?

NO SÍ Si refiere que tiene hepatitis activa, cirrosis grave o un tumor hepático, no le proporcione inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal. (Si tiene cirrosis leve o alguna afección leve de la vesícula biliar, puede usar inyectables mensuales.)

(Continúa en la página siguiente.)

5. ¿Tiene hipertensión arterial?

- NO **SÍ** Si usted no puede tomarle la tensión arterial y la mujer le indica que tiene antecedentes de hipertensión, o si recibe tratamiento para la hipertensión, no le proporcione inyectables mensuales. Si es posible, derívela para comprobar la tensión arterial o ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Si es posible, compruebe su tensión arterial:

- Si la tensión arterial es inferior a 140/90 mm Hg, proporciónale inyectables mensuales.
- Si la tensión sistólica es de 140 mm Hg o superior, o si la tensión diastólica es de 90 mm Hg o superior, no le proporcione inyectables mensuales. Si la tensión sistólica es de 160 mm Hg o más o la tensión diastólica es de 100 mm Hg o más, ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo.

(Una lectura de la tensión arterial de 140–159/90–99 mm Hg no es suficiente para diagnosticar una hipertensión. Proporciónale un método de respaldo* para que lo use hasta que vuelva a otro control de la tensión arterial, o ayúdela a elegir otro método ahora si ella lo prefiere. Si en el siguiente control la tensión arterial es inferior a 140/90 mm Hg, puede utilizar inyectables mensuales.)[†]

6. ¿Ha tenido usted diabetes durante más de 20 años o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso causados por la diabetes?

- NO **SÍ** No le proporcione inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo.

7. ¿Alguna vez ha tenido un accidente cerebrovascular, un coágulo sanguíneo en las piernas (trombosis venosa profunda) o los pulmones (embolia pulmonar), un infarto de miocardio u otros problemas cardíacos graves?

- NO **SÍ** Si refiere que ha padecido un infarto de miocardio, una cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial, o un accidente cerebrovascular, no le proporcione inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sea un inyectable de progestágeno solo. Si refiere que actualmente presenta un coágulo en las venas profundas de las piernas (no coágulos superficiales) o en los pulmones, ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónale preservativos.

[†] Para obtener orientación sobre la determinación habitual de la tensión arterial, consulte el capítulo 1, pregunta 18, p. 28.

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

- NO **SÍ** No le proporcione inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

9. ¿Alguna vez percibe zonas brillantes con pérdida de visión en el ojo antes de sufrir un dolor de cabeza muy intenso (aura migrañosa)? ¿Tiene dolor de cabeza intenso, pulsátil, a menudo en un lado de la cabeza, que puede durar desde unas pocas horas hasta varios días y puede provocarle náuseas o vómitos (migrañas o jaquecas)? Esos dolores de cabeza a menudo empeoran con la luz, el ruido o al moverse.

- NO **SÍ** Si la mujer tiene auras migrañosas a cualquier edad, no le proporcione inyectables mensuales. Si presenta migrañas sin aura y tiene 35 o más años, no le proporcione inyectables mensuales. Ayude a estas mujeres a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos. Si es menor de 35 años y tiene migrañas sin aura, puede usar inyectables mensuales (véase “Identificación de las cefaleas y las auras migrañosas”, p. 436).

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

- NO **SÍ** Si es así, puede empezar a usar los inyectables mensuales 2 semanas después de la intervención quirúrgica. Hasta que pueda empezar a usar los inyectables mensuales, debe utilizar un método de respaldo.

11. ¿Tiene algún factor que pueda aumentar su probabilidad de padecer una cardiopatía (enfermedad de las arterias coronarias) o un accidente cerebrovascular, como la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes?

- NO **SÍ** No le proporcione inyectables mensuales. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, pero que no sean inyectables de progestágeno solo.

12. ¿Está tomando lamotrigina?

- NO **SÍ** No le proporcione inyectables mensuales. Los inyectables mensuales pueden reducir la efectividad de la lamotrigina. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Por otra parte, las mujeres no deben usar inyectables mensuales si refieren que tienen mutaciones trombogénicas o lupus con anticuerpos antifosfolípidos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos). Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier circunstancia o afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Uso del juicio clínico en casos especiales

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar inyectables mensuales. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizarlos. El proveedor debe considerar la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- No está amamantando y han pasado menos de 3 semanas desde el parto, sin que exista riesgo adicional de que desarrolle un coágulo sanguíneo en una vena profunda (trombosis venosa profunda).
- No está amamantando y han pasado entre 3 y 6 semanas después del parto, con riesgo adicional de que desarrolle una trombosis venosa profunda.
- Alimenta a su hijo principalmente amamantándolo, entre 6 semanas y 6 meses desde el parto.
- Tiene 35 años o más y fuma más de 15 cigarrillos al día.
- Hipertensión (tensión arterial sistólica entre 140 y 159 mm Hg o tensión arterial diastólica entre 90 y 99 mm Hg).
- Hipertensión controlada, cuando es posible una evaluación continua.
- Antecedentes de hipertensión, cuando no se pueda medir la tensión arterial (incluida la hipertensión inducida por el embarazo).
- Hepatopatía grave, infección hepática grave o tumor hepático grave.
- Tiene 35 o más años y tiene migrañas sin aura.
- Es menor de 35 años y tiene migrañas que han aparecido o empeorado al usar inyectables mensuales.
- Tuvo cáncer de mama más de 5 años atrás, sin recidiva.
- Tiene diabetes de más de 20 años de evolución o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso provocados por la diabetes.
- Presenta múltiples factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares arteriales, como la edad avanzada, el tabaquismo, la diabetes y la hipertensión arterial.
- Está tomando lamotrigina. Los inyectables mensuales podrían disminuir la efectividad de la lamotrigina.

Suministro de inyectables mensuales

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede comenzar a utilizar los inyectables cuando quiera, siempre que haya una certeza razonable de que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio de la menstruación, puede comenzar a utilizar los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo* para usarlo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si el método anterior era un dispositivo intrauterino (DIU), puede comenzar inmediatamente (véase, “DIU de cobre, Sustitución del DIU por otro método”, p. 172).

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Inmediatamente, si ha estado usando el método anticonceptivo hormonal sistemática y correctamente o si de otro modo es razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario esperar a la próxima menstruación. No es necesario un método de respaldo.
- Si el método anterior era otro anticonceptivo inyectable, la primera inyección del nuevo inyectable puede administrarse cuando le hubiera correspondido recibir la siguiente inyección del inyectable anterior. No es necesario un método de respaldo.

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Retrase la primera inyección hasta 6 meses después del parto o cuando la lactancia ya no sea el principal alimento del bebé (lo que ocurra primero).

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los inyectables tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la p. 105).

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar (continuación)

Lactancia materna parcial

Menos de 6 semanas después del parto

- Retrase la primera inyección hasta que hayan transcurrido al menos 6 semanas desde el parto.

Más de 6 semanas después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Tendrá que usar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los inyectables tal como se recomienda para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la p. 105).

No está amamantando

Menos de 6 semanas después del parto

- Puede comenzar a utilizar los inyectables mensuales en cualquier momento entre el día 21 y el día 28 después del parto. No es necesario un método de respaldo. (Si corre riesgo adicional de trombosis venosa profunda, espere hasta las 6 semanas después del parto. Véase la p. 101, pregunta 2.)

Más de 4 semanas después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, puede comenzar con los inyectables en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.[†] Tendrá que usar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si se ha restablecido la menstruación, puede comenzar a utilizar los inyectables tal como se recomienda en el caso de las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la p. 105).

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- Puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

[†] En los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden aplicar la primera inyección en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar (continuación)

Después de un aborto espontáneo o provocado

- Inmediatamente. Si comienza en un plazo máximo de 7 días desde un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, puede comenzar a usar los inyectables en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

Después de tomar PAU de progestágeno solo o PAU de estrógeno y progestágeno combinados:

- Puede comenzar a utilizar o reanudar el uso de los inyectables el mismo día en que tome las PAU. No es necesario que espere a la próxima menstruación para ponerse la inyección.
- Necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si no comienza de inmediato pero regresa en busca de inyectables, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP):

- Puede comenzar a usar o reanudar el uso de los inyectables el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal. *No es necesario esperar a la próxima menstruación.* Los inyectables y el acetato de ulipristal interactúan. Si se comienza a utilizar los inyectables antes de que pasen 6 días desde la toma del acetato de ulipristal, y por tanto ambos están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos pueden ser menos efectivos.
- Concierte una cita para que la usuaria regrese para ponerse la inyección, el sexto día después de haber tomado las PAU de acetato de ulipristal o cuanto antes después de haberlas tomado.
- Tendrá que usar un método de respaldo desde el momento en que tome las PAU de acetato de ulipristal y hasta 7 días después de la inyección.
- Si no comienza el sexto día pero regresa posteriormente en busca de inyectables, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de poner la inyección hay que asesorar minuciosamente acerca de los cambios en el sangrado y otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describe los efectos secundario más frecuentes

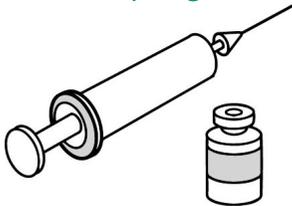
- Sangrado más escaso y de menor duración, sangrado irregular y sangrado infrecuente.
- Aumento de peso, cefaleas, mareos, mayor sensibilidad en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.

Explique estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad. La falta de sangrado no significa que haya un embarazo.
 - Habitualmente disminuyen o cesan en los primeros meses después de comenzar a ponerse las inyecciones.
 - Aunque son frecuentes, algunas mujeres no los presentan.
 - La usuaria puede volver a consultar si le molestan o preocupan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.
-

Cómo poner la inyección

1. Reúna el material necesario: una dosis de inyecable, una aguja y una jeringa



- 25 mg de AMP más cipionato de estradiol o 50 mg de EN-NET más valerato de estradiol, aguja para inyección intramuscular y jeringa de 2 ml o 5 ml. (La combinación de EN-NET y valerato de estradiol algunas veces está disponible en jeringas precargadas.)
- Para cada inyección utilice una jeringa autoinutilizable y una aguja desechable de un nuevo envase sellado (que no haya superado la fecha de caducidad ni esté dañado), de haberlo.

2. Lavado

- Si es posible, lávese las manos con agua y jabón
 - Si la zona donde va a poner la inyección está sucia, lávela con agua y jabón.
 - No es necesario limpiar la zona con antiséptico.
-

Si usa una jeringa precargada, vaya al paso 5.

3. Prepare el vial

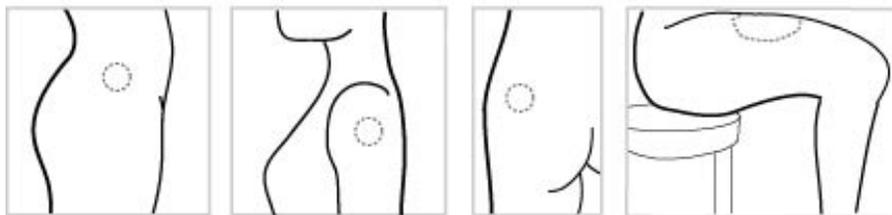
- AMP más cipionato de estradiol: Agite suavemente el vial.
- EN-NET más valerato de estradiol: No es necesario agitar el vial.
- No es necesario limpiar la parte superior del vial con antiséptico.
- Si el vial está frío, antes de poner la inyección témpelo hasta que alcance la temperatura cutánea.

4. Llene la jeringa

- Perfore la parte superior del vial con una aguja estéril y llene la jeringa con la dosis apropiada.

5. Inyecte el preparado

- Introduzca profundamente la aguja estéril en la zona de la cadera (músculo glúteo, zona ventroglútea), la parte superior del brazo (músculo deltoides) o la nalga (músculo glúteo, cuadrante superior externo) o la parte externa (anterior) del muslo, según prefiera la usuaria. Inyecte el contenido de la jeringa.
- No masajee el lugar de la inyección.



6. Elimine de manera segura las jeringas y agujas desechables

- No vuelva a poner el capuchón, no doble ni rompa las agujas antes de eliminarlas.
- Colóquelas en un envase para objetos punzocortantes.
- No reutilice las jeringas y las agujas desechables. Han sido concebidas para destruirlas después de un solo uso. Dada su forma, son muy difíciles de desinfectar. Por lo tanto, al reutilizarlas se pueden transmitir enfermedades como la infección por el VIH y la hepatitis.
- Si se usan una jeringa y una aguja reutilizables, hay que esterilizarlas de nuevo después de cada uso (véase “Prevención de infecciones en el consultorio”, p. 376).



Apoyo a la usuario de inyectables mensuales

Dé instrucciones específicas

- Dígale que no frote ni masajee el lugar de la inyección.
- Indíquele el nombre del anticonceptivo inyectable y fije con ella una fecha para ponerle la próxima inyección, al cabo de unas 4 semanas aproximadamente.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar inyectables mensuales.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Ayudarla a recordar que debe ponerse la próxima inyección a tiempo.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las PAU por si acude a ponerse la siguiente inyección programada con más de 1 semana de retraso.
- Usar los preservativos sistemáticamente además de los inyectables de progestágeno solo si el varón tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver antes de la próxima inyección”

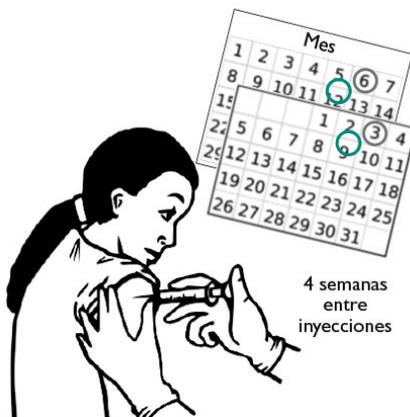
Indíquele a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada.

Consejo general de salud:

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o de un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Planificación de la próxima inyección

1. Fije con la usuaria una fecha para la próxima inyección, en 4 semanas.
2. Pídale que trate de venir en la fecha prevista. Puede acudir hasta 7 días antes o 7 días después de la fecha programada y aun así recibir la inyección.
3. Debe regresar incluso aunque sea muy tarde para la próxima inyección. Si tiene un retraso mayor de 7 días, debe abstenerse de tener relaciones sexuales o bien ha de utilizar preservativos, espermicidas, o recurrir al retiro (coito interrumpido) hasta que pueda ponerse la inyección. Si acude con más de 7 días de retraso y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días, puede plantearse también el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).



Consultas para la administración de las siguientes inyecciones

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si está preocupada por cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, en la página siguiente).
3. Póngale la inyección. La inyección se puede administrar hasta 7 días antes o 7 días después de la fecha programada.
4. Programe la próxima inyección. Fije con ella una fecha para la próxima inyección (en 4 semanas). Recuérdele que intente volver en la fecha acordada, pero que en cualquier caso debe regresar, sin importar con cuánto retraso. Todavía se le puede poner la inyección.
5. De ser posible, tómese la tensión arterial aproximadamente una vez al año (véase “Criterios médicos de elegibilidad”, pregunta 5, p. 102).
6. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo. Aborde los problemas

Cuándo se puede aplicar a la usuaria la siguiente inyección de un anticonceptivo inyectable mensual



según corresponda. Para nuevos problemas de salud que puedan requerir un cambio de método anticonceptivo, véase la p. 114.

7. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento según proceda.

Conducta a seguir en caso de inyecciones aplicadas con retraso

- Si la usuaria regresa menos de 7 días tarde para recibir la siguiente inyección programada, puede ponérsela. No hay necesidad de pruebas o evaluaciones ni de un método de respaldo.
- Si la usuaria regresa más de 7 días tarde, se le puede poner la próxima inyección si:
 - no ha tenido relaciones sexuales desde *7 días después* de la fecha programada para la inyección; o
 - ha usado un método de respaldo o ha tomado PAU después de tener relaciones sexuales sin protección desde *7 días después* de la fecha programada para la inyección.
 - Necesitará utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes a la inyección.
- Si la usuaria regresa más de 7 días tarde y no cumple estos criterios, pueden tomarse medidas adicionales para tener una certeza razonable de que no está embarazada (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).
- Analice con la usuaria por qué vino con retraso y las posibles soluciones. Si con frecuencia le resulta difícil asistir en fecha, hable con ella sobre el uso de un método de respaldo cuando acuda con retraso a recibir la próxima inyección, como tomar PAU o elegir otro método anticonceptivo.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los efectos secundarios afectan a la satisfacción de la mujer y al uso de los inyectables. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria relata efectos secundarios, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas.

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

- Tranquilícela explicándole que muchas usuarias de inyectables mensuales presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras unos pocos meses de uso.

- Para lograr un alivio moderado y breve, puede utilizar 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), empezando cuando comience el sangrado irregular. Los AINE alivian algo los sangrados irregulares en las usuarias de implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU, y también pueden ayudar a las usuarias de inyectables mensuales.
- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, en la página siguiente).

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

- Tranquilícela explicándole que muchas usuarias de inyectables mensuales presentan sangrado profuso o prolongado. No es perjudicial y suele hacerse más leve o desaparece al cabo de unos pocos meses.
- Para lograr un alivio moderado y breve, puede utilizar 800 mg de ibuprofeno 3 veces al día después de las comidas durante 5 días u otro medicamento antiinflamatorio no esteroideo (AINE), empezando cuando comience el sangrado irregular. Los AINE alivian algo los sangrados irregulares en las usuarias de implantes, inyectables de progestágeno solo y DIU, y también pueden ayudar a las usuarias de inyectables mensuales.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale que tome suplementos de hierro en comprimidos y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial, carne de vacuno e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes).
- Si el sangrado profuso o prolongado persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, en la próxima página).

Ausencia de menstruación

- Tranquilícela explicándole que hay algunas usuarias de inyectables mensuales dejan de tener la menstruación y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. No está embarazada ni es infértil. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación.)

Aumento de peso

- Analice la alimentación de la usuaria y asesore según corresponda.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia durante el uso de los inyectables.

Mayor sensibilidad en los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
- Pruebe a usar compresas calientes o frías.
- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Mareos

- Considere los remedios disponibles localmente.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Sangrado vaginal sin causa aparente (que apunta a una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Puede seguir utilizando los inyectables mensuales mientras se evalúa su afección.
- Si el sangrado está causado por una infección de transmisión sexual o una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino), puede seguir utilizando inyectables mensuales durante el tratamiento.

Migrañas (véase “Identificación de migrañas y auras migrañosas”, p. 436.)

- Independientemente de la edad, una mujer que presenta migrañas, con o sin aura, o cuyas migrañas empeoran cuando usa los inyectables mensuales, debe dejar de utilizarlos.
- Ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Circunstancias que le impidan caminar durante una semana o más

- Si se va a someter a una intervención de cirugía mayor, o si tiene la pierna escayolada o si, por cualquier motivo, no podrá moverse durante varias semanas, la usuaria debe:
 - Comunicarles a los médicos que la atiendan que está utilizando inyectables mensuales.
 - De ser posible, interrumpir las inyecciones un mes antes de la intervención quirúrgica programada y utilizar un método de respaldo durante ese periodo.
 - Reanudar el uso de los inyectables mensuales 2 semanas después de que pueda moverse de nuevo.

Ciertas afecciones graves (sospecha de cardiopatía o de hepatopatía grave, hipertensión arterial [tensión sistólica de 140 mm Hg o superior o tensión diastólica de 90 mm Hg o superior], coágulos sanguíneos en venas profundas de las piernas [trombosis venosa profunda] o en los pulmones [embolia pulmonar], accidente cerebrovascular, cáncer de mama, o daño a las arterias, los riñones, la visión o el sistema nervioso causado por la diabetes). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- No le administre la próxima inyección.
- Proporciónale un método de respaldo para que lo use hasta que se evalúe su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derivela para su diagnóstico y asistencia.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo.
- Deje de administrar las inyecciones si se confirma el embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer está usando inyectables mensuales (véase la pregunta 3, p. 116).

Comienzo del tratamiento con lamotrigina

- Los métodos anticonceptivos hormonales combinados, entre ellos los inyectables mensuales, pueden reducir la efectividad de la lamotrigina. A no ser que la mujer pueda utilizar otro medicamento anticonvulsivante que no sea la lamotrigina, ayúdela a elegir un método anticonceptivo sin estrógenos.

Preguntas y respuestas sobre los inyectables mensuales

1. ¿Qué diferencias hay entre los inyectables mensuales y los inyectables de progestágeno solo?

La diferencia principal entre los inyectables mensuales y los inyectables de progestágeno solo (AMPD o EN-NET) es que los inyectables mensuales contienen un estrógeno así como alguno de estos progestágenos, por lo que se trata de un método anticonceptivo combinado. Además, los inyectables mensuales contienen una menor cantidad de progestágeno. Estas diferencias se traducen en un sangrado más regular y en menos trastornos del sangrado que con los inyectables de progestágeno solo. Los inyectables mensuales requieren una inyección mensual, mientras que el EN-NET se inyecta cada 2 meses y el AMPD cada 3 meses. (Véase "Comparación de los inyectables", p. 427.)

2. ¿Los inyectables mensuales actúan como los anticonceptivos orales combinados?

En buena medida, sí. Los inyectables mensuales (también denominados anticonceptivos inyectables combinados) son similares a los anticonceptivos orales combinados (AOC). Se han realizado pocos estudios a largo plazo con inyectables mensuales, pero algunos investigadores creen que la mayoría de los resultados obtenidos con los AOC también se aplican a los inyectables mensuales. Los inyectables mensuales, sin embargo, no pasan primero por el hígado, dado que no se toman por vía oral como los AOC. En estudios a corto plazo se ha demostrado que los inyectables mensuales tienen, en comparación con los AOC, menos efectos sobre la tensión arterial, la coagulación, la descomposición de las sustancias grasas (metabolismo lipídico) y la función hepática. Se están llevando a cabo estudios a largo plazo sobre los riesgos y los beneficios para la salud de los inyectables mensuales.

3. ¿Los inyectables mensuales causan defectos congénitos? ¿El feto sufrirá algún daño si una mujer accidentalmente utiliza inyectables mensuales estando embarazada?

No. En estudios sobre otros métodos anticonceptivos hormonales se han obtenido pruebas convincentes de que la anticoncepción hormonal no causará defectos congénitos ni dañará de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras está usando inyectables mensuales o si comienza accidentalmente a usarlos cuando ya está embarazada.

4. ¿Los inyectables mensuales causan abortos espontáneos?

No. En las investigaciones sobre anticonceptivos combinados se ha observado que no interrumpen el embarazo en curso. No deben usarse como abortivos. No funcionarán.

5. ¿Las fechas de administración de las siguientes inyecciones deben basarse en la fecha en que comienza la menstruación?

No. Algunos proveedores piensan que hay que aplicar la próxima inyección únicamente cuando comienza la siguiente menstruación. Sin embargo, el calendario de inyecciones no debe basarse en los episodios de sangrado. La usuaria debe recibir la inyección cada 4 semanas. El calendario de inyecciones no debe basarse en su menstruación.

6. ¿Se pueden usar los inyectables mensuales para provocar la menstruación?

No. La mujer puede presentar algo de sangrado vaginal (un “sangrado por privación”) como resultado de una inyección, pero no hay evidencia de que la aplicación de una sola inyección del inyectable mensual a una mujer con un sangrado irregular haga que la menstruación comience en tiempo, aproximadamente un mes después. Por otra parte, ponerle una inyección a una mujer embarazada no provocará un aborto.

7. ¿Las mujeres fumadoras pueden usar inyectables mensuales con seguridad?

Las mujeres menores de 35 años que fuman cigarrillos, sin importar la cantidad, y las mujeres de 35 años y mayores que fuman menos de 15 cigarrillos por día pueden usar inyectables mensuales con seguridad. (En cambio, las mujeres de 35 años y mayores que fuman cigarrillos, sin importar la cantidad, no deben usar AOC.) Las mujeres de 35 años y mayores que fuman más de 15 cigarrillos por día deben elegir un método anticonceptivo sin estrógenos, como los inyectables de progestágeno solo, de estar disponibles. Hay que instar a todas las mujeres que fuman a que dejen de hacerlo.

8. ¿Los inyectables mensuales modifican el estado de ánimo o el deseo sexual de la mujer?

En general, no. Algunas mujeres que usan inyectables mensuales refieren esos síntomas. Por el contrario, la gran mayoría de las usuarias de inyectables no refieren ningún cambio de ese tipo, y algunas indican que ha mejorado tanto su estado de ánimo como su deseo sexual. Es difícil afirmar si este tipo de cambios se deben a los inyectables mensuales o a otros motivos. No hay indicios de que los inyectables mensuales afecten al comportamiento sexual de las mujeres.

9. ¿Las mujeres con várices pueden usar inyectables mensuales?

Sí. Los inyectables mensuales son seguros para las mujeres con várices. Las várices (venas varicosas) son vasos sanguíneos agrandados que se encuentran cerca de la superficie cutánea. No son peligrosas. No se trata de coágulos sanguíneos, ni son las venas profundas de las piernas, donde un coágulo sanguíneo (trombosis venosa profunda) puede ser peligroso. Las mujeres que tengan o hayan tenido una trombosis venosa profunda no deben usar inyectables mensuales.

10. ¿Los inyectables mensuales producen infertilidad en la mujer?

No. Puede haber una demora en la recuperación de la fertilidad tras suspender los inyectables mensuales, pero con el tiempo la mujer puede quedarse embarazada como antes, si bien la fertilidad disminuye a medida que aumenta la edad. El patrón de sangrado que tenía la mujer antes de usar los inyectables mensuales suele recuperarse unos pocos meses después de la última inyección.

11. ¿Cuánto tiempo tarda una mujer en quedarse embarazada tras dejar de usar los inyectables mensuales?

Las mujeres que dejan de usar inyectables mensuales tardan aproximadamente un mes más en quedarse embarazadas en comparación con las que han usado otros métodos anticonceptivos. Esto significa que se quedan embarazadas, en promedio, 5 meses después de la última inyección. Se trata de valores medios. La mujer no debe preocuparse si no se queda embarazada incluso hasta 12 meses después de dejar de usarlos. Tras dejar de utilizar los inyectables mensuales, la mujer puede ovular antes de que se restablezca la menstruación y, por tanto, puede quedarse embarazada. Si quiere seguir evitando el embarazo, deberá comenzar a usar otro método anticonceptivo antes de que se restablezca la menstruación.

Parche anticonceptivo combinado

6

Parche anticonceptivo combinado

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **La mujer utiliza un pequeño parche adhesivo** que lleva puesto en el cuerpo en todo momento, día y noche. Se usa un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, seguidas de una cuarta semana en la que no se usa el parche.
- **Para que la efectividad sea óptima, hay que cambiar cada parche a su debido tiempo.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.** Generalmente se produce sangrado irregular los primeros meses y luego sangrado más escaso y más regular.

¿En qué consiste el parche anticonceptivo combinado?

- Es un pequeño cuadrado de plástico, fino y flexible, que se pega al cuerpo.
- Libera de continuo, directamente desde la piel al torrente sanguíneo, 2 hormonas — un progestágeno y un estrógeno — como las hormonas naturales (progesterona y estrógenos) presentes en el cuerpo de la mujer.
- La mujer se pone un parche nuevo cada semana durante 3 semanas, y en la cuarta semana no se pone ningún parche. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá la menstruación.
- También se lo conoce como Ortho Evra y Evra.
- Actúa fundamentalmente impidiendo que los ovarios liberen óvulos (ovulación).

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se cambia el parche con retraso.

- Tal como suelen utilizarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias del parche anticonceptivo combinado. Esto significa que 93 de cada 100 mujeres que utilizan el parche anticonceptivo combinado no se quedarán embarazadas.
- Cuando no se cometen errores al usar los parches, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de los parches (3 por cada 1.000 mujeres).



- Las tasas de embarazo pueden ser algo más altas en las mujeres que pesan 90 kg o más.

Recuperación de la fertilidad tras suspender el uso de los parches: De inmediato.

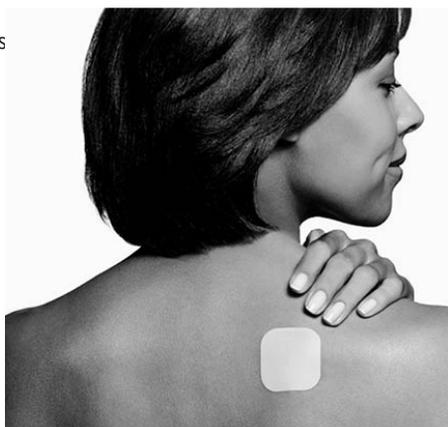
Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Irritación cutánea o erupción en el lugar de aplicación del parche
- Cambios en los patrones de sangrado:[†]
 - Sangrado más escaso y durante menos
 - Sangrado irregular
 - Sangrado prolongado
 - Ausencia de menstruación
- Cefaleas
- Náuseas
- Vómitos
- Mayor sensibilidad y dolor en los senos
- Dolor abdominal
- Síntomas gripales o infección de las vías respiratorias altas
- Irritación, enrojecimiento o inflamación de la vagina (vaginitis)



Beneficios y riesgos conocidos para la salud

Los estudios a largo plazo realizados con los parches anticonceptivos son escasos, pero algunos investigadores creen que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los AOC (véase “Anticonceptivos orales combinados, Beneficios y riesgos para la salud”, p. 3).

Los criterios médicos de elegibilidad, las directrices sobre cuándo comenzar y la ayuda a las usuarias continuas de los parches anticonceptivos combinados son los mismos que para los AOC y los anillos vaginales anticonceptivos combinados. Véase el capítulo 1, “Anticonceptivos orales combinados”, pp. 6, 11 y 19.

[†]Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 407.

Suministro de parches anticonceptivos combinados

Explique cómo se utilizan

Explique cómo sacar el parche de la bolsa y retirar el revestimiento posterior

- Explique a la usuaria que debe rasgar la bolsa de aluminio a lo largo del borde.
- Luego debe sacar el parche y retirar el revestimiento posterior sin tocar la superficie adhesiva.

Muestre dónde y cómo debe ponerse el parche

- Explíquelo que puede aplicárselo en la parte superior del brazo, la espalda, la zona del estómago, el abdomen o los glúteos, en algún lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas.
- Durante 10 segundos, debe presionar contra la piel la superficie adhesiva del parche, que contiene el medicamento. Debe deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse de que se pega.
- El parche permanecerá puesto incluso mientras trabaja, hace ejercicio, nada o se baña.

Debe cambiarse el parche todas las semanas durante 3 semanas consecutivas

- Debe aplicarse cada parche nuevo en el mismo día de la semana, el “día de cambio del parche”. Por ejemplo si se pone el primer parche un domingo, debe ponerse siempre los parches un domingo.
- Explíquelo que para evitar la irritación, no debe colocar el nuevo parche en el mismo lugar de la piel donde estaba el anterior.

No debe usar un parche en la cuarta semana

- Probablemente tenga la menstruación esa semana.

Después de la semana sin parche debe ponerse un nuevo parche

- Nunca deben pasar más de 7 días sin usar el parche. Si esto ocurre, corre el riesgo de quedarse embarazada.

Apoyo a la usuaria

Instrucciones en caso de que se reemplace o retire el parche con retraso o si el parche se cae

¿Se olvidó de ponerse un parche nuevo una vez transcurrido el periodo de 7 días sin parche?

- Póngase un parche nuevo cuanto antes.
- Mantenga el mismo día de cambio del parche.
- Si solo se retrasa 1 o 2 días (48 horas o menos), no hay necesidad de un método de respaldo.
- Si se retrasa más de 2 días (más de 48 horas) (es decir, si no ha usado ningún parche durante 10 o más días consecutivos), utilice un método de respaldo durante los 7 primeros días de uso del parche.
- Además, si se ha retrasado más de 2 días y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días, considere la posibilidad de tomar PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Ha cambiado el parche con retraso al final de la semana 1 o 2?

- Si se retrasa solo 1 o 2 días (48 horas o menos), póngase un parche nuevo cuanto antes. Mantenga el mismo día de cambio del parche. No es necesario un método de respaldo.
- Si se retrasa más de 2 días (más de 48 horas), póngase un parche nuevo cuanto antes. Este parche empezará un ciclo nuevo de 4 semanas, y este día de la semana se convertirá en el nuevo día de cambio del parche. Utilice además un método de respaldo durante los 7 días siguientes.
- Por otra parte, si se ha retrasado más de 2 días y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días, considere la posibilidad de tomar PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Ha cambiado el parche con retraso al final de la semana 3?

- Retire el parche.
- Comience el próximo ciclo el día habitual de cambio del parche.
- No es necesario un método de respaldo.

¿El parche se cayó y ha estado sin parche durante menos de 2 días (48 horas o menos)?

- Póngase un parche nuevo cuanto antes. (Puede usar el mismo parche que se cayó si han transcurrido menos de 24 horas.)
- No es necesario un método de respaldo.
- Mantenga el mismo día de cambio del parche.

¿El parche se cayó y ha estado sin parche durante más de 2 días (más de 48 horas)?

- Póngase un parche nuevo cuanto antes.
- Utilice un método de respaldo* durante los 7 próximos días.
- Mantenga el mismo día de cambio del parche.
- Si esto ocurre durante la semana 3, omita la semana sin parche y póngase un nuevo parche inmediatamente después de la semana 3. Si no puede ponerse un parche nuevo de inmediato, emplee un método de respaldo* y siga utilizándolo durante los 7 primeros días de uso del parche.
- Si esto ha ocurrido durante la semana 1 y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días, considere la posibilidad de tomar PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcionele preservativos.

Anillo vaginal anticonceptivo combinado

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **La mujer se coloca un anillo flexible en la vagina.** Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, tanto de día como de noche, durante 3 semanas. Pasado ese período, se quita el anillo. Siete días después se pone un anillo nuevo.
- **Para que la efectividad sea óptima, debe ponerse cada nuevo anillo a tiempo.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes y no son perjudiciales.** Generalmente se trata de sangrado irregular los primeros meses y luego sangrado más escaso y más regular.

¿En qué consiste el anillo vaginal anticonceptivo combinado?

- Es un anillo flexible que se coloca en la vagina.
- Libera de continuo, desde el interior del anillo, dos hormonas —un progestágeno y un estrógeno— como las hormonas naturales (progesterona y estrógenos) presentes en el cuerpo de la mujer. Las hormonas se absorben a través de la pared de la vagina y pasan directamente al torrente sanguíneo.
- El anillo se mantiene colocado durante 3 semanas, luego de lo cual se retira a la cuarta semana. Durante esta cuarta semana la mujer tendrá la menstruación.
- También se lo denomina NuvaRing.
- Funciona básicamente impidiendo que los ovarios liberen óvulos (ovulación).

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer se coloca un nuevo anillo vaginal con retraso

- Tal como suelen utilizarse, durante el primer año se registran cerca de 7 embarazos por cada 100 usuarias de los anillos vaginales anticonceptivos combinados. Esto significa que 93 de cada 100 mujeres que utilizan el anillo vaginal anticonceptivo combinado no se quedarán embarazadas.
- Cuando no se cometen errores al usar los anillos vaginales anticonceptivos combinados, durante el primer año se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de estos anillos vaginales (3 por cada 1.000 mujeres).

Recuperación de la fertilidad tras suspender el uso de los anillos vaginales:
De inmediato.

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado,[†] por ejemplo:
 - Sangrado más escaso y durante menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
- Sangrado prolongado
- Ausencia de menstruación
- Cefaleas
- Irritación, enrojecimiento o inflamación de la vagina (vaginitis)
- Flujo vaginal blanco

Beneficios y riesgos conocidos para la salud

Los estudios a largo plazo realizados con los anillos vaginales son escasos, pero algunos investigadores creen que los beneficios y riesgos para la salud son similares a los de los AOC (véase “Anticonceptivos orales combinados, Beneficios y riesgos para la salud”, p. 3). Hasta la fecha, los datos obtenidos no evidencian efectos adversos.

Los criterios médicos de elegibilidad, las directrices sobre cuándo comenzar y la ayuda a las usuarias continuas de los parches anticonceptivos combinados son los mismos que para los AOC y los anillos vaginales anticonceptivos combinados. Véase el capítulo 1, “Anticonceptivos orales combinados”, pp. 6, 11 y 19.

[†]Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

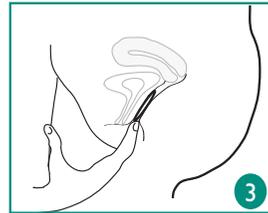
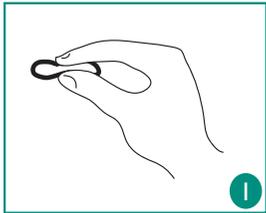
Suministro de anillos vaginales anticonceptivos combinados

Explique cómo se utilizan

Explique cómo se inserta el anillo



- La usuaria puede elegir la posición que le resulte más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada y hacia delante, en cuclillas o acostada.
- Debe presionar los lados opuestos del anillo, aproximándolos, y empujar suavemente el anillo doblado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- La posición exacta del anillo en la vagina no es importante, pero insertarlo profundamente ayuda a mantenerlo en su lugar y hace que sea menos probable que la usuaria lo sienta. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.



Explique que el anillo debe permanecer colocado durante 3 semanas

- La usuaria debe llevar el anillo puesto todo el tiempo, de día y de noche, durante 3 semanas.
- Puede quitarse el anillo al final de la tercera semana y eliminarlo con la basura doméstica.

El anillo debe retirarse al comienzo de la cuarta semana

- Para retirar el anillo, debe engancharlo con el dedo índice, o apretar el anillo entre el índice y el dedo medio y sacarlo.
- Probablemente tenga la menstruación esa semana.
- Si se olvida de retirar el anillo y lo deja colocado durante la cuarta semana, no es necesario que tome ninguna medida especial.

El anillo nunca se debe dejar fuera de la vagina durante más de 48 horas hasta la cuarta semana

- El anillo se puede retirar para tener relaciones sexuales, para limpiarlo o por otros motivos, aunque no es necesario retirarlo y no se recomienda hacerlo, dado que algunas mujeres se olvidan de colocarlo de nuevo en un plazo máximo de 48 horas.
- Si el anillo se sale, hay que enjuagarlo con agua limpia y colocarlo inmediatamente.

Apoyo a la usuaria

Instrucciones en caso de que se reemplace o retire el anillo con retraso

¿Se quitó el anillo durante 48 horas o menos en las semanas 1–3?

- Vuelva a introducir el anillo en la vagina cuanto antes.
- No es necesario un método de respaldo.

¿Se quitó el anillo durante más de 48 horas en las semanas 1 o 2?

- Vuelva a introducir el anillo en la vagina cuanto antes.
- Utilice un método de respaldo* en los 7 próximos días.
- Si se quitó el anillo durante más de 48 horas en la primera semana y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 días anteriores, considere la posibilidad de tomar PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Se quitó el anillo durante más de 48 horas en la semana 3?

- Vuelva a introducir el anillo en la vagina cuanto antes.
- Utilice un método de respaldo* durante los 7 días siguientes.
- Póngase un anillo nuevo al final de la tercera semana y omita la semana sin anillo. Si no puede ponerse el nuevo anillo al final de la tercera semana, utilice un método de respaldo y siga usándolo durante los 7 primeros días de uso de un nuevo anillo.

¿Se olvidó de ponerse un anillo nuevo al comienzo del ciclo?

- Póngase un anillo nuevo cuanto antes. Si solo se retrasa 1 o 2 días (48 horas o menos) —es decir, si no ha tenido puesto el anillo como máximo 9 días consecutivos— no hay necesidad de un método de respaldo.
- Mantenga el mismo día para retirar los anillos.
- Si el anillo nuevo se inserta con más de 2 días de retraso (más de 48 horas) —es decir, si el anillo ha estado fuera de la vagina durante 10 o más días consecutivos— utilice un método de respaldo durante los 7 primeros días de uso del anillo.
- Además, si ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días, considere la posibilidad de tomar PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Ha tenido puesto el anillo durante más de 3 semanas?

- Si se usa el mismo anillo hasta 28 días (4 semanas), no es necesario un método de respaldo. La usuaria puede completar la semana sin anillo o ponerse un nuevo anillo de inmediato.
- Si se usa el mismo anillo durante 28 a 35 días (más de 4 semanas pero menos de 5), debe ponerse un anillo nuevo y saltar la semana sin anillo. No se necesita ningún método de respaldo.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcionele preservativos.

Anillo vaginal liberador de progesterona

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Es adecuado para las mujeres que, después del parto, están amamantando activamente, al menos 4 veces al día.**
- **La mujer se coloca un anillo flexible en la vagina.** Debe llevar el anillo puesto todo el tiempo, de día y de noche, durante 90 días. Se pueden utilizar cuatro anillos, uno tras otro, durante aproximadamente un año después del parto.
- **Para que la efectividad sea óptima, cada anillo nuevo debe ponerse inmediatamente después de retirar el anterior.**
- **Colocarlo en la vagina y retirarlo resulta fácil.** Si cambian los planes reproductivos de la usuaria, puede retirar el anillo en cualquier momento sin la ayuda de un proveedor de atención de salud.

¿En qué consiste el anillo vaginal liberador de progesterona?

- Es un anillo de silicona, suave y flexible, que se coloca en la vagina para prolongar la amenorrea de la lactancia (para retrasar el restablecimiento de la menstruación) y ayudar a las mujeres que amamantan a espaciar los embarazos.
- Desde el interior del anillo se libera continuamente progesterona natural, como la que se encuentra en el cuerpo de la mujer. La hormona pasa a través de la pared de la vagina directamente al torrente sanguíneo. Este anillo no contiene estrógeno.
- Al anillo comienza a usarse de 4 a 9 semanas después de dar a luz. Cada anillo permanece en la vagina durante 90 días. Pasado este tiempo, la usuaria puede reemplazarlo por uno nuevo de inmediato. Se pueden utilizar hasta cuatro anillos, uno tras otro, sin interrupción.



- Actúa previniendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación). La progesterona amplía la amenorrea posparto de la mujer que amamanta, es decir, retrasa el restablecimiento de la menstruación.
- Es una opción segura y efectiva para una mujer:
 - que tenga un bebé de al menos 4 semanas de edad;
 - que esté amamantando a su bebé al menos 4 veces al día y tenga previsto seguir amamantándolo;
 - cuya menstruación no se haya restablecido.

¿Cuán efectivo es?

Uno o 2 embarazos al año por cada 100 mujeres que usan el anillo vaginal liberador de progesterona.

- *Recuperación de la fertilidad tras suspender su uso:* De inmediato.
- *Protección contra las infecciones de transmisión sexual:* Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Manchado o hemorragia irregular
- Dolor en la zona inferior del abdomen
- Dolor mamario
- Flujo vaginal

Beneficios y riesgos conocidos para la salud

- No hay cambios en la producción o la composición de la leche materna; este método apoya la lactancia materna continua y la nutrición saludable del lactante.
- Es seguro y efectivo, según indican varios estudios de 1 año de duración. Sus riesgos para la salud pueden ser como los de los anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP; véase “Píldoras de progestágeno solo, Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud”, p. 31).
- Las mujeres que están amamantando activamente, si han pasado al menos 4 semanas desde el parto, pueden usar con seguridad el anillo vaginal liberador de progesterona (categoría 1 según los criterios médicos de elegibilidad [CME]).

Suministro de anillos vaginales liberadores de progesterona

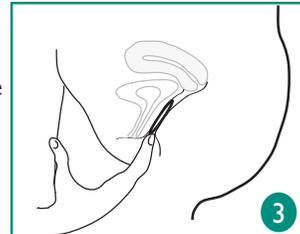
Explique cómo se utilizan

Explique cómo se inserta el anillo

- La usuaria puede elegir la posición que le resulte más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada y hacia delante, en cuclillas o acostada.
- Debe apretar a la vez los lados opuestos del anillo y, con el dedo índice, empujar suavemente el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina (véase la imagen 1). Empujar hacia abajo con los músculos de la vagina mientras se inserta el anillo puede ser útil.



- La posición exacta del anillo en la vagina no es importante, pero insertarlo profundamente ayuda a mantenerlo en su lugar (véase la imagen 2) y hace que sea menos probable que la usuaria lo sienta. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.



- La usuaria no debe sentir el anillo después de colocarlo en la vagina. Si lo percibe, tiene la sensación de que se desliza o se encuentra incómoda, es posible que no lo haya introducido suficientemente en la vagina. Indíquele que el dedo que utilice para introducir suavemente el anillo lo más que pueda dentro de la vagina debe estar limpio. No hay ningún peligro de introducir el anillo demasiado dentro de la vagina, ni de que se rompa durante la inserción o se pierda.

(continúa en la página siguiente)

(continúa)

Explique que el anillo debe permanecer colocado durante 90 días

- Para mantener la efectividad, la usuaria debe llevar el anillo puesto todo el tiempo.
- Para seguir evitando el embarazo, la usuaria puede retirar el anillo transcurridos los 90 días y reemplazarlo inmediatamente por uno nuevo. Puede usar 4 anillos, durante un período máximo de un año en el período posparto.
- El anillo puede eliminarse con la basura doméstica. No se recomienda eliminar el anillo por un inodoro con descarga de agua.

El anillo nunca debe estar fuera de la vagina durante más de 2 horas

- El anillo debe permanecer siempre dentro de la vagina. Algunas mujeres pueden retirarlo para mantener relaciones sexuales o para limpiarlo, pero esto no es necesario ni recomendable, ya que algunas mujeres se olvidan de volver a ponérselo en un plazo máximo de 2 horas.
- Si el anillo se desliza y se sale, la usuaria debe enjuagarlo con agua limpia y colocárselo inmediatamente.

Explique a la usuaria que es posible que su pareja perciba el anillo

- En general, esto no interfiere en la relación sexual ni reduce el placer sexual.
-

Apoyo a la usuaria: Qué hacer si...

El anillo estuvo fuera de la vagina más de 2 horas

- Vuelva a introducir el anillo en la vagina cuanto antes. Póngase en contacto con su proveedor de atención de salud para tratar cualquier inquietud o duda que tenga.

El anillo estuvo fuera de la vagina más de 24 horas

- Vuelva a introducir el anillo en la vagina cuanto antes. Use un preservativo si tiene relaciones sexuales en las próximas 48 horas. Póngase en contacto con su proveedor de atención de salud para tratar cualquier inquietud o duda que tenga.

Percibe que el anillo se desliza

- Use un dedo limpio para empujar el anillo hacia arriba, lo más adentro posible en la vagina.

Después de un año de uso o si ya no está amamantando al menos 4 veces al día

- Para espaciar más los nacimientos, la mujer puede planear con anticipación el cambio a otro método de planificación familiar. Tanto para la madre como para el hijo es saludable que haya al menos 2 años entre el nacimiento de un hijo y el siguiente embarazo.
-

Implantes

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Los implantes son pequeñas varillas flexibles** que se colocan justo debajo de la piel de la parte superior del brazo.
- **Brindan protección a largo plazo frente el embarazo.** Los implantes son muy efectivos durante un período de entre 3 y 5 años, dependiendo del tipo de implante. Son reversibles de inmediato.
- **Es necesario que un proveedor específicamente capacitado los inserte y retire.** La mujer no puede comenzar a usar el implante o dejar de usarlo por sí misma.
- **Una vez colocado el implante, la usuaria tiene poco más que hacer.** Evita errores de las usuarias y problemas con el reabastecimiento.
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes, pero no son perjudiciales.** Por lo general, se trata de sangrado irregular prolongado durante el primer año, y luego sangrado más leve y más regular, sangrado poco frecuente o ausencia de sangrado.

¿Qué son los implantes?

- Los implantes son pequeñas varillas de plástico, cada una aproximadamente del tamaño de un fósforo, que liberan un progestágeno parecido a la progesterona natural presente en el cuerpo de la mujer.
- Un proveedor específicamente capacitado realiza un procedimiento quirúrgico menor para colocar 1 o 2 varillas bajo la piel de la parte superior del brazo de la usuaria.
- No contienen estrógenos, por lo que se pueden utilizar durante toda la lactancia materna y los pueden usar mujeres en las que no están indicados los métodos anticonceptivos con estrógenos.
- Tipo de implantes:
 - Jadelle: 2 varillas que contienen levonorgestrel (LNG); es muy efectivo durante 5 años.
 - Implanon NXT (también conocido como Nexplanon; reemplaza a Implanon): 1 varilla que contiene etonogestrel (ETG). En la información sobre el producto, se indica que puede usarse durante un período de hasta 3 años (según un estudio reciente, puede ser muy efectivo durante 5 años). Implanon NXT se puede ver en la radiografía y tiene un dispositivo de inserción mejorado.
 - Levoplant (Sino-Implant (II)): 2 varillas que contienen LNG. En la información sobre el producto, se indica que puede usarse durante un período de hasta 3 años.
 - Norplant: Constaba de 6 cápsulas y era efectivo durante 5 a 7 años, pero se dejó de fabricar en el 2008 y ya no está disponible para su inserción. Sin embargo, es posible que todavía sea necesario retirar las cápsulas de Norplant a un pequeño número de mujeres.

- Los implantes actúan principalmente:
 - Impidiendo la liberación de óvulos de los ovarios (ovulación).
 - Espesando el moco cervical (esto impide que los espermatozoides lleguen al óvulo).

¿Cuán efectivos son?

Los implantes uno de los métodos más efectivos y duraderos.

- Se estima mucho menos de 1 embarazo cada 100 mujeres que utilizan implantes durante el primer año. En concreto, solo se estima 1 embarazo cada 1.000 mujeres que utilizan implantes durante el primer año, lo que significa que 999 cada 1.000 mujeres que utilizan implantes no se quedarán embarazadas. Se estima menos de 1 embarazo cada 100 mujeres durante todo el período de uso del implante.
- Sigue existiendo un pequeño riesgo de embarazo después del primer año de uso, que continúa mientras la mujer está utilizando implantes.
- En las mujeres con más peso, la efectividad de Jadelle y Levoplant puede disminuir hacia el final de la duración del uso, que se indica en la información sobre el producto. Es posible que estas usuarias quieran reemplazar los implantes antes (véase la pregunta 9, al final de este capítulo, p. 162).



Recuperación de la fertilidad después de retirar los implantes: Sin demora

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

¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los implantes?

- No requieren que la usuaria haga nada una vez insertados.
- Previenen el embarazo de manera muy efectiva.
- Son duraderos y reversibles.
- No interfieren en las relaciones sexuales.

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, más adelante en este capítulo, p. 151)

Algunas usuarias refieren lo siguiente:

- Cambios en los patrones de sangrado.¹
 - Desde los primeros meses hasta 1 año después de su inserción:
 - Sangrado más escaso y durante menos días
 - Sangrado prolongado
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Ausencia de menstruación
 - Después de aproximadamente 1 año:
 - Sangrado más escaso y durante menos días
 - Sangrado irregular
 - Sangrado infrecuente
 - Ausencia de menstruación
- Las usuarias de Implanon e Implanon NXT son más propensas a tener sangrado infrecuente, sangrado prolongado o ausencia de menstruación que sangrado irregular.
- Cefaleas
- Dolor abdominal
- Acné (puede mejorar o empeorar)
- Variación del peso
- Mayor sensibilidad en los senos
- Mareos
- Cambios del estado de ánimo
- Náuseas

Otros cambios físicos posibles:

- Aumento del tamaño de los folículos ováricos

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

¹ Para consultar las definiciones de los patrones de sangrado, véase “Sangrado vaginal” en el Glosario.

Beneficios y riesgos para la salud

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- El embarazo y los riesgos asociados, incluido el embarazo ectópico

Pueden ayudar a proteger contra:

- La anemia ferropénica

Reducen:

- El riesgo de embarazo ectópico

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Complicaciones

Poco frecuentes:

- Infección en el lugar de inserción (la mayoría de las infecciones se presentan en los 2 primeros meses después de la inserción)
- Extracción difícil (es raro si el implante se insertó correctamente y el proveedor tiene práctica en la extracción)

Raras:

- Expulsión del implante (las expulsiones suelen ocurrir en los 4 primeros meses después de la inserción)

Extremadamente raras:

- Migración del implante. Se han notificado unos cuantos casos de implantes que se encontraron en otro lugar del cuerpo (por ejemplo, en un vaso sanguíneo) debido a una inserción incorrecta.

Aclarar malentendidos

(véase también “Preguntas y respuestas”, p. 161)

Implantes:

- Dejan de funcionar una vez retirados. Sus hormonas no permanecen en el cuerpo de la mujer.
- No causan ningún daño si detienen la menstruación. Es parecido a no tener la menstruación durante el embarazo. La sangre no se acumula en el cuerpo de la mujer.
- No provocan infertilidad en la mujer.
- No aumentan el riesgo de embarazo ectópico (véase la pregunta 7, p. 162).

¿Quién puede y quién no puede usar implantes?

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Pueden usar implantes de manera segura y efectiva casi todas las mujeres, incluidas las mujeres :

- que hayan tenido hijos o no;
- que estén casadas o no;
- cualquiera sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años (véase la pregunta 13 al final de este capítulo)
- que acaban de tener un aborto provocado o espontáneo, o un embarazo ectópico;
- que fuman, independientemente de la edad o de la cantidad de cigarrillos que fumen;
- que están amamantando;
- que tienen anemia o la han tenido en el pasado;
- que tienen várices (venas varicosas);
- que tienen infección por el VIH, reciban o no tratamiento antirretroviral (véase el recuadro “Implantes para las mujeres con infección por el VIH”, p. 137).

Evite procedimientos innecesarios

(véase “Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar” al principio del capítulo 26)

Las mujeres pueden comenzar a utilizar los implantes:

- sin una exploración ginecológica;
- sin un análisis de sangre ni otras pruebas de laboratorio habituales;
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino;
- sin una exploración de las mamas;
- sin una prueba de embarazo.
 - Se pueden insertar los implantes a la mujer en cualquier momento, incluso si entonces no tiene la menstruación, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo” en el interior de la contraportada).

Es aconsejable medir la tensión arterial antes de comenzar a utilizar un método anticonceptivo hormonal. Sin embargo, cuando los riesgos de embarazo son altos y hay pocos métodos disponibles, no se debe negar a la mujer un método anticonceptivo hormonal simplemente porque no se le pueda medir la tensión arterial. Si es posible, se le puede tomar la tensión arterial más tarde, en un momento y un lugar que le resulten cómodos.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Implantes

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces se le pueden insertar los implantes si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a usar los implantes.

1. ¿Tiene cirrosis hepática grave o un tumor hepático grave?

No Sí Si la usuaria refiere que tiene una cirrosis grave o un tumor hepático grave, como el cáncer hepático, no le proporcione los implantes. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

No Sí Si refiere que tiene un coágulo en las piernas (en venas profundas, no en venas superficiales) o en un pulmón y no recibe tratamiento anticoagulante, no le proporcione los implantes. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

No Sí Si la usuaria refiere que tiene un sangrado vaginal de causa desconocida que pueda apuntar a un embarazo o a una afección médica de fondo, los implantes pueden dificultar más el diagnóstico y el control de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir otro método para utilizar hasta que se haya evaluado y tratado la afección, que no sean inyectables de progestágeno solo ni un DIU de cobre ni hormonal. Tras el tratamiento, reconsidere el uso de implantes.

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

No Sí En caso afirmativo, no indique implantes. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Por otra parte, una mujer no debe usar implantes si refieren que padecen un lupus con anticuerpos antifosfolípidos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos) y no están recibiendo tratamiento inmunodepresor. Para ver las clasificaciones completas, véase el apéndice D, “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”.

Asegúrese de explicar los beneficios y los posibles riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la usuaria elija. Mencione también cualquier circunstancia o afección que pueda hacer que el método no sea recomendable para esa usuaria en particular.

Uso del juicio clínico en casos especiales

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar implantes. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método anticonceptivo más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar implantes. El proveedor debe considerar la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Trombosis aguda en venas profundas de las piernas o embolia pulmonar aguda.
- Sangrado vaginal sin causa aparente antes de la evaluación de posibles afecciones graves subyacentes.
- Antecedentes de cáncer de mama hace más de 5 años, sin recidiva.
- Cirrosis hepática grave o tumor hepático grave.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos) y sin tratamiento inmunodepresor.

Implantes para las mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH, incluidas las que siguen un tratamiento antirretroviral (ARV), pueden usar con seguridad los implantes.
- El efavirenz puede reducir la efectividad de los implantes. Recomiende a las mujeres que toman este ARV que usen preservativos además de los implantes para lograr una mayor protección frente al embarazo. (Véase la pregunta 14 al final de este capítulo).



Suministro de implantes

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: Una mujer puede comenzar a usar los implantes cuando quiera, si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada de este manual). No es necesario hacer pruebas o exploraciones antes de utilizar los implantes, aunque es aconsejable medir la tensión arterial.

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
-----------------------	-----------------

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal	En cualquier momento del mes
--	-------------------------------------

- Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, se le pueden insertar los implantes inmediatamente y no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio de la menstruación, se le pueden insertar los implantes en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que utilizar un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.
- Si el método anterior era un DIU, véase “Sustitución del DIU por otro método” en el capítulo 10, “Dispositivo intrauterino de cobre”, pp. 187-188.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal	
---	--

- Inmediatamente, si ha estado usando el método anticonceptivo hormonal sistemática y correctamente o si es razonablemente seguro que no está embarazada. (No es necesario esperar a la próxima menstruación). No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable de progestágeno solo o un inyectable mensual combinado, se le pueden insertar los implantes cuando le hubiera correspondido recibir la siguiente inyección de anticonceptivo. No hay necesidad de un método de respaldo.

* En los métodos de respaldo, se incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcionele preservativos.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si *no se ha restablecido* la menstruación, se le pueden insertar los implantes en cualquier momento desde el parto hasta 6 meses después del mismo. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si *se ha restablecido la menstruación*, se pueden insertar los implantes tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Más de 6 meses después del parto

- Si *no se ha restablecido* la menstruación, se pueden insertar los implantes en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.
- Si *se ha restablecido la menstruación*, se pueden insertar los implantes tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Lactancia materna parcial

- Si *no se ha restablecido la menstruación*, se le pueden insertar los implantes en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.† Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.
- Si *se ha restablecido la menstruación*, se le pueden insertar los implantes de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

No está amamantando (después del parto)

Menos de 4 semanas después del parto

- Se le pueden insertar los implantes en cualquier momento. No hay necesidad de un método de respaldo.

Más de 4 semanas después del parto

- Si *no se ha restablecido la menstruación*, se le pueden insertar los implantes en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.† Tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.
- Si *se ha restablecido la menstruación*, se le pueden insertar los implantes de la manera recomendada para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la primera fila de esta tabla).

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- Se le pueden insertar los implantes en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.

(Continúa en la página siguiente)

ⁱEn los lugares donde se recomienda sistemáticamente una consulta 6 semanas después del parto y donde otras oportunidades de acceso a métodos anticonceptivos son limitadas, algunos proveedores y programas pueden insertar los implantes en la consulta de la sexta semana, sin más indicios de que la mujer no está embarazada, si todavía no se ha restablecido la menstruación.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar** (continuación)

Después de un aborto espontáneo o provocado

- Si se le insertan los implantes en un plazo máximo de 7 días desde un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, se le pueden insertar los implantes inmediatamente y no necesita un método de respaldo .
- Si han pasado más de 7 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, se le pueden insertar los implantes en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia(PAU)

Después de tomar PAU de progestágeno solo o combinadas

- Los implantes se pueden insertar el mismo día en que tome las PAU. *No es necesario esperar hasta la próxima menstruación.* Necesitará un método de respaldo* durante los 7 primeros días después de la inserción.
- Si no comienza de inmediato pero regresa en busca de un implante, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

Después de tomar PAU de acetato de ulipristal (AUP)

- Los implantes pueden insertarse el sexto día después de haber tomado las PAU de AUP, así que concierte una cita para que le inserten el implante al sexto día de haber tomado las PAU de AUP o lo antes posible después. *No es necesario esperar hasta la próxima menstruación.* Los implantes y el AUP interactúan. El progestágeno del implante y el AUP interactúan entre sí. Si un implante se inserta antes, y por lo tanto ambos están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos puede ser menos efectivos.
- Tendrá que usar un método de respaldo* desde el momento en que tome las PAU de AUP y hasta 7 días después de la inserción del implante.
- Si no comienza el sexto día pero regresa posteriormente en busca del implante, puede comenzar en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.

* En los métodos de respaldo, se incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcionele preservativos.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de insertar los implantes, hay que asesorar minuciosamente acerca de los cambios en el sangrado y de otros efectos secundarios. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describa los efectos secundarios más frecuentes

- Cambios en su patrón de sangrado:
 - En el primer año: Sangrado irregular que dura más de 8 días seguidos.
 - Posteriormente: Sangrado regular, infrecuente o ausencia de sangrado.
- Entre otros efectos secundarios frecuentes, se incluyen cefaleas, dolor abdominal y mayor sensibilidad en los senos.

Explique estos efectos secundarios

- Los efectos secundarios no son signos de enfermedad.
- La falta de sangrado no significa que haya un embarazo.
- Generalmente, la mayoría de los efectos secundarios disminuyen o desaparecen en el transcurso del primer año.
- Aunque son frecuentes, algunas mujeres no los presentan.
- La usuaria puede volver a consultar si le molestan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.



Inserción de los implantes

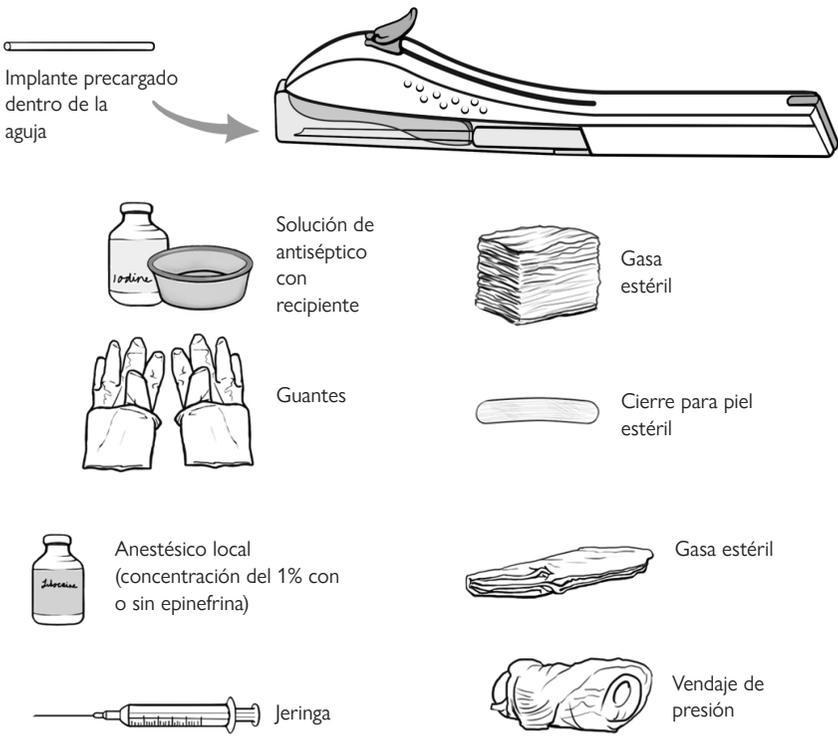
Explicación del procedimiento de inserción a la usuaria

Una mujer que haya decidido utilizar los implantes debe saber qué sucederá durante la inserción. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Para aprender a insertar y a extraer los implantes se necesita capacitación y práctica bajo supervisión directa. La inserción de los implantes generalmente lleva unos pocos minutos, pero, algunas veces, puede llevar más, dependiendo de la habilidad del proveedor. Las complicaciones relacionadas son raras y dependen de la habilidad del proveedor.

Procedimiento de la inserción de implantes de una varilla, Implanon NXT (Nexplanon)

El proveedor debe asegurarse de que se dispone del equipo esencial, los suministros y el implante (véase más adelante).

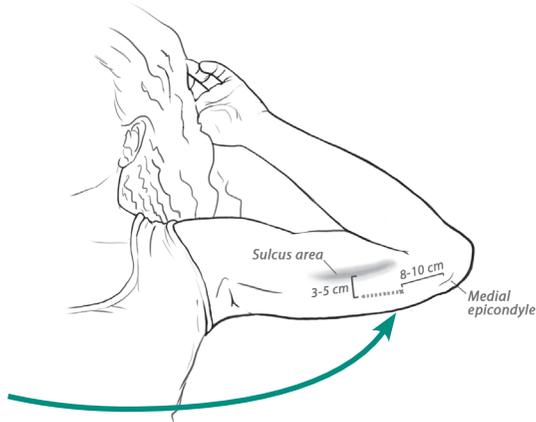
El proveedor debe aplicar las prácticas adecuadas de prevención de las infecciones durante todo el procedimiento.



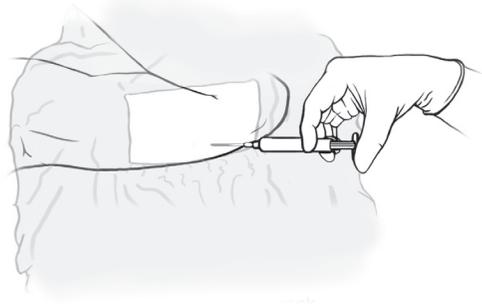
Pasos para el procedimiento de la inserción de implantes de una varilla

- 1 Coloque un paño limpio y seco debajo del brazo y seco debajo del brazo de la mujer y posicione el brazo no dominante con el codo flexionado y la mano detrás de la oreja.

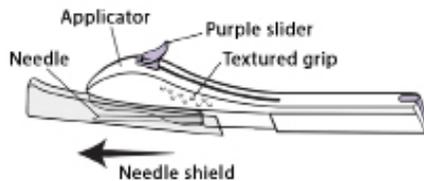
Marque la posición en el brazo para la inserción de la varilla, a una distancia de entre 8 y 10 cm del epicóndilo medial y de entre 3 y 5 cm por debajo del surco.



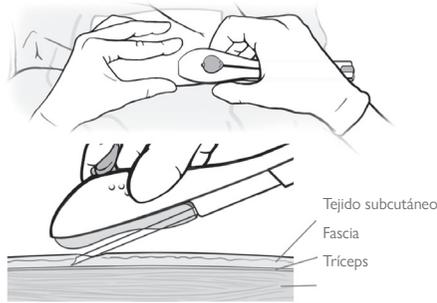
- 2 Prepare el sitio de inserción con solución antiséptica y gasa. Inyecte entre 1 y 2 ml de lidocaína al 1% por debajo de la piel, creando una protuberancia en el punto de inserción y avanzando 5 cm a lo largo de la vía de inserción.



- 3 Usando la técnica "sin contacto", retire el aplicador desechable estéril del implante de una varilla de su paquete. Sosténgala en el área de la superficie texturada. Verifique visualmente la presencia del implante dentro de la aguja. Retire la cubierta de la aguja.



- 4** El proveedor debe colocarse en una posición que le permita visualizar la inserción y asegurarse de que es subcutánea y paralela al brazo.



Estire la piel cerca del sitio de la inserción con el pulgar y el dedo índice.

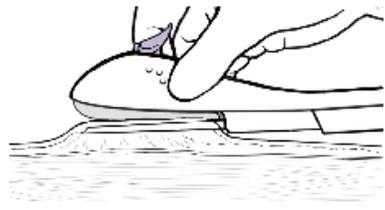
Perfore la piel con el aplicador a un ángulo de 30° e insértela solo hasta el bisel de la aguja.

- 5** Visualizando la aguja, baje el aplicador hasta que esté paralelo con la superficie de la piel y avance suavemente, mientras levanta la piel para asegurar la colocación superficial.

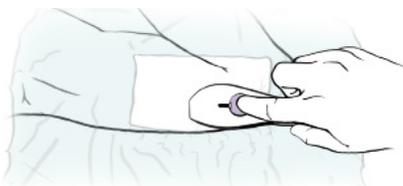


Inserte la longitud completa de la aguja sin usar la fuerza.

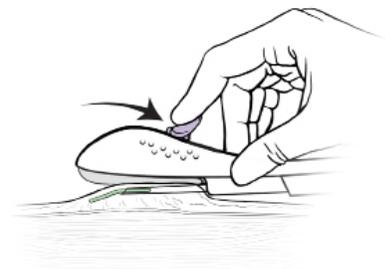
Verifique que toda la longitud de la aguja se ha insertado en la piel antes del siguiente paso.



- 6** Sostenga el aplicador en su posición y presione el deslizador violeta hacia abajo hasta que se detenga.



Esta acción retraerá la aguja en el cuerpo del aplicador.



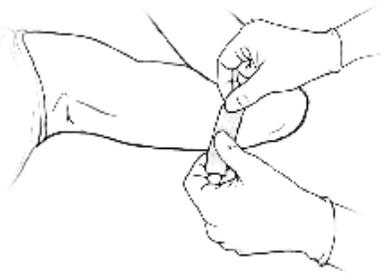
- 7** Retire suavemente el aplicador sin retirar el implante.



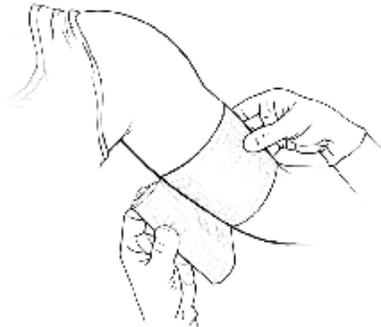
- 8** Palpe para comprobar que el implante está colocado. Solicite a la mujer que palpe el implante para confirmar su presencia.



- 9** Cierre el sitio de la incisión con un cierre para piel estéril.

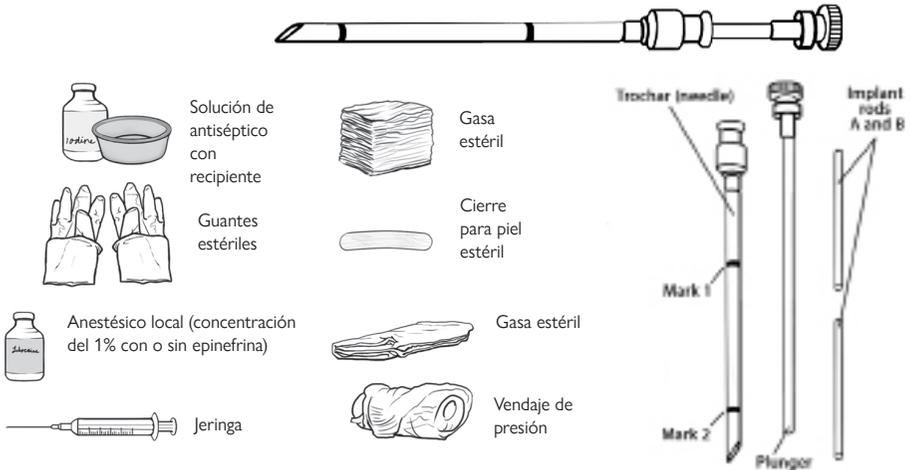


- 10** Aplique un vendaje de presión para minimizar el sangrado y los moretones.



Procedimiento de la inserción de implantes de dos varillas, Jadelle y Levoplant

El proveedor debe asegurarse de que se dispone del equipo esencial, los suministros y el implante (véase más adelante). El proveedor debe aplicar las prácticas adecuadas de prevención de las infecciones durante todo el procedimiento.

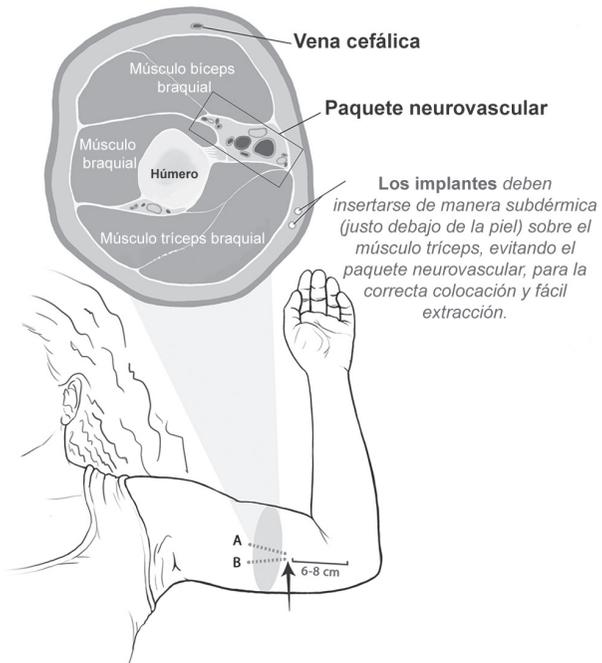


Pasos para el procedimiento de la inserción de implantes de dos varillas

1

Coloque un paño limpio y seco debajo del brazo de la mujer y posicione el brazo no dominante con el brazo flexionado y la mano paralela a la oreja.

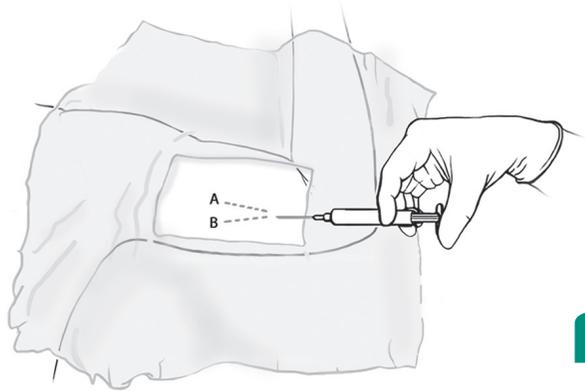
Marque las posiciones (A) y (B) en el brazo para la inserción de las varillas, a una distancia de entre 6 y 8 cm sobre el epicóndilo medial.



2

Prepare el sitio de inserción con solución antiséptica y gasa.

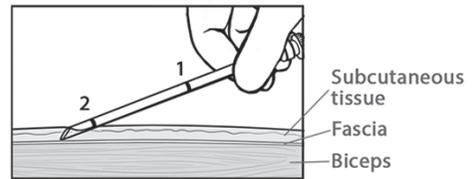
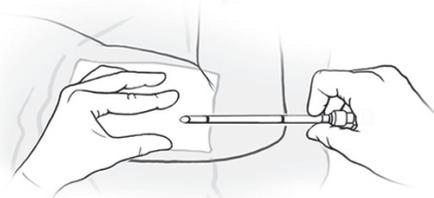
Inyecte entre 1 y 2 ml de lidocaína al 1% por debajo de la piel, creando una protuberancia en el punto de inserción y avanzando 5 cm a lo largo de las vías de inserción (A y B).



3

Estire la piel cerca del sitio de la inserción con el pulgar y el dedo índice.

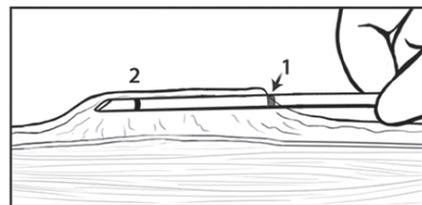
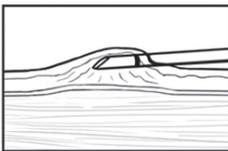
Perfore la piel con la cánula a un ángulo de 20° e insértela solo hasta el bisel de la aguja.



4

Baje el aplicador hasta que esté paralelo con la superficie de la piel y avance suavemente, mientras levanta la piel para asegurar la colocación superficial.

Avance la cánula y el émbolo hasta la marca (1) más cerca del centro de la cánula.



5

Retire el émbolo, mientras mantiene la cánula en su lugar.

Cargue la primera varilla (A) en la cánula con el fórceps para tejidos.



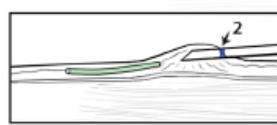
- 6** Reinserte el émbolo, avanzando hasta que se sienta resistencia.



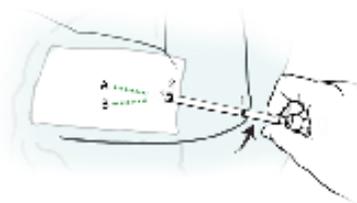
- 7** Sostenga el émbolo firmemente en su lugar con una mano y deslice la cánula fuera de la incisión hasta llegar a la manija del émbolo.



Retire la cánula y el émbolo juntos hasta la marca (2) más cercana a la punta de la cánula (no retira la cánula de la incisión).



- 8** En la marca (2), redirija la cánula a unos 15° de distancia de la primera varilla insertada (A). Avance la cánula y el émbolo hacia (B) hasta la marca (1) e inserte la segunda varilla (B) usando la misma técnica (repita los pasos 5 a 7).



- 9** Palpe para comprobar que los implantes están colocados. Solicite a la mujer que palpe los implantes para confirmar su presencia.



- 10** Cierre el sitio de la incisión con un cierre para piel estéril.



- 11** Aplique un vendaje de presión para minimizar el sangrado y los moretones.



Apoyo a la usuaria tras la inserción de implantes

Dé instrucciones específicas

Mantenga el brazo seco

- La usuaria debe mantener la zona de inserción seca durante 4 días. Puede quitarse la gasa al cabo de 2 días y el vendaje adhesivo y el esparadrapo cuando la incisión cicatrice, por lo general, al cabo de 3 a 5 días.

Sepa que puede presentar dolor y moretones

- Cuando se pase el efecto anestésico, es posible que le duela el brazo unos pocos días. También puede presentar hinchazón y moretones en el lugar de inserción. Esto es frecuente y desaparecerá sin tratamiento.

Duración de la protección frente al embarazo

- Explíquela que es importante retirar los implantes antes de que comiencen a perder efectividad. En ese momento, si la usuaria quiere, se le puede insertar un nuevo juego de implantes.
- Comente con ella cómo puede recordar la fecha en que debe regresar para la retirada de los implantes y su posible sustitución.
- Si es posible, dé a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta recordatorio, como la que se muestra a continuación, y explíquela:
 - el tipo de implante que tiene y en qué brazo;
 - la fecha de la inserción;
 - el mes y el año en que hay que retirar o sustituir los implantes;
 - a dónde acudir si tiene problemas o dudas sobre sus implantes.

Tarjeta recordatorio del implante

Nombre de la usuaria: _____

Tipo de implante: _____ Brazo: I _____ D _____

Fecha de inserción: _____

Retirada o sustitución en: Mes: _____ Año: _____

Si tiene un problema o una duda, diríjase a:

(nombre y ubicación del establecimiento)

Ayuda a la usuarias nuevas y continuas

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja.

Una pareja de sexo masculino puede:

- Apoyar la elección de su pareja de utilizar los implantes.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Usar sistemáticamente preservativos además de los implantes si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.
- Ayudarla a acordarse de cuándo debe acudir a que le retiren el implante.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada.

También si:

- en el lugar de la inserción, tiene dolor, calor, enrojecimiento o pus que empeoran o que no desaparecen, o si ve que una varilla se está saliendo;
- quiere que le quiten los implantes, por la razón que sea;
- es el momento de retirar los implantes y, si ella lo desea, de colocar otros nuevos.

Consejo general de salud

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o de un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al trabajador de salud el método que está utilizando.

Consultas de seguimiento con usuarias de implantes

IMPORTANTE: Hasta que sea el momento de retirar los implantes, no es necesario hacer una consulta de control (véase “Retirada de los implantes”, pp. 157-160). No obstante, se debe indicar a la usuaria que puede regresar cuando quiera.

En cualquier consulta futura:

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si le preocupan los cambios en el sangrado. Dele la información o la ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, a continuación).
3. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo desde la última consulta. Aborde los problemas según corresponda. Si presenta algún problema nuevo que pueda requerir un cambio de método, véase la sección con ese título en las pp. 155-156.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH. Haga el seguimiento según proceda.
5. Si la usuaria quiere seguir usando implantes y no tiene ninguna afección médica nueva que se lo impida, recuérdela durante cuánto tiempo más la protegerán los implantes frente al embarazo.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios o complicaciones

Estos problemas pueden deberse, o no, a los implantes, pero afectan a la satisfacción de las mujeres y al uso de este método. Por lo tanto, el proveedor debe prestarles atención. En la siguiente información, se aconseja cómo tratar cualquier efecto secundario o complicaciones referidas y afecciones específicas.

Cualquier complicación o efecto secundario referido

- Escuche las inquietudes de la usuaria, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas.

Sangrado irregular (sangrado en momentos inesperados)

- Tranquilícela explicando que muchas mujeres que utilizan los implantes presentan sangrados irregulares. No es perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece tras el primer año de uso.
- Para lograr un alivio moderado y breve, puede tomar 800 mg de ibuprofeno o 500 mg de ácido mefenámico 3 veces al día después de las comidas durante 5 días, empezando cuando comience el sangrado irregular.
- Si estos fármacos no le ayudan, puede probar alguno de los siguientes, comenzando cuando empiece el sangrado irregular:
 - Anticonceptivos orales combinados (AOC) que contengan el progestágeno levonorgestrel: 1 píldora cada día durante 21 días.
 - AOC que contengan 50 µg de etinilestradiol: 1 píldora cada día durante 21 días.
- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 156).

Ausencia de menstruación

- Si no tiene la menstruación poco después de la inserción del implante, descarte el embarazo (véase la guía de ayuda “Descartar el embarazo”). Quizá ya estaba embarazada en el momento de la inserción. Si está embarazada, extraiga el implante.
- Si no está embarazada, tranquilícela explicándole que algunas mujeres dejan de tener la menstruación cuando utilizan implantes, y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. La sangre no se acumula en su cuerpo. Es parecido a no tener la menstruación durante el embarazo. No significa que se haya vuelto estéril. Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación cuando comprenden que no es perjudicial. Además, no sangrar puede tener beneficios para la salud, como la reducción del riesgo de anemia.

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

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que usan los implantes presentan sangrado profuso o prolongado. No suele ser perjudicial y, en general, se hace más leve o desaparece al cabo de unos pocos meses.
- Para lograr un alivio moderado a corto plazo, la usuaria puede probar alguno de los tratamientos para el sangrado irregular ya mencionados, empezando cuando comience el sangrado profuso. Los AOC con 50 µg de etinilestradiol pueden dar mejores resultados que los AOC de dosis bajas.
- Para ayudar a prevenir la anemia, sugiérale que tome suplementos de hierro en comprimidos y dígame que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial, carne de vacuno e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes).

- Si el sangrado profuso o prolongado persiste o si comienza después de varios meses de menstruación normal o sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 156).

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (entre 325 y 650 mg), ibuprofeno (entre 200 y 400 mg), paracetamol (entre 325 y 1.000 mg) u otro analgésico.
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia mientras se utilizan los implantes.

Dolor abdominal leve

- Propóngale que tome paracetamol (entre 325 y 1.000 mg), ácido acetilsalicílico (entre 325 y 650 mg), ibuprofeno (entre 200 y 400 mg) u otro analgésico.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Acné

- Considere los remedios disponibles localmente.
- Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido al acné, puede considerar el uso de AOC en lugar de los implantes. En muchas mujeres, el acné mejora al usar AOC.

Variación del peso

- Analice la alimentación de la usuaria y asesore según corresponda.

Mayor sensibilidad en los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
- Indíquele que pruebe a usar compresas calientes o frías.
- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (entre 325 y 650 mg), ibuprofeno (entre 200 y 400 mg), paracetamol (entre 325 y 1.000 mg) u otro analgésico.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Cambios del estado de ánimo o cambios del deseo sexual

- Pregúntele sobre cambios que se hayan producido en su vida y que puedan afectar a su estado de ánimo o a su deseo sexual, incluidos los cambios en la relación con su pareja. Dele apoyo según corresponda.
- Las usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Náuseas o mareos

- Considere los remedios disponibles localmente.

Dolor después de la inserción o de la extracción

- Para el dolor después de la inserción, compruebe que la venda o la gasa colocada en el brazo no esté demasiado apretada.
- Póngale una nueva venda en el brazo y aconséjale que evite presionar esa zona durante unos días.
- Dele ácido acetilsalicílico (entre 325 y 650 mg), ibuprofeno (entre 200 y 400 mg), paracetamol (entre 325 y 1.000 mg) u otro analgésico.

Infección en el lugar de la inserción (enrojecimiento, calor, dolor, pus)

- No retire los implantes.
- Limpie la zona infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Pida a la usuaria que regrese cuando haya terminado de tomar los antibióticos en el caso de que la infección no haya desaparecido. Si la infección no ha desaparecido, extraiga los implantes o derive a la usuaria para que se los retiren.
- Es frecuente que después de la infección se produzca una expulsión total o parcial del implante. Pídale a la usuaria que regrese si nota que se le sale un implante.

Absceso (acumulación de pus bajo la piel debida a una infección)

- No retire los implantes.
- Limpie la zona con un antiséptico.
- Abra con un corte (incisión) y drene el absceso.
- Trate la herida.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquele a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si siente calor, enrojecimiento o dolor en la herida o si tiene supuración por la herida. Si, cuando regresa a consulta, la infección está presente, extraiga los implantes o derive a la usuaria para que se los retiren.

Expulsión (cuando uno o más implantes empiezan a salir del brazo)

- Rara. Generalmente ocurre pocos meses después de la inserción o en caso de infección.
- Si no hay infección, tras ofrecer una explicación y asesoramiento, cambie la varilla o la cápsula expulsada a través de una nueva incisión cerca de las otras varillas o cápsulas, o derive a la usuaria para que se las sustituyan.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - Una mujer puede continuar usando los implantes durante su evaluación.
 - No es necesario tratar los quistes o los folículos ováricos agrandados a menos que se produzca un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura.
 - Tranquilice a la usuaria explicándole que suelen desaparecer por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.
- En caso de dolor abdominal intenso, esté particularmente atento para detectar otros signos o síntomas de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es raro y no está causado por los implantes, pero puede poner en peligro la vida (véase la pregunta 7, p. 162). En las etapas iniciales del embarazo ectópico, quizá no haya síntomas o estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. Una combinación de los siguientes signos o síntomas debe aumentar la sospecha de un embarazo ectópico:
 - dolor o sensibilidad abdominal inusual;
 - sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la usuaria;
 - vahído o mareo;
 - desmayo.
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, derive a la usuaria para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Véase el capítulo 12, “Esterilización femenina”, sección “Manejo del embarazo ectópico”, p. 237, para obtener más información sobre el embarazo ectópico).

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Estos problemas también pueden deberse, o no, al uso de implantes.

Migrañas (véase la guía de ayuda “Identificación de las migrañas y de las auras migrañosas”, pp. 458-460).

- Si la usuaria presenta migraña sin aura puede continuar utilizando los implantes, si lo desea.
- Si presenta migrañas con aura, retire los implantes. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Sangrado vaginal sin causa aparente (que apunte a una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Si no se puede encontrar ninguna causa del sangrado, considere la suspensión del uso de los implantes para facilitar el diagnóstico. Proporciónale otro método que ella elija (que no sean inyectables de progestágeno solo ni un DIU de cobre o un DIU anticonceptivo hormonal), para que pueda usarlo hasta que se evalúe y se trate su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una enfermedad inflamatoria pélvica, puede seguir utilizando los implantes durante el tratamiento.

Ciertas afecciones graves (sospecha de coágulos sanguíneos en las venas profundas de las piernas o los pulmones, enfermedad hepática grave o cáncer de mama). Véase el apéndice B, "Signos y síntomas de afecciones graves".

- Retire los implantes o remita a la usuaria para su extracción.
- Proporciónale un método de respaldo para que lo use hasta que se evalúe su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y su asistencia.

Cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial (cardiopatía isquémica) o accidente cerebrovascular

- Si una mujer presenta alguna de estas afecciones, puede comenzar a utilizar los implantes con seguridad. Sin embargo, si el problema aparece con el uso de los implantes:
 - Retire los implantes o remita a la usuaria para su extracción.
 - Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.
 - Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y asistencia.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico (véase "Dolor intenso en la zona inferior del abdomen", en la página anterior).
- Si la usuaria prevé llevar su embarazo a término, retire los implantes o derívela para que se los extraigan.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer lleva colocados los implantes (véase la pregunta 5, p. 161).

Retirada de los implantes

IMPORTANTE: Si una mujer solicita que le retiren los implantes por cualquier motivo, ya sea médico o personal, el proveedor no debe negarse a ello ni retrasar la extracción de los implantes. Todo el personal tiene que comprender y aceptar que no se debe presionar ni forzar a la usuaria para que siga usando los implantes. Si puede resultar difícil extraer los implantes, se debe contar con un proveedor con las aptitudes necesarias para retirarlos. Si es posible, la retirada de los implantes debe realizarse de forma gratuita.

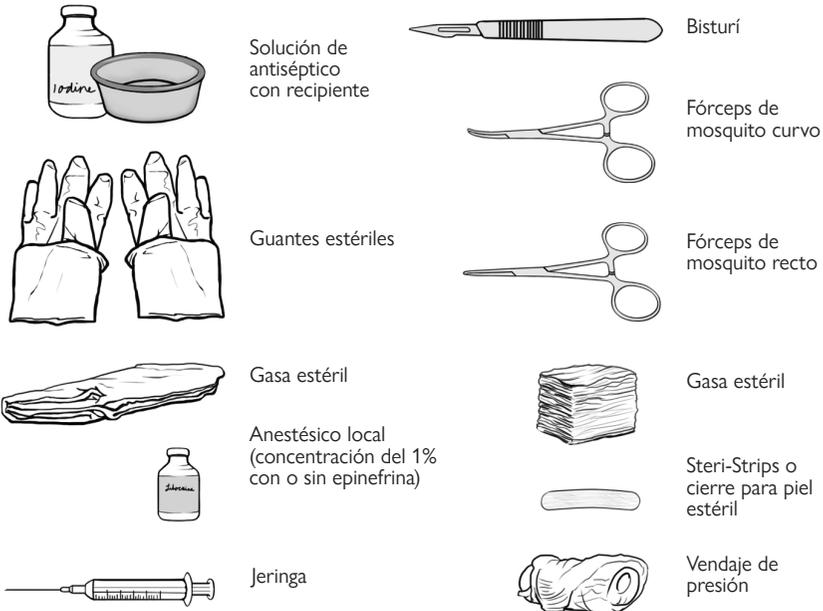
Explicación del procedimiento de extracción

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

El proveedor debe preguntar a la mujer si desea continuar con la prevención del embarazo y analizar sus opciones. Si desea nuevos implantes, deben colocarse por encima o por debajo del lugar de los implantes anteriores o en el otro brazo.

Procedimiento de extracción de implantes

El proveedor debe asegurarse de que se dispone del equipo esencial y de los suministros (véase más adelante). El proveedor debe aplicar las prácticas adecuadas de prevención de las infecciones durante todo el procedimiento.



Pasos para el procedimiento de extracción

- 1** Ubique el implante de 1 o 2 varillas al palpar y presionar. Derive para un examen más detallado si no lo ubica.

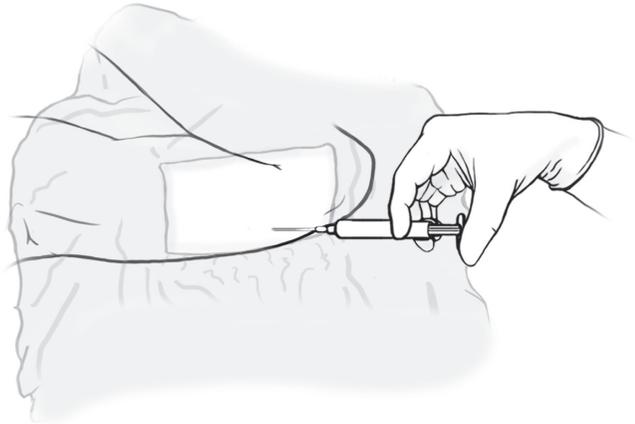
Determine la ubicación del extremo distal del implante por palpación y márquela como el sitio de incisión.



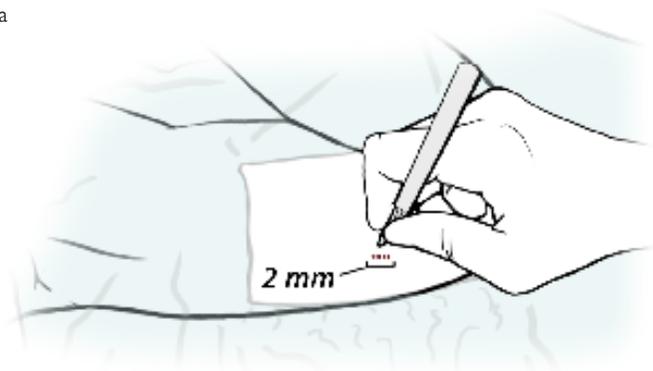
Si no puede localizar el implante, compruebe los dos posibles puntos de inserción (A y B), así como ambos brazos. Si no es posible encontrar el implante, derive a la mujer a un examen más exhaustivo.

- 2** Prepare el sitio de inserción con solución antiséptica y gasa.

Inyecte entre 1 y 2 ml de lidocaína al 1% por debajo del implante, para no oscurecerlo. Si se trata de un sistema con dos varillas, inyecte entre las dos varillas.



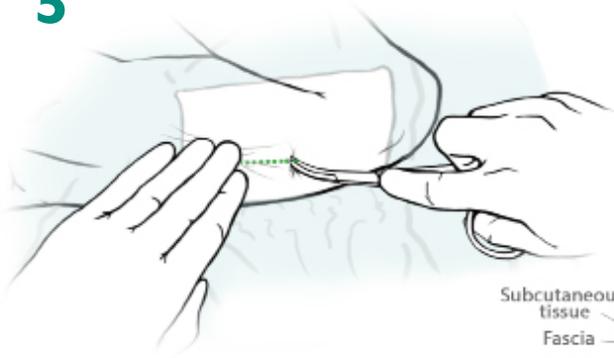
- 3** Realice una pequeña incisión punzante (2 mm) en las puntas y paralelo a los implantes.



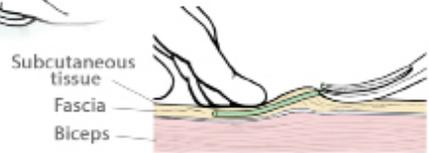
- 4** Empuje los implantes hacia la incisión hasta que la punta esté visible. Si se trata de un sistema con dos varillas, quítelas de una en una.



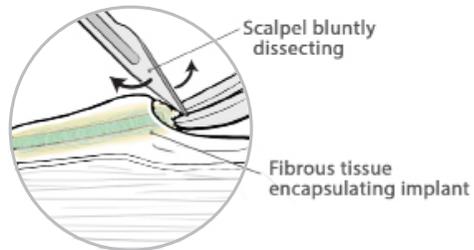
5



Sostenga el implante con un fórceps de mosquito curvo y retírelo suavemente.



- 6** Si la punta del implante no es visible en la incisión, inserte la punta de un fórceps en la incisión, sostenga el implante y retire el tejido fibroso con la parte posterior del bisturí o una gasa.



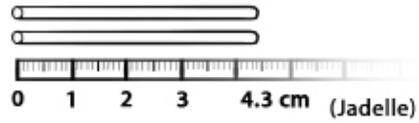
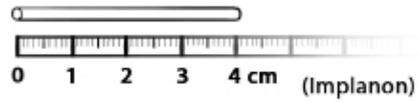
- 7** Una vez que se expone el implante, sostenga con un segundo par de fórceps de mosquito y extraiga suavemente.



8

Verifique que se extrajo la varilla completa; muéstrela a la usuaria.

Si se trata de un sistema con dos varillas, repita los pasos 4 a 7 para extraer la segunda varilla.



9

Cierre el sitio de la incisión con un cierre para piel estéril.



10

Aplique un vendaje de presión para minimizar el sangrado y los moretones.



Preguntas y respuestas sobre los implantes

1. ¿Es necesario que las usuarias de implantes acudan a consultas de seguimiento?

No. No es necesario que las usuarias de implantes acudan a consultas periódicas. Las consultas anuales pueden ser útiles para otro tipo de atención preventiva, pero no son necesarias ni imprescindibles. Por supuesto, todas las usuarias pueden regresar en cualquier momento si tienen alguna duda o si quieren que se les retiren los implantes.

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

En general, no es recomendable mantener los implantes en el brazo una vez superada su vida útil si la mujer sigue corriendo el riesgo de quedarse embarazada. En sí, los implantes no son peligrosos, pero al disminuir las concentraciones de hormonas presentes en ellos, se vuelven cada vez menos efectivos. Después de perder efectividad, todavía pueden liberar una dosis pequeña de hormonas durante varios años más, lo cual no sirve de nada.

Si una mujer quiere seguir usando implantes, se le puede insertar uno nuevo en el otro brazo incluso aunque no se haya retirado todavía el primer implante; por ejemplo, si no se dispone inmediatamente de servicios de extracción de los implantes.

3. ¿Los implantes causan cáncer?

No. En los estudios realizados, no se ha observado que el riesgo de cáncer aumente con el uso de los implantes.

4. ¿Cuánto tiempo tarda una mujer en quedarse embarazada después de la extracción de los implantes?

Las mujeres que dejan de usar los implantes pueden quedarse embarazadas tan rápido como las que dejan de usar métodos anticonceptivos no hormonales. Los implantes no retrasan la recuperación de la fertilidad de la mujer después de extraerlos. En general, el patrón de sangrado que tenía la mujer antes de comenzar a utilizar los implantes se recupera después de retirarlos.

5. ¿Los implantes causan defectos congénitos? ¿El feto resultará dañado si la mujer portadora de implantes se queda embarazada accidentalmente?

No. Hay evidencias convincentes de que los implantes no causarán defectos congénitos ni dañarán de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras los está utilizando o si le insertan los implantes cuando ya está embarazada.

6. ¿Los implantes pueden salirse del brazo de la mujer?

En raras ocasiones, una varilla puede comenzar a salir, con mayor frecuencia en las 4 primeras semanas después de la inserción. Esto suele suceder porque no fueron insertados correctamente o debido a una infección en el lugar de la inserción. En estos casos, la mujer verá que el implante se está saliendo. Algunas mujeres pueden presentar un cambio súbito del patrón de sangrado. Si una mujer nota que una varilla se está saliendo, debe comenzar a utilizar un método de respaldo y regresar al consultorio de inmediato.

7. ¿Los implantes aumentan el riesgo de embarazo ectópico?

No. Al contrario, los implantes reducen en gran medida el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son extremadamente raros entre las usuarias de implantes. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres portadoras de implantes es de 6 cada 100.000 mujeres. En los Estados Unidos, la tasa anual de embarazo ectópico en las mujeres que no utilizan ningún método anticonceptivo es de 650 cada 100.000 mujeres.

En las muy raras ocasiones en que los implantes fallan y se produce el embarazo, entre 10 y 17 cada 100 de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la gran mayoría de los embarazos que se producen después del fracaso de los implantes no son ectópicos. De todos modos, el embarazo ectópico puede poner en peligro la vida, por lo que el proveedor debe ser consciente de que el embarazo ectópico es posible si fallan los implantes.

8. ¿Cuándo puede una mujer que está amamantando comenzar a usar los implantes?

En el 2015, la OMS consideró esta cuestión y actualizó su orientación para permitir que la mujer use después del parto implantes de progestágeno solo, con independencia de cuán recientemente haya dado a luz. No necesita esperar hasta 6 semanas posparto. Este cambio de la orientación también se aplica a las píldoras de progestágeno solo y al DIU-LNG. Para obtener más información sobre cuándo pueden comenzar a utilizar los implantes las mujeres que amamantan, véase la sección “Cuándo comenzar”, anteriormente en este capítulo, en p. 138.

9. ¿Las mujeres con sobrepeso deben evitar los implantes?

No. En algunos estudios, pero no en todos, se ha observado que los implantes de Jadelle pasaron a ser algo menos efectivos en las mujeres con sobrepeso al cabo de 4 o más años de uso. Como precaución, las mujeres que pesen más de 80 kg quizá quieran reemplazar los implantes después de 4 años, para que la efectividad sea máxima. En los estudios sobre Implanon, no se ha observado que la efectividad disminuya en las mujeres de más peso durante el período de vida útil aprobado para este tipo de implante.

10. ¿Qué se debe hacer si una usuaria de implantes presenta un quiste ovárico?

La gran mayoría de los quistes no son quistes verdaderos sino estructuras del ovario (folículos) llenas de líquido que siguen creciendo más de lo habitual en un ciclo menstrual normal. Pueden causar dolor abdominal leve, pero solo requieren tratamiento si se produce un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura. Estos folículos suelen desaparecer sin tratamiento (véase “Dolor intenso en la zona inferior del abdomen”, en la sección de este capítulo “Manejo de problemas”, p. 151).

11. ¿La mujer puede trabajar poco después de la inserción de los implantes?

Sí. La mujer puede comenzar a hacer su trabajo habitual inmediatamente después de salir del consultorio, siempre que no se golpee en el lugar de la inserción ni lo moje.

12. ¿Antes de insertar los implantes, se debe hacer una exploración ginecológica a la mujer?

No. En cambio, hacer las preguntas indicadas puede ayudar al proveedor a estar razonablemente seguro de que la mujer no está embarazada (véase “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada). No hay ninguna afección detectable mediante una exploración ginecológica que contraindique el uso de los implantes.

13. ¿Las mujeres jóvenes, incluidas las adolescentes, pueden usar los implantes?

Sí. Si una mujer joven quiere usar implantes, puede hacerlo. De hecho, los implantes y los DIU pueden ser buenos métodos para las mujeres jóvenes que quieren asegurarse de evitar el embarazo durante varios años. Son métodos muy efectivos y duraderos. Según *los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos de la OMS*, la edad no es un factor condicionante para el uso de implantes. El uso de implantes no afectará a la futura fertilidad de la mujer joven, tanto si ha tenido ya algún hijo como si no.

Todas las mujeres jóvenes que buscan métodos anticonceptivos, estén casadas o no, hayan tenido hijos o no, pueden elegir con seguridad entre una amplia gama de métodos disponibles. Entre ellos, se encuentran los implantes, los DIU de cobre y los DIU-LNG. Sin embargo, si las mujeres desean tener hijos en el futuro, no deben elegir la esterilización femenina, dado que es un método anticonceptivo permanente.

14. ¿Se deben ofrecer los implantes a las mujeres que toman efavirenz?

Sí. A las mujeres que toman el medicamento antirretroviral (ARV) efavirenz para el tratamiento de la infección por el VIH se les deben ofrecer los implantes junto con toda la gama de métodos anticonceptivos. Sin embargo, es importante decirles que es probable que el efavirenz haga que los implantes sean menos efectivos. En las mujeres que toman efavirenz, los implantes pueden ser aproximadamente tan efectivos como los anticonceptivos orales combinados o los preservativos masculinos tal como suelen usarse.

A las mujeres que toman el efavirenz y eligen usar los implantes se les debe alentar a que utilicen preservativos además de los implantes para aumentar la protección frente al embarazo. O también, pueden plantearse el uso de métodos anticonceptivos efectivos que no interactúen con el efavirenz o con otros ARV. Entre estos métodos, se encuentran los inyectables de progestágeno solo, el DIU de cobre y el DIU-LNG o, si no quieren tener más hijos, la esterilización femenina o la vasectomía para su pareja.

A cualquier usuaria de implantes que esté comenzando a tomar efavirenz o que ya lo esté tomando se le debe informar acerca de esta reducción de la efectividad. Luego, el proveedor puede ayudarla a decidir si quiere seguir usando los implantes o si prefiere cambiar a otro método más efectivo. Si la mujer prefiere otro método, el proveedor puede extraer los implantes y ayudarla a comenzar a usar el otro método.

Dispositivo intrauterino de cobre

Este capítulo describe principalmente el dispositivo intrauterino 380A-TCu. (Para el dispositivo intrauterino de levonorgestrel, véase la p. 181.)

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Protección frente al embarazo por un período prolongado.** Ha demostrado ser muy efectivo durante 12 años y es inmediatamente reversible.
- **Debe insertarlo en el útero un proveedor con capacitación específica.**
- **Una vez colocado el DIU, la usuaria no tiene que hacer casi nada.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes.** En general, se observa un sangrado más profuso y más prolongado, y más espasmos o dolor durante la menstruación, en especial en los 3-6 primeros meses.

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino de cobre?

- El dispositivo intrauterino (DIU) de cobre es un pequeño armazón de plástico flexible rodeado de manguitos o alambres de cobre. Un proveedor de atención de salud específicamente capacitado lo coloca en el útero de la mujer por vía vaginal, pasando por el cuello uterino.
- Casi todos los tipos de DIU llevan atados uno o dos hilos, o hebras. Los hilos pasan a través del cuello uterino y quedan colgando en la vagina.
- Funciona fundamentalmente provocando una modificación química que daña a los espermatozoides y al óvulo antes de que lleguen a encontrarse.

¿Cuán efectivo es?

Es uno de los métodos más efectivos y de acción más prolongada:

- Durante el primer año de uso se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de DIU (6 por cada 1.000 mujeres que usan el DIU perfectamente y 8 por cada 1.000 mujeres utilizan el DIU como es habitual). Esto significa que de 992 a 994 de cada 1.000 usuarias de un DIU no se quedarán embarazadas.
- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso; este riesgo se mantiene mientras la mujer siga utilizando el DIU.
 - Más de 10 años de uso del DIU: Aproximadamente 2 embarazos por cada 100 mujeres.



- En diversos estudios se ha observado que el DIU TCu-380A es efectivo durante 12 años. Sin embargo, en la información sobre el producto del DIU TCu-380A se indica que el período máximo de uso es de 10 años. (Los proveedores deben seguir las directrices nacionales relativas a cuándo se debe extraer el DIU.)

Recuperación de la fertilidad tras retirar el DIU: Sin demora

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 173)

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Cambios en los patrones de sangrado[†] (en especial en los 3-6 primeros meses), como:
 - menstruación prolongada y profusa,
 - sangrado irregular,
 - más espasmos y dolor durante la menstruación.

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- El riesgo de embarazo

Pueden ayudar a proteger contra:

- El cáncer endometrial (cáncer del revestimiento del útero)
- El cáncer cervicouterino

Reducen:

- El riesgo de embarazo ectópico

Riesgos conocidos para la salud

Poco frecuentes:

- Puede aumentar la anemia en las mujeres que antes de la inserción ya presentan una baja reserva de hierro en sangre y en las que el DIU produce una menstruación más profusa.

Raras:

- Puede producirse una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) si la mujer tiene una clamidiasis o una gonorrea cuando se le inserta el DIU.

Complicaciones

Raras:

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

[†] Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

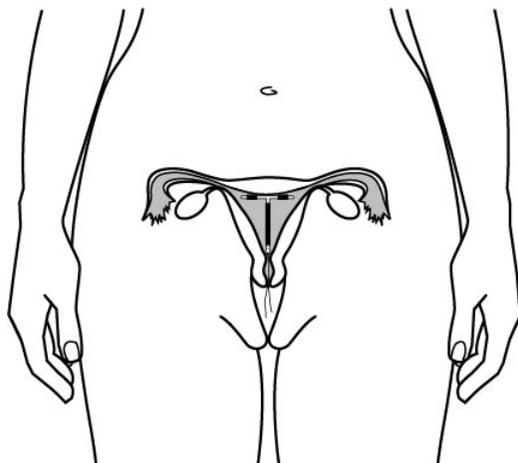
Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 178)

Los dispositivos intrauterinos:

- pueden ser utilizados por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes;
- pueden usarlos las mujeres que han tenido hijos y las que no los han tenido;
- rara vez provocan una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino);
- no aumentan el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH;
- no aumentan el riesgo de aborto espontáneo cuando la mujer se queda embarazada tras retirar el DIU;
- no hacen que la mujer se vuelva estéril;
- no provocan defectos congénitos;
- no causan cáncer;
- no se desplazan hacia el corazón o el cerebro;
- no causan molestias ni dolor a la mujer o al hombre durante las relaciones sexuales;
- reducen sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico.

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el DIU

- Previene el embarazo con gran efectividad.
- Es de acción prolongada.
- Es privado: generalmente nadie se da cuenta de que la mujer utiliza un método anticonceptivo, aunque en ocasiones la pareja puede sentir los hilos al mantener relaciones sexuales).
- Una vez insertado, no tiene ningún costo adicional en concepto de suministros.
- Cuando ya se ha insertado, el DIU no requiere que la usuaria haga nada.



Quién puede y quién no puede utilizar DIU de cobre

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Pueden usar el DIU de manera segura y efectiva la mayoría de las mujeres:

- hayan tenido hijos o no;
- estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- si recientemente se han sometido a un aborto provocado o han tenido un aborto espontáneo (si no hay indicios de infección);
- si están amamantando;
- si realizan un trabajo físico intenso;
- si han tenido un embarazo ectópico;
- si han tenido una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP; infección del aparato genital femenino);
- si tienen infecciones vaginales;
- si tienen anemia;
- si tienen una enfermedad clínica por el VIH con síntomas leves o sin síntomas, reciban o no tratamiento antirretroviral (véase “DIU para las mujeres con infección por el VIH”, p. 162).

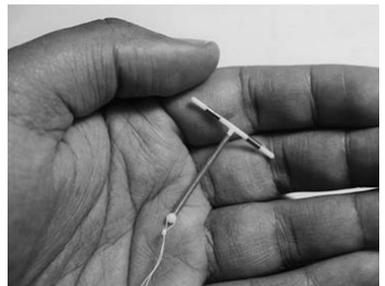
Evite procedimientos innecesarios

(Véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- sin hacer el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una exploración de las mamas,
- sin una comprobación de la tensión arterial.

Es esencial realizar una exploración ginecológica y una evaluación del riesgo de contraer ITS. Cuando estén disponibles, el análisis de la concentración de hemoglobina y las pruebas de laboratorio para detectar las ITS, incluida la infección por el VIH, pueden contribuir al uso seguro y efectivo del DIU.



Criterios médicos de elegibilidad para el uso de

DIU de cobre

Haga a la usuaria las preguntas siguientes sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces se le puede insertar el DIU si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún se le puede insertar el DIU.

1. ¿Ha dado a luz hace más de 48 horas y menos de 4 semanas?

- NO **SÍ** Posponga la inserción del DIU hasta que hayan pasado 4 o más semanas desde el parto (véase “Poco después del parto”, p. 164).

2. ¿Tiene una infección después del parto o de un aborto?

- NO **SÍ** Si presenta una infección en curso del aparato reproductor durante las 6 semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si tiene una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le inserte el DIU. Trátela o derivela si todavía no está recibiendo atención de salud. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo.* Después del tratamiento, vuelva a evaluar el uso del DIU.

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

- NO **SÍ** Si tiene un sangrado vaginal de causa desconocida que pueda apuntar a un embarazo o a una afección médica de fondo, el uso de un DIU podría dificultar más el diagnóstico y el seguimiento de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada y tratada (pero que no sea un DIU hormonal, un inyectable de progestágeno solo o un implante). Después del tratamiento, vuelva a evaluar el uso del DIU.

4. ¿Tiene algún tipo de afección o problema femenino (afección o problema ginecológico u obstétrico), como un cáncer genital o una tuberculosis del aparato genital? De ser así, ¿qué problemas tiene?

- NO **SÍ** Si actualmente presenta cáncer cervicouterino, endometrial u ovárico, enfermedad trofoblástica gestacional o tuberculosis del aparato genital, no coloque un DIU. Trátela o derivela si todavía no está recibiendo atención de salud. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis del aparato genital, vuelva a evaluar el uso del DIU después del tratamiento.

(Continúa en la página siguiente.)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcionele preservativos.

5. ¿Tiene una infección por el VIH o sida? ¿Tiene afecciones asociadas a la infección por el VIH?

- NO **SÍ** Si una mujer tiene una infección por el VIH con una enfermedad clínica grave o avanzada, no inserte un DIU. Por el contrario, si la mujer tiene una infección por el VIH con una enfermedad clínica leve o sin enfermedad clínica, se le puede insertar el DIU, tanto si sigue tratamiento antirretroviral como si no. (Véase “Dispositivo intrauterino para mujeres con infección por el VIH”, p. 162.)

6. Evalúe si tiene un riesgo individual muy alto de contraer alguna ITS.

A las mujeres con una probabilidad individual muy alta de contraer alguna ITS no se les debe insertar un DIU a menos que se haya descartado una gonorrea o una clamidiasis mediante pruebas de laboratorio (véase “Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual”, p. 162).

7. Descarte el embarazo.

Planteele a la usuaria las preguntas de la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada). Si responde “sí” a cualquiera de estas preguntas, usted puede estar razonablemente seguro de que no está embarazada, y se le puede insertar un DIU. Si mediante la lista de verificación del embarazo no se puede descartar el embarazo, use otra herramienta antes de insertar un DIU (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).

Además, las mujeres no deben usar el DIU si refieren que padecen lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia grave. Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Uso del juicio clínico en casos especiales

En general, una mujer que presente cualquiera de las afecciones mencionadas a continuación no debería utilizar un DIU. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método anticonceptivo más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar un DIU. El proveedor debe considerar la situación y la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)
- Cáncer ovárico en curso
- Riesgo individual de contraer ITS muy alto en el momento de la inserción
- Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada
- Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia grave

Preguntas de tamizaje para la exploración ginecológica antes de insertar un DIU

Antes de insertar un DIU se debe hacer una exploración ginecológica y una evaluación del riesgo de contraer ITS. (Para obtener información sobre la evaluación del riesgo de contraer ITS, véase la página siguiente.) Para detectar signos de afecciones que podrían contraindicar la colocación del DIU, cuando realice la exploración ginecológica hágase las preguntas que se indican a continuación. Si la respuesta a todas las preguntas es “no,” entonces se puede insertar el DIU. Si la respuesta a cualquier pregunta es “sí,” no inserte el DIU.

Si la respuesta a las preguntas 1 a 5 es “sí,” derive a la mujer para su diagnóstico y tratamiento según corresponda. Ayúdela a elegir otro método anticonceptivo y asesórela respecto al uso de los preservativos si corre el riesgo de contraer ITS. Si es posible, proporciónale preservativos. Si se confirma una ITS o una EIP y si la mujer sigue queriendo utilizar un DIU, se le puede insertar en cuanto haya terminado el tratamiento, si no corre riesgo de reinfección antes de la inserción.

1. ¿Tiene la mujer algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?

- NO SÍ Posible ITS.

2. ¿Siente dolor en la zona inferior del abdomen al mover el cuello uterino?

- NO SÍ Posible EIP.

3. ¿Tiene dolor a la palpación en el útero, los ovarios o las trompas de Falopio (dolor a la palpación en los anejos)?

- NO SÍ Posible EIP.

4. ¿Presenta flujo cervicouterino purulento?

- NO SÍ Posible ITS o EIP.

5. ¿El cuello uterino sangra con facilidad al tocarlo?

- NO SÍ Posible ITS o cáncer cervicouterino.

6. ¿Existe alguna anomalía anatómica de la cavidad uterina que impida la colocación correcta del DIU?

- NO SÍ Si alguna anomalía anatómica distorsiona la cavidad uterina, quizá no sea posible colocar correctamente el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

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

- NO SÍ Es esencial determinar el tamaño y la posición del útero antes de insertar un DIU, para lograr una colocación alta del mismo y reducir al mínimo el riesgo de perforación. Si no es posible determinar el tamaño y la posición del útero, no coloque el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

Dispositivos intrauterinos para mujeres con infección por el VIH

- A las mujeres con infección por el VIH se les puede insertar con seguridad un DIU si no tienen una enfermedad clínica o esta es leve, estén recibiendo o no tratamiento antirretroviral.
- A las mujeres con infección por el VIH que tengan una enfermedad clínica avanzada o grave no se les debe insertar un DIU.
- Si una mujer contrae la infección por el VIH mientras tiene un DIU colocado, no es necesario quitárselo.
- Si una usuaria de un DIU con infección por el VIH desarrolla una enfermedad clínica avanzada o grave, puede seguir usando el DIU, pero debe ser controlada estrechamente para detectar una posible EIP.
- Inste a las mujeres con infección por el VIH o con riesgo de contraerla a que usen preservativos además del DIU. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- Se puede insertar el DIU a las mujeres que corren el riesgo de contraer la infección por el VIH pero que no la han contraído. El DIU no aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH.

Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual

No se debe insertar un DIU a una mujer que tenga gonorrea o clamidiasis. El hecho de tener estas ITS en el momento de la inserción puede aumentar el riesgo de padecer una EIP. Sin embargo, estas ITS pueden ser difíciles de diagnosticar clínicamente y las pruebas de laboratorio fiables llevan tiempo, son costosas y a veces no se puede recurrir a ellas. Sin signos o síntomas clínicos y sin pruebas de laboratorio, la única indicación de que una mujer quizá ya tenga una ITS es si su comportamiento o su situación hacen que su *probabilidad individual de infección sea muy alta*. Si este riesgo *individual* es muy alto, en general no se debe insertar el DIU.‡ (Las tasas locales de prevalencia de ITS no sirven de base para determinar el riesgo individual.)

No existe una serie universal de preguntas para determinar si una mujer tiene un riesgo individual muy alto de contraer ITS. En lugar de plantear preguntas, el proveedor puede analizar con la usuaria los comportamientos personales y las situaciones de su comunidad que más probablemente exponen a las mujeres a las ITS.

‡ Por el contrario, si la situación de la usuaria del DIU varía y ella cree que corre un riesgo individual muy alto de contraer una gonorrea o una clamidiasis, puede seguir usando el DIU.

Pasos a dar:

1. Dígale a la usuaria que, en general, a las mujeres con un riesgo individual muy alto de tener una ITS no se les debería colocar un DIU.
2. Pídale a la mujer que considere su propio riesgo y que piense si podría tener una ITS. Frecuentemente la mujer es quien mejor juzga su propio riesgo.⁵ No tiene que referirle al proveedor su comportamiento sexual ni el de su pareja. El proveedor podrá explicar situaciones posiblemente riesgosas que pueden hacer que la mujer tenga un riesgo individual muy alto. La usuaria puede considerar si últimamente estuvo expuesta a tales situaciones (aproximadamente en los 3 últimos meses). En ese caso, es posible que tenga una ITS en el momento presente, tanto si ha tenido síntomas como si no, y quizá quiera elegir un método diferente al DIU.
3. Pregúntele si cree ser una buena candidata para un DIU o si prefiere considerar otros métodos anticonceptivos, incluidos otros métodos de acción prolongada. Si después de considerar su riesgo cree que es una buena candidata y es apta para utilizar un DIU, proporcióneselo. Si la mujer prefiere considerar otros métodos, o si usted tiene razones de peso para creer que tiene un riesgo individual de infección muy alto, ayúdela a elegir otro método.

Las situaciones posiblemente riesgosas son las siguientes:

- Pareja sexual con síntomas de ITS tales como pus saliendo del pene, dolor o ardor al orinar, o úlcera abierta en la zona genital
- Diagnóstico reciente de ITS en la usuaria o una pareja sexual
- Usuaria con más de una pareja sexual recientemente
- Usuaria con una pareja sexual que ha tenido otras parejas recientemente

Además, el proveedor puede mencionar otras situaciones de alto riesgo que existan a nivel local.

Todas estas situaciones conllevan menos riesgo si la mujer o su pareja utilizan los preservativos sistemática y correctamente.

Nota:

Si todavía quiere utilizar un DIU a pesar de tener un riesgo individual muy alto de tener una ITS, y si se dispone de pruebas de laboratorio fiables para la detección de la gonorrea y la clamidiasis, se puede insertar el DIU si los resultados de las pruebas son negativos. Si el resultado de las pruebas es positivo, se puede insertar el DIU tan pronto como la mujer concluya el tratamiento, si es que no corre riesgo de reinfección en el momento de la inserción.

En circunstancias especiales, cuando no se disponga de métodos anticonceptivos más apropiados, o no sean aceptables para la usuaria, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente su situación y afeción específica y decidir si se le puede insertar el DIU a una mujer con un riesgo individual muy alto, incluso si no se dispone de pruebas para detectar ITS. (Dependiendo de las circunstancias, el proveedor puede plantearse la administración de tratamiento de presunción con una dosis completa curativa de antibióticos efectivos tanto contra la gonorrea como contra la clamidiasis y colocarle el DIU una vez concluido el tratamiento.) Tanto si recibe tratamiento de presunción como si no, el proveedor debe estar seguro de que la usuaria puede regresar para la consulta de seguimiento, de que se le hará una revisión minuciosa para detectar una posible infección y recibirá tratamiento de inmediato si fuera necesario. Se le debe pedir que regrese de inmediato si presenta fiebre además de dolor en la zona inferior del abdomen o flujo vaginal anormal.

⁵ *Cualquier mujer que piense que puede tener una ITS debe buscar atención de salud inmediatamente.*

Suministro del dispositivo intrauterino

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: En muchos casos la mujer puede comenzar a usar el DIU en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer

Cuándo comenzar

Tiene ciclos menstruales

En cualquier momento del mes

- Si comienza en el plazo máximo de 12 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 12 días desde el inicio de la menstruación, se puede insertar el DIU en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. No hay necesidad de un método de respaldo.

Cambio de otro método por el DIU

- De inmediato, si ha estado utilizando el método anticonceptivo correcta y sistemáticamente o, de no ser así, si es razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario esperar a la próxima menstruación. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si el método anterior era un anticonceptivo inyectable, se puede insertar el DIU en el momento en que le hubiera correspondido ponerse la siguiente inyección. No hay necesidad de un método de respaldo.

Poco después del parto (independientemente de si está amamantando o no)

- En cualquier momento en el plazo máximo de 48 horas desde el parto, incluso si se trató de un parto por cesárea. (El proveedor debe tener capacitación específica en la inserción posparto del DIU a mano o usando una pinza de anillo.)
- Si han pasado más de 48 horas desde el parto, postergue la colocación del DIU hasta que hayan transcurrido al menos 4 semanas desde el parto.

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si el DIU no se inserta en las 48 primeras horas y no se ha restablecido la menstruación, se puede insertar el DIU en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses posteriores al parto. No hay necesidad de un método de respaldo.
 - Si se ha restablecido la menstruación, se puede insertar el DIU tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase más atrás).
-

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva (continuación)

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, se puede insertar el DIU en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, se puede insertar el DIU tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

Lactancia materna parcial o no está amamantando

Más de 4 semanas después del parto

- Si la menstruación no se ha restablecido, se le puede insertar el DIU *si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439). No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, se puede insertar el DIU tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

Ausencia de menstruación (sin relación con el parto o la lactancia materna)

- En cualquier momento *si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439). No hay necesidad de un método de respaldo.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- De inmediato, si el DIU se inserta en un plazo máximo de 12 días después de un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre y si no presenta una infección. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si han pasado más de 12 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre y si no presenta una infección, se puede insertar el DIU en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si la mujer presenta una infección, trátela o dérvela, y ayúdela a elegir otro método. Si aún quiere utilizar el DIU, se puede colocar en cuanto la infección haya desaparecido por completo.
- La inserción del DIU después de un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre requiere una capacitación específica. Si usted no tiene capacitación específica, postergue la colocación del DIU hasta que hayan pasado al menos 4 semanas después del aborto espontáneo o provocado.

Situación de la mujer

Cuándo comenzar (continuación)

Uso como anticoncepción de urgencia

- En el plazo máximo de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.
- Cuando se pueda calcular el momento de la ovulación, se puede insertar el DIU hasta 5 días después de la misma. Algunas veces se puede insertar más de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- El DIU puede insertarse el mismo día en que la mujer ha tomado las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU; de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados o de acetato de ulipristal). No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si no se inserta el DIU de inmediato, sino que la mujer regresa más adelante, se le puede insertar en cualquier momento *si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).

Prevención de infecciones al insertar el DIU

El uso de una técnica de inserción adecuada puede ayudar a evitar muchos problemas, como infecciones, la expulsión del DIU o la perforación del útero.

- Siga los procedimientos de prevención de infecciones apropiados.
- Use instrumentos sometidos a desinfección de nivel alto o a esterilización. Para lograr una desinfección de nivel alto, someta los instrumentos a ebullición, vaporización o inmersión en productos químicos desinfectantes.
- Utilice un DIU preesterilizado nuevo, envasado con su aplicador.
- La técnica de inserción “sin contacto” es la más segura. Esta técnica implica no dejar que el DIU cargado o que la sonda uterina toquen alguna superficie que no sea estéril, como las manos, el espéculo, la vagina o la superficie de la mesa. Para llevar a cabo la técnica de inserción sin contacto:
 - Cargue el DIU en el aplicador mientras el DIU está todavía en el envase estéril, para evitar tocarlo directamente.
 - Limpie minuciosamente el cuello uterino con antiséptico antes de insertar el DIU.
 - Tenga cuidado para no tocar la pared de la vagina ni las hojas del espéculo con la sonda uterina o el aplicador cargado con el DIU.
 - Pase por el conducto cervicouterino tanto la sonda uterina como el aplicador cargado con el DIU, una sola vez cada uno.
- En general, no se recomienda administrar antibióticos sistemáticamente a las mujeres con un riesgo bajo de ITS.



Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de insertar el DIU hay que asesorar minuciosamente acerca de los cambios en el sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describe los efectos secundarios más frecuentes

- Cambios en el patrón de sangrado:
 - Menstruación prolongada y profusa
 - Sangrado irregular
 - Más espasmos o dolor durante la menstruación

Explique estos efectos secundarios

- Los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad.
- Por lo general, tienden a disminuir transcurridos unos pocos meses desde la inserción.
- La usuaria puede volver a consultar si los problemas la molestan o si tiene otras inquietudes.

Inserción del DIU

Hable con la usuaria antes del procedimiento

- Explíquelo el procedimiento de inserción (véase la página siguiente).
- Muéstrela el espéculo, la pinza de Pozzi, el DIU y el aplicador en su envase.
- Dígale que va a sentir alguna molestia o algún espasmo durante el procedimiento y que esto es previsible.
- Pídale que le diga si en algún momento siente molestias o dolor.
- Se puede administrar ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico 30 minutos antes de la inserción para ayudar a reducir los espasmos y el dolor. No le dé ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación sanguínea.

Hable con la usuaria durante el procedimiento

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Advértala antes de cada paso que pueda causarle dolor o que la pueda sorprender.
- De vez en cuando pregúntele si siente dolor.

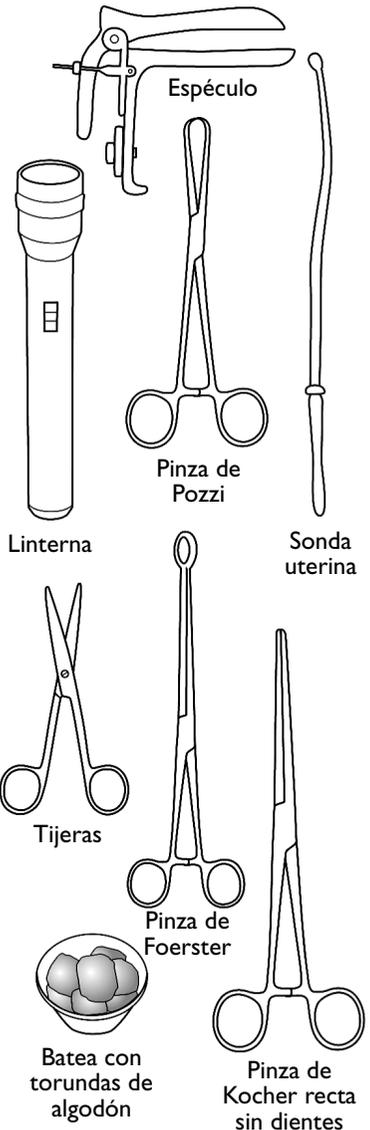
Hable con la usuaria después del procedimiento

- Pregúntele cómo está.
- Dígale que el procedimiento ha ido bien y que el DIU está colocado.
- Dígale que puede descansar durante algún tiempo y luego incorporarse lentamente antes de levantarse y vestirse.
- Recuérdele que ustedes dos hablarán sobre los próximos pasos y el seguimiento.

Explicación del procedimiento de inserción

Una mujer que ha optado por el DIU tiene que saber qué sucederá durante la inserción. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a insertar el DIU requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas.

1. El proveedor usa procedimientos apropiados de prevención de las infecciones.
2. El proveedor lleva a cabo una exploración ginecológica para determinar la posición del útero y evaluar si se cumplen los criterios para la inserción del DIU (véase "Preguntas de tamizaje para la exploración ginecológica antes de insertar el DIU", p. 161). El proveedor realiza primero la exploración bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cuello uterino.
3. El proveedor limpia el cuello uterino y la vagina con un antiséptico apropiado.
4. El proveedor introduce lentamente la pinza de Pozzi a través del espéculo y la cierra solo lo suficiente para mantener fijos el cuello uterino y el útero.
5. El proveedor pasa lenta y suavemente la sonda uterina a través del cuello uterino para medir la profundidad y la posición del útero.
6. El proveedor carga el DIU en el aplicador mientras ambos están aún en el envase estéril.
7. El proveedor inserta lenta y suavemente el DIU en el útero y extrae el aplicador.
8. El proveedor corta los hilos del DIU, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cuello uterino.
9. Después de insertar el DIU, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exploración hasta que sienta que está lista para vestirse.



Ayuda a la usuaria continua

Dé instrucciones específicas

Es previsible que tenga espasmos y dolor

- La usuaria puede esperar que tendrá algún espasmo o dolor durante unos días después de la inserción.
- Propóngale que tome ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico, según sea necesario.
- También puede esperar algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la inserción. **El manchado irregular puede proseguir durante el primer mes después de la inserción.**

Duración de la protección frente al embarazo

- Comente con ella cómo puede recordar la fecha en que debe regresar para la retirada del DIU o su posible sustitución.
- Si es posible, dé a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta recordatorio, como la que se muestra a continuación, y explíquele:
 - qué tipo de DIU tiene;
 - la fecha de inserción del DIU;
 - el mes y el año en que se debe retirar o sustituir el DIU;
 - adónde debe acudir si tiene problemas o dudas respecto al DIU.

Consulta de seguimiento

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la inserción del DIU. Sin embargo, no debería negársele el DIU a ninguna mujer simplemente porque su seguimiento pueda resultar difícil o imposible.

Tarjeta recordatorio del DIU

Nombre de la usuaria: _____

Tipo de DIU: _____

Retirada o sustitución en: Mes: Año:

Si tiene algún problema o duda, diríjase a:

(Nombre y ubicación del establecimiento)

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar el DIU.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Usar sistemáticamente preservativos además del DIU si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o si cree que corre el riesgo de contraerlas.
- Ayudarla a acordarse de cuándo debe acudir a que le retiren el DIU.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera—por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- el DIU fue expulsado o la usuaria cree que puede haber sido expulsado del útero;
- tiene síntomas de EIP (dolor creciente o intenso en la zona inferior del abdomen, dolor durante las relaciones sexuales, flujo vaginal inusual, fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos), especialmente en los 20 primeros días después de la inserción;
- cree que puede estar embarazada;
- quiere que le retiren el DIU, por la razón que sea.

Consejo general de salud:

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Consulta de seguimiento después de la inserción (al cabo de 3 a 6 semanas)

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si le preocupan los cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, p. 173).
3. Pregúntele si tiene:
 - dolor intenso o en aumento en la zona inferior del abdomen durante las relaciones sexuales o al orinar,
 - secreción vaginal inusual,
 - fiebre o escalofríos,
 - signos o síntomas de embarazo,

- Pregúntele también si percibe que la parte de plástico duro del DIU sale parcialmente.
- En la consulta de control no es necesario hacer sistemáticamente una exploración ginecológica, aunque puede ser pertinente en algunas circunstancias o usuarias. Lleve a cabo una exploración ginecológica sobre todo si las respuestas de la usuaria le hacen sospechar una infección o que el DIU ha salido parcial o totalmente.

En todas las consultas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con el método y acerca de los cambios en el sangrado (véase “Consulta de seguimiento después de la inserción”, puntos 1 y 2, en la página anterior).
2. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo. Aborde los problemas según corresponda. En lo que se refiere a nuevos problemas de salud que puedan requerir un cambio de método anticonceptivo, véase la p. 177.
3. Pregunte a la usuaria de larga data si se han producido cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento según proceda.
4. Recuérdele por cuánto tiempo más la protegerá el DIU del embarazo, y cuándo debe regresar para extraerlo o sustituirlo.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los efectos secundarios o con las complicaciones afectan a la satisfacción de la mujer y al uso del DIU. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere algún efecto secundario o alguna complicación, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudarla a elegir otro método anticonceptivo—ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.

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

- Tranquilícela diciéndole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado profuso o prolongado. No suele ser perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras varios meses de uso.
- Se puede lograr un alivio moderado y breve probando los siguientes medicamentos (uno por vez):
 - Ácido tranexámico (1500 mg) 3 veces al día durante 3 días, luego 1.000 mg una vez al día durante 2 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso.
 - Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) como el ibuprofeno (400 mg) o la indometacina (25 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, comenzando cuando empieza el sangrado profuso. Otros AINE —excepto el ácido acetilsalicílico— también pueden proporcionar cierto alivio del sangrado profuso o prolongado. El ácido acetilsalicílico podría aumentar el sangrado.

- Si es posible, suminístrele comprimidos de hierro y dígame que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro (véase “Posible anemia”, en la página siguiente).
- Si el sangrado profuso o prolongado persiste o si comienza después de varios meses de sangrado normal o mucho tiempo después de la inserción del DIU, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 177).

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

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que utilizan DIU presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras varios meses de uso.
- Para lograr un alivio moderado y breve, puede utilizar AINE, como el ibuprofeno (400 mg) o la indometacina (25 mg) 2 veces al día después de las comidas durante 5 días, empezando cuando comience el sangrado irregular.
- Si el sangrado irregular persiste o si comienza después de varios meses de sangrado normal, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 177).

Espasmos y dolor

- La usuaria puede esperar que tendrá algún espasmo o dolor durante uno o dos días después de la inserción del DIU.
- Explíquele que también es habitual que pueda tener algún espasmo en los 3-6 primeros meses de uso del DIU, sobre todo durante la menstruación. En general, esto no es perjudicial y suele disminuir con el tiempo.
 - Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. Si la usuaria presenta también sangrado profuso o prolongado debe evitar el uso de ácido acetilsalicílico, ya que puede aumentar el sangrado.
- Si los espasmos intensos persisten más allá de los 2 primeros días después de la inserción, evalúe a la usuaria para descartar una expulsión parcial del DIU o una perforación uterina.

Posible anemia

- Puede aumentar la anemia en las mujeres que ya presentan una baja reserva de hierro en sangre antes de la inserción y en las que el DIU produce una menstruación más profusa.
- Preste especial atención a las usuarias de DIU que tengan alguno de los siguientes signos o síntomas:
 - Palidez en el interior de los párpados o en el lecho ungueal, piel pálida, fatiga (cansancio) o debilidad, mareos, irritabilidad, cefalea, zumbidos en los oídos, llagas en la lengua y uñas quebradizas.
 - Si puede hacer un análisis de sangre, compruebe si la hemoglobina es inferior a 9 g/dl o si el hematocrito es inferior a 30.
- Si es posible, proporciónale suplementos de hierro en comprimidos.

- Dígale que es importante ingerir alimentos que contengan hierro, tales como carnes y aves (en especial, carne de vacuno e hígado de pollo), pescado, verduras de hoja verde y legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes).

La pareja percibe los hilos del DIU durante las relaciones sexuales

- Explique que esto sucede a veces cuando se han dejado los hilos demasiado cortos.
- Si a su pareja le molestan los hilos, describa y comente esta opción:
 - Los hilos se pueden cortar aún más, de modo que no salgan del conducto cervicouterino. Su pareja no sentirá los hilos, pero esto hará que el procedimiento de extracción sea un poco más difícil (quizá sea necesario que lo realice un proveedor especialmente capacitado).

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen (sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica [EIP])

- Algunos signos y síntomas comunes de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) también se dan en otras afecciones abdominales, como el embarazo ectópico. Si se descarta un embarazo ectópico, haga una evaluación para detectar la presencia de una EIP.
- Si fuera posible, haga una exploración abdominal y una exploración ginecológica (véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384, para obtener información sobre los signos encontrados en la exploración ginecológica que indicarían una EIP).
- Si no es posible realizar una exploración ginecológica, sospeche una EIP si la usuaria presenta, además de dolor en la zona inferior del abdomen, una combinación de los siguientes signos y síntomas:
 - secreción vaginal inusual,
 - fiebre o escalofríos,
 - dolor durante las relaciones sexuales o al orinar,
 - sangrado después de tener relaciones sexuales o entre menstruaciones,
 - náuseas y vómitos,
 - tumoración pélvica dolorosa,
 - dolor cuando se presiona suavemente el abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar de repente tras presionar suavemente (dolor abdominal de rebote).
- Trate la EIP o derive de inmediato a la usuaria para que reciba tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EIP, los proveedores de atención de salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas antes descritos. Se debe iniciar el tratamiento cuanto antes. El tratamiento es más efectivo en la prevención de las complicaciones a largo plazo si se administran inmediatamente los antibióticos adecuados.
 - Trate la gonorrea, la clamidiasis y las infecciones por bacterias anaerobias. Asesore a la usuaria acerca de la prevención mediante los preservativos y el tratamiento de las ITS, y sobre el uso de los preservativos. Si es posible, proporciónale preservativos.

- No hay necesidad de extraer el DIU si la usuaria quiere seguir usándolo. Si quiere que se lo extraiga, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (Si se retira el DIU, considere la posibilidad de usar píldoras anticonceptivas de urgencia [PAU] y comente la posible elección de otro método. Véase “Sustitución del DIU por otro método”, p. 172.)
- Si no mejora la infección, considere la posibilidad de extraer el DIU mientras se mantiene el tratamiento antibiótico. Aunque no se retire el DIU, se debe proseguir el tratamiento antibiótico. En ambos casos se tiene que vigilar estrechamente la salud de la mujer.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen (sospecha de embarazo ectópico)

- Son muchas las afecciones que pueden causar un dolor abdominal intenso. Esté particularmente alerta para detectar signos o síntomas adicionales de embarazo ectópico, que, si bien es raro, puede poner en peligro la vida. Aunque el DIU reduce el riesgo de embarazo ectópico, no lo elimina (véase la pregunta 10, p. 180).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, quizá no haya síntomas o estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. La sospecha de un embarazo ectópico debe aumentar si se da una combinación de estos signos y síntomas:
 - dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación;
 - sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la mujer;
 - vahído o mareo;
 - desmayo.
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, derive a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Véase “Esterilización femenina, Manejo del embarazo ectópico”, p. 227, para obtener más información sobre el embarazo ectópico.)
- Si la usuaria no tiene estos síntomas y signos adicionales, evalúela para descartar una EIP (véase “Dolor intenso en la zona inferior del abdomen”, p. 175).

Sospecha de perforación uterina

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la inserción o de la utilización de la sonda uterina, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo ha insertado). Observe con atención a la usuaria en el consultorio:
 - Durante la primera hora, deje que repose en cama y compruebe sus constantes vitales (tensión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si permanece estable al cabo de una hora, compruebe si hay signos de hemorragia intraabdominal, como el hematocrito o la hemoglobina bajos, o dolor de rebote en la exploración abdominal, si fuera posible, así como las constantes vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales durante 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.
 - Si presenta aceleración del pulso y disminución de la tensión arterial, o si aparecen nuevos dolores o aumenta el dolor en torno al útero, derivela a un nivel de atención superior.

- Si, considerando los síntomas clínicos, se sospecha una perforación uterina en un plazo de 6 semanas o más después de la inserción, derive a la usuaria a un médico con experiencia en la extracción de dichos DIU para que la evalúe (véase la pregunta 6, p. 179).

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. Pregúntele a la usuaria si quiere otro DIU o un método anticonceptivo diferente. Si quiere otro DIU, se le puede insertar uno de inmediato si es razonablemente seguro que no está embarazada. Si no quiere utilizar más el DIU, ayúdela a elegir otro método.

El DIU se sale por completo (expulsión completa)

- Si la usuaria relata que el DIU se ha salido por completo, pregúntele si quiere otro DIU o un método anticonceptivo diferente. Si quiere otro DIU, se le puede insertar uno en cualquier momento siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.
- Si se sospecha una expulsión completa (por ejemplo, si no se encuentran los hilos en la exploración ginecológica) y la usuaria no sabe si el DIU se salió, dérvela para hacer una ecografía (o una radiografía, siempre que pueda descartarse el embarazo) para evaluar si el DIU se ha desplazado a la cavidad abdominal. Proporciónese un método de respaldo para que lo utilice mientras tanto.

No se encuentran los hilos (lo que apunta a un posible embarazo, una perforación uterina o la expulsión del DIU)

- Pregúntele a la usuaria:
 - Si vio salirse el DIU y cuándo.
 - Cuándo tuvo la última menstruación.
 - Si tiene síntomas de embarazo.
 - Si ha usado un método de respaldo desde que notó que el DIU se había salido.
- Comience siempre con procedimientos menores y seguros y sea cuidadoso. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del conducto cervicouterino. Aproximadamente la mitad de los hilos que no se pueden ubicar pueden encontrarse en el conducto cervicouterino.
- Si no se pueden ubicar los hilos en el conducto cervicouterino, puede ser que se encuentren dentro del útero o que el DIU haya sido expulsado sin que la usuaria se diera cuenta. Dérvela para hacer una ecografía (o una radiografía, si se puede descartar el embarazo). En el caso de que el DIU se haya salido, proporciónese un método de respaldo para que lo utilice mientras tanto.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Sangrado vaginal sin causa aparente (indicativo de una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Puede seguir utilizando el DIU mientras se evalúa su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una EIP, puede seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico.
- Explíquela que la presencia de un DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de aborto espontáneo, incluido el aborto espontáneo séptico (aborto complicado con una infección) durante el primer o el segundo trimestre, que puede poner en peligro la vida.
- Si la mujer no desea continuar con el embarazo, asesórela según las directrices del programa.
- Si continúa con el embarazo:
 - Advértale que es mejor extraer el DIU.
 - Explíquela los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La retirada temprana del DIU reduce estos riesgos, aunque el procedimiento en sí implica un pequeño riesgo de aborto espontáneo.
 - Si accede a la extracción, retire el DIU con delicadeza o derívela para que se lo extraigan.
 - Explíquela que debe regresar de inmediato en caso de que aparezca algún signo de aborto o de aborto séptico (sangrado vaginal, espasmos, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre).
 - Si decide seguir usando el DIU, una enfermera o un médico debe hacer un seguimiento estrecho de su embarazo. Si presentara cualquier signo de aborto séptico, deberá ver inmediatamente a una enfermera o a un médico.
- Si los hilos del DIU no son visibles y no pueden ubicarse en el conducto cervicouterino, el DIU no puede recuperarse con seguridad. Si es posible, derívela para hacer una ecografía con el fin de determinar si el DIU está todavía en el útero. Si es así, o si no se puede hacer una exploración ecográfica, se tiene que hacer un seguimiento estrecho de su embarazo. La usuaria debe buscar atención de inmediato si aparece algún signo de aborto séptico.

Extracción del dispositivo intrauterino

IMPORTANTE: Si la mujer solicita que le retiren el DIU, por las razones que sean, tanto médicas como personales, el proveedor no debe negarse a ello ni retrasar la extracción del DIU. Todo el personal debe comprender y aceptar que no se debe presionar o forzar a la usuaria para que siga usando el DIU.

Si la mujer encuentra que algunos efectos secundarios son difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene (véase “Manejo de problemas”, p. 173). Pregúntele si prefiere intentar controlar esos problemas o que le retiren el DIU de inmediato.

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

Explicación del procedimiento de extracción

Antes de retirar el DIU, explíquelo a la usuaria lo que sucederá durante la extracción:

- 1.** El proveedor introduce el espéculo para ver el cuello uterino y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cuello uterino y la vagina con una solución antiséptica, como una solución yodada.
- 2.** El proveedor le pide a la mujer que respire lenta y profundamente y que se relaje. La mujer debe decir si siente dolor durante el procedimiento.
- 3.** Usando una pinza de Kocher recta sin dientes, el proveedor tira de los hilos del DIU lenta y suavemente hasta que el DIU sale por completo del cuello uterino.

Sustitución del DIU por otro método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la usuaria frente al embarazo cuando sustituye un DIU de cobre o un DIU hormonal por otro método. Véase también el epígrafe “Cuándo comenzar” de cada método.

Sustitución por	Cuándo comenzar
Un método hormonal: anticonceptivos orales combinados (AOC), anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), inyectables de progestágeno solo, inyectables anticonceptivos mensuales, parche anticonceptivo combinado, anillo anticonceptivo vaginal combinado o implantes	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación (5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No hay necesidad de un método de respaldo.• Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación (después de los 5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP) y ha tenido relaciones sexuales después de su última menstruación, empiece con el método hormonal ahora. Es recomendable mantener el DIU colocado hasta la próxima menstruación.• Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación (después de los 5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP) y no ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación, se puede mantener el DIU colocado y extraerlo durante la próxima menstruación, o se puede extraer el DIU y la usuaria puede utilizar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes (2 días en el caso de los AOP).
Preservativos masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicouterinos o retiro (coito interrumpido)	<ul style="list-style-type: none">• La próxima vez que tenga relaciones sexuales después de extraer el DIU.
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	<ul style="list-style-type: none">• En el mismo ciclo en que se extrae el DIU.
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación, retire el DIU y realice el procedimiento de esterilización femenina. No hay necesidad de un método de respaldo.• Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización femenina. Lo ideal es mantener el DIU colocado hasta la consulta de seguimiento o hasta la próxima menstruación. Si no es posible hacer una consulta de seguimiento, retire el DIU en el momento de la esterilización. No hay necesidad de un método de respaldo.
Vasectomía	<ul style="list-style-type: none">• En cualquier momento• Se puede mantener el DIU colocado hasta que los resultados del análisis del semen de la pareja muestren que la vasectomía está funcionando, o durante 3 meses, cuando la vasectomía será completamente efectiva.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Preguntas y respuestas acerca del dispositivo intrauterino de cobre

1. ¿El DIU provoca una enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino)?

Por sí mismo, el DIU no causa enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La gonorrea y la clamidiasis son las principales causas directas de la EIP. Sin embargo, la inserción del DIU cuando la mujer tiene gonorrea o clamidiasis puede dar lugar a una EIP. Esto no pasa a menudo. Cuando sucede, es más frecuente que ocurra en los 20 primeros días después de la inserción del DIU. Se ha calculado que, en un grupo de usuarias en el que las ITS son frecuentes y las preguntas de tamizaje permiten identificar la mitad de los casos de ITS, podría haber 1 caso de EIP por cada 666 inserciones de DIU (o menos de 2 por 1.000) (véase “Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual”, p. 162).

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

Sí. No existe un límite de edad mínimo o máximo. Se debe retirar el DIU después de la menopausia, en un plazo de 12 meses desde la última menstruación de la mujer (véase “Mujeres perimenopáusicas”, p. 325).

3. ¿Si una usuaria actual presenta una ITS o si tiene un riesgo individual muy alto de contraer una ITS, se le debe extraer el DIU?

No. Si una mujer contrae una nueva ITS después de haberle insertado el DIU, no está especialmente en riesgo de desarrollar una EIP debido al DIU. Puede seguir utilizando el DIU mientras recibe tratamiento para la ITS. La extracción del DIU no tiene ningún beneficio y expone a la mujer al riesgo de un embarazo no deseado. Asesórela en lo que respecta al uso de los preservativos y otras estrategias para evitar las ITS en el futuro.

4. ¿Los DIU hacen estéril a la mujer?

No. Una vez retirado el DIU, la mujer puede quedarse embarazada tan pronto como otra que nunca haya utilizado un DIU, si bien la fertilidad disminuye con los años. En estudios de buena calidad no se ha observado que el riesgo de infertilidad aumente en las mujeres que han utilizado DIU, incluidas las mujeres jóvenes y las mujeres sin hijos. Sin embargo, tanto si la mujer tiene un DIU como si no, si desarrolla una EIP y no recibe tratamiento, existe cierta probabilidad de que se vuelva estéril.

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

Sí. En general, una mujer que no ha tenido hijos puede utilizar el DIU, pero debe saber que es más propensa a que el DIU se salga, dado que su útero puede ser más pequeño que el de una mujer que sí ha tenido hijos.

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

El DIU nunca se desplaza hacia el corazón, el cerebro o cualquier otra parte del cuerpo fuera del abdomen. Normalmente, el DIU permanece dentro del

útero como una semilla dentro de su vaina. En raras ocasiones, el DIU puede atravesar la pared del útero y penetrar en la cavidad abdominal. Esto se debe en la mayoría de los casos a un error durante la inserción. Si esto se descubre en un plazo máximo de 6 semanas desde la inserción o si causa síntomas en algún momento, será necesario extraer el DIU mediante una intervención quirúrgica laparoscópica o por laparotomía. Por lo general, sin embargo, un DIU fuera de lugar no causa problemas y debe dejarse donde está. La mujer tendrá que usar otro método anticonceptivo.

7. ¿Después de usar un DIU durante varios años o después de alcanzar la fecha recomendada de extracción del DIU, la usuaria debe guardar un “período de reposo”?

No. No es necesario y podría ser nocivo. La extracción del DIU antiguo y la inserción inmediata del nuevo DIU se asocia a menos riesgo de infección que los dos procedimientos por separado. Además, una mujer podría quedarse embarazada durante un “período de descanso” antes de insertar el nuevo DIU.

8. ¿Deben administrarse antibióticos sistemáticamente antes de insertar un DIU?

No, en general no. Según indican la mayor parte de las investigaciones más recientes realizadas en lugares donde las ITS no son comunes, el riesgo de EIP es bajo, tanto con antibióticos como sin ellos. Cuando se plantean las preguntas adecuadas para determinar el riesgo de contraer ITS y cuando la inserción del DIU se lleva a cabo utilizando los procedimientos correctos de prevención de las infecciones (incluida la técnica de inserción sin contacto), el riesgo de infección es bajo. Sin embargo, los antibióticos deben ser una opción en zonas donde las ITS son comunes y el tamizaje de las mismas es limitado.

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

No. En el caso de una mujer que tenga ciclos menstruales, el DIU puede insertarse en cualquier momento del ciclo si es razonablemente seguro que no está embarazada. La menstruación puede ser un buen momento para la inserción del DIU, porque no es probable que la usuaria esté embarazada y la inserción puede ser más fácil. Sin embargo, durante la menstruación no es tan fácil percibir signos de infección.

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

No. Al contrario, el DIU reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. El embarazo ectópico es raro en las usuarias de DIU. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres portadoras de DIU es de 12 por 10.000 mujeres. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres de los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por 10.000 mujeres.

En las raras ocasiones en que el DIU falla y se produce el embarazo, 6-8 de cada 100 de esos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la gran mayoría de los embarazos que se producen después del fracaso del DIU no son ectópicos. De todos modos, el embarazo ectópico puede poner en peligro la vida, por lo que el proveedor debe ser consciente de que el embarazo ectópico es posible si falla el DIU.

Dispositivo intrauterino de levonorgestrel

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Protección prolongada frente al embarazo.** Muy efectivo durante 5 años; inmediatamente reversible.
- **Debe ser un proveedor con capacitación específica quien lo inserte en el útero.**
- **Una vez colocado el DIU de levonorgestrel (DIU-LNG), la usuaria no tiene que hacer casi nada.**
- **Los cambios en el sangrado son frecuentes, pero no son perjudiciales.** Lo habitual es que el sangrado sea más leve y dure menos días, sea infrecuente o irregular.

¿En qué consiste el dispositivo intrauterino de levonorgestrel?

- El DIU-LNG es un dispositivo de plástico en forma de T que libera de forma sostenida una cantidad pequeña de levonorgestrel cada día. (El levonorgestrel es progestágeno que también se utiliza en algunos implantes anticonceptivos y píldoras anticonceptivas orales.)
- Un proveedor de atención de salud específicamente capacitado lo inserta en el útero de la mujer por vía vaginal, a través del cuello uterino.
- También se lo denomina sistema intrauterino liberador de levonorgestrel, DIU-LNG o DIU hormonal.
- Se comercializa bajo las marcas comerciales de Mirena, Liletta, Kyleena, Skyla y Jaydess. Los DIU Kyleena, Skyla y Jaydess y sus aplicadores son algo más pequeños que los DIU Mirena y Liletta.
- Actúa evitando que los espermatozoides fecunden el óvulo.

¿Cuán efectivo es?

Es uno de los métodos más efectivos y de acción más prolongada:

- En el primer año de uso se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de DIU LNG (2 por cada 1.000 mujeres). Esto significa que 998 de cada 1.000 usuarias de DIU-LNG no se quedarán embarazadas.
- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año de uso; este riesgo se mantiene mientras la mujer siga utilizando el DIU-LNG.
 - Más de 5 años de uso del DIU-LNG Mirena: Menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (5-8 por cada 1.000 mujeres).
- Se ha aprobado el uso de Mirena y Kyleena durante un período de hasta 5 años. Según se desprende de investigaciones realizadas, Mirena sigue siendo muy efectivo durante un período de hasta 7 años. Se ha aprobado el uso de Liletta, Skyla y Jaydess durante un período de hasta 3 años.



Recuperación de la fertilidad tras retirar el DIU-LNG: Sin demora

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 202)

Algunas usuarias refieren que presentan:

- Con mayor frecuencia, cambios en los patrones de sangrado,[†] como:
 - sangrado más escaso y durante menos días,
 - sangrado infrecuente,
 - sangrado irregular,
 - ausencia de menstruación,
 - sangrado prolongado.
- Acné
- Cefaleas
- Mayor sensibilidad o dolor en los senos
- Náuseas
- Aumento de peso
- Mareos
- Cambios del estado de ánimo

Los cambios en el sangrado son normales y no son perjudiciales. Si una mujer los encuentra molestos o preocupantes, el asesoramiento y el apoyo pueden ser útiles.

Otros cambios físicos posibles:

- Quistes ováricos

[†] Se pueden consultar las definiciones de los patrones de sangrado en “Sangrado vaginal”, p. 406.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- El riesgo de embarazo
- La anemia ferropénica

Pueden ayudar a proteger contra:

- El cáncer endometrial
- El cáncer cervicouterino

Reducen:

- La dismenorrea
- La menstruación profusa
- Los síntomas de endometriosis (dolor pélvico, sangrado irregular)
- El riesgo de embarazo ectópico

Complicaciones

Raras:

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

Muy raras:

- Aborto espontáneo, parto prematuro o infección, en el caso muy raro de que la mujer se quede embarazada mientras tiene colocado el DIU-LNG.

Aclarar malentendidos

DIU-LNG:

- pueden ser utilizados por mujeres de cualquier edad, incluidas las adolescentes;
- pueden usarlos las mujeres que han tenido hijos y las que no los han tenido;
- no aumentan el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH;
- no aumentan el riesgo de aborto espontáneo cuando la mujer se queda embarazada tras retirar el DIU;
- no hacen que la mujer se vuelva estéril;
- no provocan defectos congénitos;
- no causan cáncer;
- no se desplazan hacia el corazón o el cerebro;
- no causan molestias ni dolor a la mujer o al hombre durante las relaciones sexuales.

Riesgos conocidos para la salud

Raros:

- A corto plazo, puede producirse una EIP si la mujer tiene gonorrea o clamidiasis en el momento de la inserción.

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el DIU-LNG

- Previene el embarazo con gran efectividad.
- Hace que la hemorragia sea más leve y puede prevenir la menstruación durante muchos meses (amenorrea).
- Es de acción prolongada.
- Es privado: generalmente nadie se da cuenta de que la mujer utiliza un método anticonceptivo, aunque en ocasiones la pareja puede sentir los hilos al mantener relaciones sexuales).
- Una vez insertado, no tiene ningún costo adicional en concepto de suministros.
- Cuando ya se ha insertado, el DIU no requiere que la usuaria haga nada.

Quién puede y quién no puede utilizar DIU-LNG

Casi todas las mujeres pueden usar DIU-LNG

Los DIU-LNG son seguros y efectivos para casi todas las mujeres:

- hayan tenido hijos o no;
- estén casadas o no;
- cualquiera que sea su edad, incluidas las adolescentes y las mujeres mayores de 40 años;
- si recientemente se han sometido a un aborto provocado o han tenido un aborto espontáneo (si no hay indicios de infección);
- si están amamantando;
- si realizan un trabajo físico intenso;
- si han tenido un embarazo ectópico;
- si han tenido una EIP;
- si tienen infecciones vaginales;
- si tienen anemia;
- si tienen una enfermedad clínica por el VIH con síntomas leves o sin síntomas, reciban o no tratamiento antirretroviral (véase “DIU-LNG para las mujeres con infección por el VIH”, p. 189).

Evite procedimientos innecesarios

(Véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- sin hacer el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una exploración de las mamas,
- sin una comprobación de la tensión arterial.

Es esencial realizar una exploración ginecológica y una evaluación del riesgo de contraer ITS. Cuando estén disponibles, el análisis de la concentración de hemoglobina y las pruebas de laboratorio para detectar las ITS, incluida la infección por el VIH, pueden contribuir al uso seguro y efectivo del DIU.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de DIU de levonorgestrel

Haga a la usuaria las preguntas siguientes sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. Si responde “no” a todas las preguntas (y no se han encontrado contraindicaciones en la exploración ginecológica; véase la p. 188), entonces se le puede insertar el DIU. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún se le puede insertar el DIU-LNG.

1. ¿Ha dado a luz hace más de 48 horas y menos de 4 semanas?

- NO **SÍ** Posponga la inserción del DIU hasta que hayan pasado 4 o más semanas desde el parto (véase “Poco después del parto”, p. 193).

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

- NO **SÍ** Si presenta una infección en curso del aparato reproductor durante las 6 semanas posteriores al parto (sepsis puerperal) o si tiene una infección uterina relacionada con un aborto (aborto séptico), no le inserte el DIU-LNG. Trátela o derívela si todavía no está recibiendo atención de salud. Ayúdela a elegir otro método u ofrézcale un método de respaldo.* Después del tratamiento, vuelva a evaluar el uso del DIU-LNG.

3. ¿Tiene en la actualidad un coágulo sanguíneo en venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolia pulmonar)?

- NO **SÍ** Si le diagnosticaron recientemente una trombosis venosa en las piernas (en las venas profundas, no en las superficiales) o una embolia pulmonar; y no recibe tratamiento anticoagulante, ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

4. ¿Tiene cirrosis hepática grave o un tumor hepático grave?

- NO **SÍ** Si refiere que tiene cirrosis grave o un tumor hepático grave, como el cáncer hepático, no le inserte el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

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

- NO **SÍ** No le inserte el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal

(Continúa en la siguiente página)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónele preservativos.

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

- NO **SÍ** Si tiene un sangrado vaginal de causa desconocida que pueda apuntar a un embarazo o a una afección médica de fondo, el uso de un DIU-LNG podría dificultar más el diagnóstico y el seguimiento de cualquier tratamiento. Ayúdela a elegir un método para que lo utilice mientras es evaluada (pero que no sea un DIU de cobre, un inyectable de progestágeno solo o un implante) y, si está indicado, trátela. Después de diagnóstico y el tratamiento, vuelva a valorar si puede usar el DIU.

7. ¿Tiene algún tipo de afección o problema femenino (afección o problema ginecológico u obstétrico), como un cáncer genital, una tuberculosis del aparato genital o una enfermedad trofoblástica gestacional?

- NO **SÍ** Si actualmente presenta cáncer cervicouterino, endometrial u ovárico, tuberculosis del aparato genital o enfermedad trofoblástica gestacional, no le inserte un DIU-LNG. Trátela o derivela si todavía no está recibiendo atención de salud. Ayúdela a elegir otro método. En caso de tuberculosis del aparato genital, vuelva a valorar si puede usar el DIU-LNG.

8. ¿Tiene una infección por el VIH o el sida? ¿Tiene afecciones asociadas a la infección por el VIH?

- NO **SÍ** Si una mujer tiene una infección por el VIH con una enfermedad clínica grave o avanzada, no inserte un DIU-LNG. Por el contrario, si la mujer tiene una infección por el VIH con una enfermedad clínica leve o sin enfermedad clínica, se le puede insertar el DIU, tanto si sigue tratamiento antirretroviral como si no. (Véase “DIU-LNG para las mujeres con infección por el VIH”, p. 189.)

9. Evalúe si tiene un riesgo individual muy alto de contraer alguna ITS.

A las mujeres con una probabilidad individual muy alta de contraer ITS no se les debe insertar un DIU-LNG a menos que se haya descartado una gonorrea o una clamidiasis mediante pruebas de laboratorio (véase “Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual”, p. 190).

10. Descarte el embarazo.

Plantéele a la usuaria las preguntas de la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada). Si responde “sí” a cualquiera de estas preguntas, usted puede estar razonablemente seguro de que no está embarazada, y se le puede insertar un DIU-LNG.

Si mediante la lista de verificación del embarazo no se puede descartar el embarazo, use otra herramienta antes de insertar un DIU-LNG (véase “Descartar el embarazo”, p. 439).

Además, las mujeres no deben usar el DIU-LNG si refieren que tienen lupus eritematosos sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos (o si no se sabe si presentan dichos anticuerpos) pero no están recibiendo tratamiento inmunodepresor. Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Uso del juicio clínico en casos especiales

En general, una mujer que presente cualquiera de las afecciones mencionadas a continuación no debería utilizar un DIU-LNG. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método anticonceptivo más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar un DIU-LNG. El proveedor debe considerar la situación y la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Entre 48 horas y 4 semanas después del parto
- Trombosis aguda en venas profundas de las piernas o embolia pulmonar aguda
- Antecedentes de cáncer de mama hace más de 5 años, sin recidiva
- Cirrosis grave o tumor hepático grave
- Enfermedad trofoblástica gestacional no cancerosa (benigna)
- Cáncer ovárico en curso
- Riesgo individual de contraer ITS muy alto en el momento de la inserción
- Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos) y sin tratamiento inmunodepresor

Preguntas de tamizaje para la exploración ginecológica antes de insertar un DIU

Antes de insertar un DIU se debe hacer una exploración ginecológica y una evaluación del riesgo de contraer ITS. (Para obtener información sobre la evaluación del riesgo de contraer ITS, véase la p. 190.) Para detectar signos de afecciones que podrían contraindicar la inserción del DIU, al llevar a cabo la exploración ginecológica (tanto bimanual como con espéculo) hágase las preguntas que se indican a continuación. Si la respuesta a todas las preguntas es "no," entonces se puede insertar el DIU. Si la respuesta a cualquier pregunta es "sí," no inserte el DIU.

Si la respuesta a las preguntas 1 a 5 es "sí," derive a la mujer para su diagnóstico y tratamiento según corresponda. Ayúdela a elegir otro método anticonceptivo y asesórela respecto al uso de preservativos si corre el riesgo de contraer ITS. Si es posible, proporciónese preservativos. Si se confirma una ITS o una EIP y si la mujer sigue queriendo utilizar un DIU, se le puede insertar en cuanto haya terminado el tratamiento, si no corre riesgo de reinfección antes de la inserción.

1. ¿Tiene la mujer algún tipo de úlcera en la vulva, la vagina o el cuello uterino?

- NO Sí Posible ITS.

2. ¿Siente dolor en la zona inferior del abdomen al mover el cuello uterino?

- NO Sí Posible EIP.

3. ¿Tiene dolor a la palpación en el útero, los ovarios o las trompas de Falopio (dolor a la palpación en los anejos)?

- NO Sí Posible EIP.

4. ¿Presenta flujo cervicouterino purulento?

- NO Sí Posible ITS o EIP.

5. ¿El cuello uterino sangra con facilidad al tocarlo?

- NO Sí Posible ITS o cáncer cervicouterino.

6. ¿Existe alguna anomalía anatómica de la cavidad uterina que impida la colocación correcta del DIU?

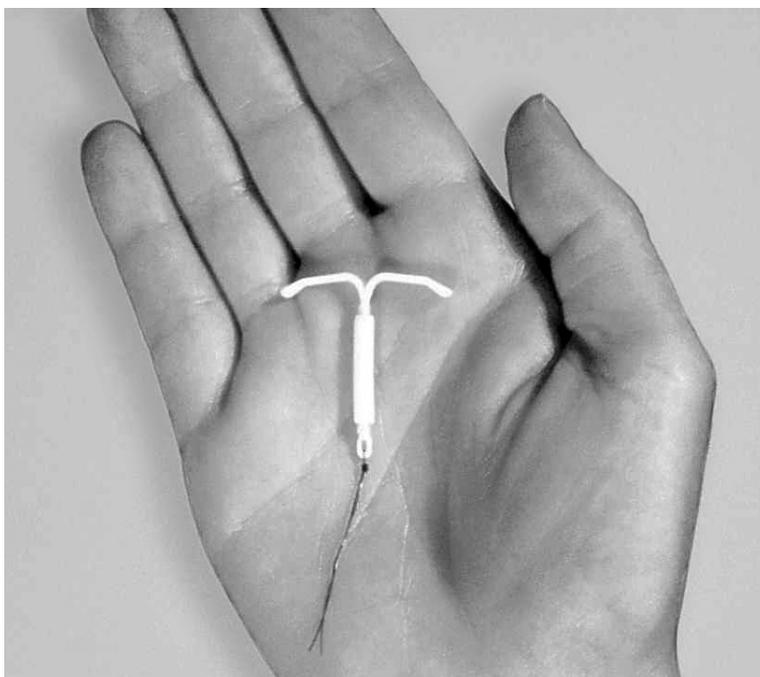
- NO Sí Si alguna anomalía anatómica distorsiona la cavidad uterina, quizá no sea posible colocar correctamente el DIU. La exploración ecográfica, de estar disponible, puede ayudar a determinar si es posible colocar adecuadamente el DIU. Si no, ayúdela a elegir otro método.

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

- NO Sí Es esencial determinar el tamaño y la posición del útero antes de insertar el DIU, para lograr una colocación alta del mismo y reducir al mínimo el riesgo de perforación. Si no es posible determinar el tamaño y la posición, no coloque el DIU. Ayúdela a elegir otro método.

DIU-LNG para las mujeres con infección por el VIH

- A las mujeres con infección por el VIH se les puede insertar con seguridad un DIU-LNG si no tienen una enfermedad clínica o esta es leve, estén recibiendo o no tratamiento antirretroviral.
- A las mujeres con infección por el VIH que tengan una enfermedad clínica avanzada o grave no se les debe insertar un DIU.
- Si una mujer contrae la infección por el VIH mientras tiene un DIU colocado, no es necesario quitárselo.
- Si una usuaria de un DIU con infección por el VIH desarrolla una enfermedad clínica avanzada o grave, puede seguir usando el DIU, pero debe ser controlada estrechamente para detectar una posible EIP.
- Inste a las mujeres con infección por el VIH o con riesgo de contraerla a que usen preservativos además del DIU. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- Se puede insertar el DIU a las mujeres que corren el riesgo de contraer la infección por el VIH pero que no la han contraído. El DIU no aumenta el riesgo de contraer la infección por el VIH.



Evaluación de la mujer frente al riesgo de infecciones de transmisión sexual

No se debe insertar un DIU a una mujer que tenga gonorrea o clamidiasis. El hecho de tener estas ITS en el momento de la inserción puede aumentar el riesgo de padecer una EIP. Sin embargo, estas ITS pueden ser difíciles de diagnosticar clínicamente y las pruebas de laboratorio fiables llevan tiempo, son costosas y a veces no se puede recurrir a ellas. Sin signos o síntomas clínicos y sin pruebas de laboratorio, la única indicación de que una mujer quizá ya tenga una ITS es si su comportamiento o su situación hacen que su riesgo individual de infección sea muy alto. Si este riesgo individual es muy alto, en general no se debe insertar el DIU.‡ (Las tasas locales de prevalencia de ITS no sirven de base para determinar el riesgo individual.)

No existe una serie universal de preguntas para determinar si una mujer tiene un riesgo individual muy alto de contraer ITS. En lugar de plantear preguntas, el proveedor puede analizar con la usuaria los comportamientos personales y las situaciones de su comunidad que más probablemente exponen a las mujeres a las ITS.

Pasos a dar:

1. Dígale a la usuaria que, en general, a las mujeres con un riesgo individual muy alto de tener una ITS no se les debería insertar un DIU.
2. Pídale a la mujer que considere su propio riesgo y piense si podría tener una ITS. Frecuentemente la mujer es quien mejor juzga su propio riesgo.§ No tiene que referirle al proveedor su comportamiento sexual ni el de su pareja. El proveedor podrá explicar situaciones posiblemente riesgosas que pueden hacer que la mujer tenga un riesgo individual muy alto. La usuaria puede considerar si últimamente estuvo expuesta a tales situaciones (aproximadamente en los 3 últimos meses). En ese caso, es posible que tenga una ITS en el momento presente, tanto si ha tenido síntomas como no, y quizá quiera elegir un método diferente al DIU.
3. Pregúntele si cree ser una buena candidata para un DIU o si prefiere considerar otros métodos anticonceptivos, incluidos otros métodos de acción prolongada. Si después de considerar su riesgo cree ser una buena candidata y es apta para utilizar un DIU, proporciónesele. Si la mujer prefiere considerar otros métodos, o si usted tiene razones de peso para creer que tiene un riesgo individual de infección muy alto, ayúdela a elegir otro método.

‡ Por el contrario, si la situación de la usuaria del DIU varía y ella cree que corre un riesgo individual muy alto de contraer una gonorrea o una clamidiasis, puede seguir usando el DIU.

§ Cualquier mujer que piense que puede tener una ITS debe buscar atención de salud inmediatamente.

Las situaciones posiblemente riesgosas son las siguientes:

- Pareja sexual con síntomas de ITS tales como pus saliendo del pene, dolor o ardor al orinar, o úlcera abierta en la zona genital
- Diagnóstico reciente de ITS en la usuaria o una pareja sexual
- Usuaria con más de una pareja sexual recientemente
- Usuaria con una pareja sexual que ha tenido otras parejas recientemente

Además, el proveedor puede mencionar otras situaciones de alto riesgo que existan a nivel local.

Todas estas situaciones conllevan menos riesgo si la mujer o su pareja utilizan los preservativos sistemática y correctamente.

Nota:

Si todavía quiere utilizar un DIU a pesar de tener un riesgo individual muy alto de tener una ITS, y si se dispone de pruebas de laboratorio fiables para la detección de la gonorrea y la clamidiasis, se le puede insertar el DIU si los resultados de las pruebas son negativos. Si el resultado de las pruebas es positivo, se puede insertar el DIU tan pronto como la mujer concluya el tratamiento, si es que no corre riesgo de reinfección en el momento de la inserción.

En circunstancias especiales, cuando no se disponga de métodos anticonceptivos más apropiados, o no sean aceptables para la usuaria, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente su situación y afección específica y decidir si se le puede insertar el DIU a una mujer con un riesgo individual muy alto, incluso si no se dispone de pruebas para detectar ITS. (Dependiendo de las circunstancias, el proveedor puede plantearse la administración de tratamiento de presunción con una dosis completa curativa de antibióticos efectivos tanto contra la gonorrea como contra la clamidiasis y colocarle el DIU una vez concluido el tratamiento.) Tanto si recibe tratamiento de presunción como si no, el proveedor debe estar seguro de que la usuaria puede regresar para la consulta de seguimiento, de que se le hará una revisión minuciosa para detectar una posible infección y recibirá tratamiento de inmediato si fuera necesario. Se le debe pedir que regrese de inmediato si presenta fiebre además de dolor en la zona inferior del abdomen o flujo vaginal anormal.

Suministro del dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel

Cuándo comenzar

IMPORTANTE: En muchos casos, una mujer puede comenzar a usar el DIU-LNG en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método y el anterior era un método no hormonal

En cualquier momento del mes

- Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
- Si han pasado más de 7 días desde el inicio de la menstruación, se puede insertar el DIU-LNG en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Tendrá que utilizar un método de respaldo* durante los 7 días posteriores a la inserción.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- De inmediato, si ha estado utilizando el método anticonceptivo correcta y sistemáticamente o, de no ser así, si es razonablemente seguro que no está embarazada. No es necesario esperar a la próxima menstruación.
 - Si comienza en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación, no necesita un método de respaldo.
 - Si han transcurrido más de 7 días desde el inicio de la menstruación, tendrá que usar un método de respaldo* durante los 7 días siguientes a la inserción.
 - Si cambiando de método y el anterior era un anticonceptivo inyectable, se puede insertar el DIU-LNG cuando le hubiera tocado ponerse la siguiente inyección. No hay necesidad de un método de respaldo.
-

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónele preservativos.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Poco después de parto

(independientemente de si está amamantando o no)

- En cualquier momento en un plazo de 48 horas después de dar a luz (requiere que el proveedor cuente con capacitación específica en la inserción posparto a mano o usando unas pinzas de anillo).
- Si han pasado más de 48 horas desde el parto, se debe esperar al menos 4 semanas.

Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva

Menos de 6 meses después del parto

- Si el DIU-LNG no se inserta en las 48 primeras horas y no se ha restablecido la menstruación, se puede insertar el DIU-LNG en cualquier momento entre las 4 semanas y los 6 meses. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si la menstruación se ha restablecido, se puede insertar el DIU-LNG tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

Más de 6 meses después del parto

- Si no se ha restablecido la menstruación, se puede insertar el DIU-LNG en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los 7 días posteriores a la inserción.
- Si la menstruación se ha restablecido, se puede insertar el DIU-LNG tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

Lactancia materna parcial o no está amamantando

Menos de 4 semanas después del parto

- Si el DIU-LNG no se inserta en las 48 primeras horas, postergue su inserción hasta que hayan transcurrido al menos 4 semanas desde el parto.

Más de 4 semanas después del parto

- Si la menstruación no se ha restablecido, se puede insertar el DIU-LNG en cualquier momento *si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439). Necesitará un método de respaldo durante los 7 días posteriores a la inserción.
- Si la menstruación se ha restablecido, se puede insertar el DIU-LNG tal como se indica para las mujeres que tienen ciclos menstruales (véase la página anterior).

(continúa en la página siguiente)

Situación de la mujer **Cuándo comenzar** (continúa)

Ausencia de menstruación

(sin relación con el parto o la lactancia materna)

- En cualquier momento *si se puede determinar que no está embarazada* (véase “Descartar el embarazo”, p. 439). Necesitará un método de respaldo durante los 7 días posteriores a la inserción.
-

Después de un aborto espontáneo o provocado

- De inmediato, si el DIU-LNG se inserta en un plazo máximo de 7 días después de un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre y si no presenta una infección. No hay necesidad de un método de respaldo.
 - Si han pasado más de 7 días desde el aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre, se puede insertar el DIU-LNG en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Necesitará un método de respaldo durante los 7 días posteriores a la inserción.
 - Si la infección está presente, trate a la usuaria o dérivela, y ayúdela a elegir otro método. Si ella aún quiere el DIU-LNG, puede colocárselo una vez que la infección se haya resuelto por completo.
 - La inserción del DIU-LNG después de un aborto espontáneo o provocado en el primer o segundo trimestre requiere una capacitación específica. Si usted no tiene capacitación específica, postergue la colocación del DIU hasta que hayan pasado al menos 4 semanas después del aborto espontáneo o provocado.
-

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU) de progestágeno solo, de estrógeno y progestágeno combinados o de acetato de ulipristal

- Se puede insertar el DIU-LNG *en cualquier momento si se puede determinar que no está embarazada*, por ejemplo, tras el inicio de la próxima menstruación (véase “Descartar el embarazo”, p. 439). Proporciónele un método de respaldo o píldoras anticonceptivas orales para que los utilice hasta que se le haya insertado el DIU.
 - No debe insertarse el DIU-LNG en los 6 primeros días después de tomar PAU de acetato de ulipristal. Estos fármacos interactúan. Si se inserta el DIU-LNG antes de que pasen 6 días desde la toma de la PAU, y por tanto el levonorgestrel y el acetato de ulipristal están presentes en el cuerpo, uno de ellos o ambos pueden ser menos efectivos.
-

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónele preservativos.

Prevención de infecciones al insertar el DIU-LNG

El uso de una técnica de inserción adecuada puede ayudar a evitar muchos problemas, como infecciones, la expulsión del DIU o la perforación del útero.

- Siga los procedimientos de prevención de infección apropiados.
- Use instrumentos sometidos a desinfección de nivel alto o a esterilización. Para lograr una desinfección de nivel alto, someta los instrumentos a ebullición, vaporización o inmersión en productos químicos desinfectantes.
- Utilice un DIU-LNG preesterilizado nuevo, envasado con su aplicador.
- La técnica de inserción “sin contacto” es la más segura. Esta técnica implica no dejar que el DIU cargado o que la sonda uterina toquen alguna superficie que no sea estéril, como las manos, el espéculo, la vagina o la superficie de la mesa. Para llevar a cabo la técnica de inserción sin contacto:
 - Limpie minuciosamente el cuello uterino con antiséptico antes de insertar el DIU.
 - Tenga cuidado para no tocar la pared de la vagina ni las hojas del espéculo con la sonda uterina o el aplicador cargado con el DIU.
 - Pase por el conducto cervicouterino tanto la sonda uterina como el aplicador cargado con el DIU, una sola vez cada uno.
- En general, no se recomienda administrar antibióticos sistemáticamente a las mujeres con un riesgo bajo de ITS.

Asesoramiento sobre los efectos secundarios

IMPORTANTE: Antes de insertar el DIU hay que asesorar minuciosamente acerca de los cambios en el sangrado. El asesoramiento sobre los cambios en el sangrado puede ser la ayuda más importante que necesita una mujer para seguir usando el método sin preocuparse.

Describe los efectos secundarios más frecuentes

- Cambios en los patrones de sangrado:
 - Sangrado irregular seguido por sangrado más leve, menos días de sangrado, sangrado infrecuente y luego ausencia de menstruación.
- Acné, cefaleas, mayor sensibilidad y dolor en los senos y posiblemente otros efectos secundarios.

Explique estos efectos secundarios

- En general, los cambios en el sangrado no son signos de enfermedad. La falta de sangrado no significa que haya un embarazo.
- Las irregularidades en el sangrado suelen disminuir en un plazo de 3 a 6 meses después de la inserción. Muchas mujeres no tienen ninguna hemorragia en absoluto después de usar el DIU-LNG durante uno o dos años. Otros efectos secundarios también disminuyen transcurridos unos pocos meses después de la inserción.
- La usuaria puede volver a consultar si le molestan o preocupan los efectos secundarios o si tiene otras inquietudes.

Inserción del DIU-LNG

Hable con la usuaria antes del procedimiento

- Explíquelo el procedimiento de inserción (véase la página siguiente).
- Muéstrole el espéculo, la pinza de Pozzi, el DIU y el aplicador en su envase.
- Dígale que va a sentir alguna molestia o algún espasmo durante el procedimiento y que esto es previsible.
- Pídale que le diga si en algún momento siente molestias o dolor.
- Se puede administrar ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico 30 minutos antes de la inserción para ayudar a reducir los espasmos y el dolor. No le dé ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación sanguínea.

Hable con la usuaria durante el procedimiento

- Dígale lo que está sucediendo, paso a paso, y tranquilícela.
- Advértala antes de cada paso que pueda causarle dolor o sorprenderla.
- De vez en cuando pregúntele si siente dolor.

Hable con la usuaria después del procedimiento

- Pregúntele cómo está.
- Dígale que el procedimiento ha ido bien y que el DIU está colocado.
- Dígale que puede descansar durante algún tiempo y luego incorporarse lentamente antes de levantarse y vestirse.
- Recuérdele que ustedes dos hablarán sobre los próximos pasos y el seguimiento.



Explicación del procedimiento de inserción

Una mujer que ha optado por el DIU tiene que saber qué sucederá durante la inserción. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle el procedimiento. Aprender a insertar el DIU requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas.

1. El proveedor usa procedimientos apropiados de prevención de las infecciones.
2. El proveedor lleva a cabo una exploración ginecológica para determinar la posición del útero y evaluar si se cumplen los criterios para la inserción del DIU (véase “Preguntas de tamizaje para la exploración ginecológica antes de insertar el DIU”, p. 188). El proveedor realiza primero la exploración bimanual y luego introduce un espéculo en la vagina para inspeccionar el cuello uterino.

3. El proveedor limpia el cuello uterino y la vagina con un antiséptico apropiado.

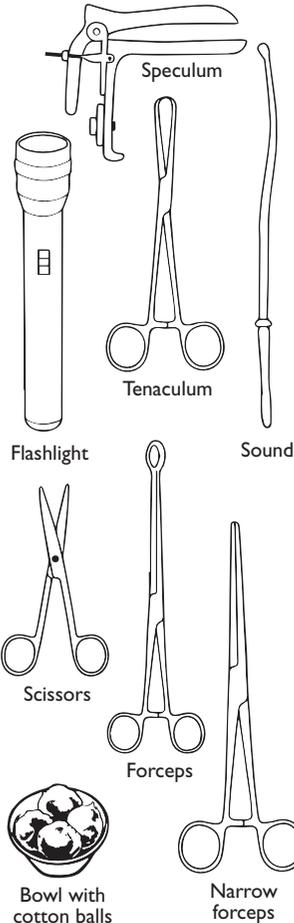
4. El proveedor introduce lentamente la pinza de Pozzi a través del espéculo y la cierra solo lo suficiente para mantener fijos el cuello uterino y el útero.

5. El proveedor pasa lenta y suavemente la sonda uterina a través del cuello uterino para medir la profundidad y la posición del útero.

6. El proveedor pasa lenta y suavemente el aplicador a través del cuello uterino, libera el DIU-LNG en la cavidad uterina y extrae el aplicador.

7. El proveedor corta los hilos del DIU, dejando que unos 3 centímetros queden colgando fuera del cuello uterino.

8. Después de insertar el DIU, la mujer descansa. Permanece en la mesa de exploración hasta que sienta que está lista para vestirse.



Apoyo a la usuaria

Dé instrucciones específicas

Es previsible que tenga espasmos y dolor

- La usuaria puede esperar que tendrá algún espasmo o dolor durante unos días después de la inserción.
- Propóngale que tome ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico, según sea necesario.
- También puede esperar algún sangrado o manchas de sangre inmediatamente después de la inserción.

Duración de la protección frente al embarazo

- Comente con ella cómo puede recordar la fecha en que debe regresar para la retirada del DIU o su posible sustitución.
- Si es posible, dé a cada mujer la siguiente información por escrito en una tarjeta recordatorio, como la que se muestra a continuación, y explíquele:
 - qué tipo de DIU tiene;
 - la fecha de inserción del DIU;
 - el mes y el año en que se debe retirar o sustituir el DIU (en el caso de los DIU-LNG Mirena y Kyleena, 5 años después de la inserción; en el caso de los DIU-LNG Liletta, Skyla y Jaydess, 3 años después de la inserción) ;
 - adónde debe acudir si tiene problemas o dudas respecto al DIU.

Consulta de seguimiento

- Se recomienda una consulta de seguimiento después de la primera menstruación o entre 3 y 6 semanas después de la inserción del DIU. Sin embargo, no debería negársele el DIU a ninguna mujer simplemente porque su seguimiento pueda resultar difícil o imposible.

IUD Reminder Card

Client's name: _____

Type of IUD: _____

Date inserted: _____

Remove or replace by: Month Year

If you have any problems or questions, go to:

(name and location of facility)

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar el DIU-LNG.
- Mostrar comprensión y apoyo si la usuaria presenta efectos secundarios.
- Usar sistemáticamente preservativos además del DIU si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o si cree que corre el riesgo de contraerlas.
- Ayudarla a acordarse de cuándo debe acudir a que le retiren el DIU.



“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- El DIU fue expulsado o la usuaria cree que puede haber sido expulsado del útero.
- Tiene síntomas de EIP (dolor creciente o intenso en la zona inferior del abdomen, dolor durante las relaciones sexuales, flujo vaginal inusual, fiebre, escalofríos, náuseas o vómitos), especialmente en los 20 primeros días después de la inserción.
- Cree que puede estar embarazada.
- Quiere que le retiren el DIU, por la razón que sea.

Consejo general de salud: Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Consulta de seguimiento después de la inserción (3 a 6 semanas)

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si le preocupan los cambios en el sangrado. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, p. 202).
3. Pregúntele si tiene:
 - dolor intenso o en aumento en la zona inferior del abdomen durante las relaciones sexuales o al orinar,
 - secreción vaginal inusual,
 - fiebre o escalofríos,
 - signos o síntomas de embarazo.Pregúntele también si percibe que la parte de plástico duro del DIU sale parcialmente.

En la consulta de control no es necesario hacer sistemáticamente una exploración ginecológica, aunque puede ser pertinente en algunas circunstancias o usuarias. Lleve a cabo una exploración ginecológica, sobre todo si las respuestas de la usuaria le hacen sospechar una infección o que el DIU ha salido parcial o totalmente.

En todas las consultas

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con el método y acerca de los cambios en el sangrado.
2. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo. Aborde los problemas según corresponda. En lo que respecta a nuevos problemas de salud que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo, véase la p. 208.
3. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento según proceda.
4. Recuérdele por cuánto tiempo más la protegerá el DIU del embarazo.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios o complicaciones

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los efectos secundarios o con las complicaciones afectan a la satisfacción de la mujer y al uso del DIU. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere algún efecto secundario o alguna complicación, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrezcase a ayudarla a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.

Sangrado irregular o manchado (sangrado en momentos inesperados que molestan a la usuaria)

- Tranquilícela explicándole que muchas usuarias del DIU-LNG presentan sangrado irregular. No es perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras varios meses de uso.
- Si el sangrado irregular comienza tras varios meses sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 208).

Ausencia de menstruación

- Tranquilícela explicándole que hay algunas mujeres que dejan de tener la menstruación cuando utilizan el DIU-LNG y que esto no es perjudicial. No es necesario tener la menstruación todos los meses. Es parecido a no tener menstruación durante el embarazo. No está embarazada ni es estéril. La sangre no se acumula en su cuerpo. (Algunas mujeres se alegran de no tener la menstruación.)
- Si la menstruación se detiene muy poco después de insertar el DIU-LNG, haga una evaluación para detectar un posible embarazo o una afección de fondo.

Sangrado profuso o prolongado (durante más de 8 días)

- Tranquilícela explicándole que muchas mujeres que usan DIU-LNG presentan sangrado más profuso o prolongado. No suele ser perjudicial y en general se hace más leve o desaparece tras varios meses de uso.
- Si es posible, suminístrele comprimidos de hierro y dígame que es importante que ingiera alimentos que contengan hierro.
- Si el sangrado más profuso o prolongado continúa o comienza tras varios meses sin menstruación, o si usted sospecha que algo va mal por otros motivos, piense en alguna afección de fondo no relacionada con el uso del método anticonceptivo (véase “Sangrado vaginal sin causa aparente”, p. 208).

Espasmos y dolor

- La usuaria puede esperar que tendrá algún espasmo o dolor durante uno o dos días después de la inserción del DIU.
 - Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. Si la usuaria presenta también sangrado profuso o prolongado debe evitar el uso de ácido acetilsalicílico, ya que puede aumentar el sangrado.
- Si los espasmos persisten más allá de los 2 primeros días, haga una evaluación para descartar una expulsión parcial del DIU o una posible perforación uterina.

Acné

- Si la usuaria quiere dejar de utilizar el DIU-LNG debido al acné, puede considerar el uso de AOC en su lugar. En muchas mujeres el acné mejora al usar AOC.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Cefaleas comunes (no migrañosas)

- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico.
- Se debe evaluar cualquier cefalea que empeore o aparezca con más frecuencia durante el uso del DIU-LNG.

Mayor sensibilidad en los senos

- Recomiéndele que use un corpiño de soporte (incluso durante la actividad intensa y al dormir).
- Indíquelo que pruebe a usar compresas calientes o frías.
- Propóngale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico.
- Considere los remedios disponibles localmente.

Variación del peso

- Analice la alimentación de la usuaria y asesore según corresponda.

Náuseas o mareos

- Considere los remedios disponibles localmente.

Cambios del estado de ánimo

- Las usuarias que presentan cambios graves del estado de ánimo, tales como la depresión mayor, deben ser remitidas a otro servicio para que reciban la atención correspondiente.
- Considere los remedios disponibles localmente.

La pareja percibe los hilos del DIU durante las relaciones sexuales

- Explique que esto sucede a veces cuando se han dejado los hilos demasiado cortos.
- Si a su pareja le molestan los hilos, describa y comente esta opción:
 - Los hilos se pueden cortar aún más, de modo que no salgan del conducto cervicouterino. Su pareja no sentirá los hilos, pero esto hará que el procedimiento de extracción sea un poco más difícil (quizá sea necesario que lo realice un proveedor especialmente capacitado).

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen (sospecha de enfermedad inflamatoria pélvica [EIP])

- Algunos signos y síntomas comunes de la enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) también se dan en otras afecciones abdominales, como el embarazo ectópico. Si se descarta un embarazo ectópico, haga una evaluación para detectar la presencia de una EIP.
- Si fuera posible, haga una exploración abdominal y una exploración ginecológica (véase "Signos y síntomas de afecciones graves", p. 384, para obtener información sobre los signos encontrados en la exploración ginecológica que indicarían una EIP).
- Si no es posible realizar una exploración ginecológica, sospeche una EIP si la usuaria presenta, además de dolor en la zona inferior del abdomen, una combinación de los siguientes signos y síntomas:
 - secreción vaginal inusual,
 - fiebre o escalofríos,
 - dolor durante las relaciones sexuales o al orinar,
 - sangrado después de tener relaciones sexuales o entre menstruaciones,
 - náuseas y vómitos,
 - tumoración pélvica dolorosa,
 - dolor cuando se presiona suavemente el abdomen (dolor abdominal directo) o al soltar de repente tras presionar suavemente (dolor abdominal de rebote).
- Trate la EIP o derive de inmediato a la usuaria para que reciba tratamiento:
 - Debido a las graves consecuencias de una EIP, los proveedores de atención de salud deben tratar todos los casos sospechosos, basándose en los signos y síntomas antes descritos. Se debe iniciar el tratamiento cuanto antes. El tratamiento es más efectivo en la prevención de las complicaciones a largo plazo si se administran inmediatamente los antibióticos adecuados.
 - Trate la gonorrea, la clamidiasis y las infecciones por bacterias anaerobias. Asesore a la usuaria acerca de la prevención mediante los preservativos y el tratamiento de las ITS, y sobre el uso de los preservativos. Si es posible, proporcionele preservativos.
 - No hay necesidad de extraer el DIU si la usuaria quiere seguir usándolo. Si quiere que se lo extraiga, hágalo antes de empezar el tratamiento con antibióticos. (Si se retira el DIU, considere la posibilidad de usar píldoras anticonceptivas de urgencia [PAU] y comente la posible elección de otro método. Véase "Sustitución del DIU por otro método", p. 201.)
- Si no mejora la infección, considere la posibilidad de extraer el DIU mientras se mantiene el tratamiento antibiótico. Aunque no se retire el DIU, se debe proseguir el tratamiento antibiótico. En ambos casos se tiene que vigilar estrechamente la salud de la mujer.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen (sospecha de quiste ovárico)

- El dolor abdominal puede deberse a diversos problemas, como folículos ováricos agrandados o quistes.
 - La usuaria puede seguir usando el DIU-LNG durante su evaluación y tratamiento.
 - No es necesario tratar los quistes o los folículos ováricos agrandados a menos que se produzca un aumento anormal de tamaño, su torsión o ruptura. Tranquilice a la usuaria explicándole que suelen desaparecer por sí solos. Para asegurarse de que el problema se está resolviendo, vuelva a verla en 6 semanas, si es posible.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen (sospecha de embarazo ectópico)

- Son muchas las afecciones que pueden causar un dolor abdominal intenso. Esté particularmente alerta para detectar signos o síntomas adicionales de embarazo ectópico, que, si bien es raro, puede poner en peligro la vida. Aunque el DIU reduce el riesgo de embarazo ectópico, no lo elimina (véase la pregunta 10, p. 180).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, quizá no haya síntomas o estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. La sospecha de un embarazo ectópico debe aumentar si se da una combinación de estos signos y síntomas:
 - dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación;
 - sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la mujer;
 - vahído o mareo;
 - desmayo.
- Si se sospecha un embarazo ectópico o alguna otra afección grave, derive a la mujer para su inmediato diagnóstico y tratamiento. (Véase “Esterilización femenina, Manejo del embarazo ectópico”, p. 227, para obtener más información sobre el embarazo ectópico.)
- Si la usuaria no tiene estos síntomas y signos adicionales, evalúela para descartar una EIP (véase “Dolor intenso en la zona inferior del abdomen”, en la página anterior).

Sospecha de perforación uterina

- Si existe sospecha de perforación en el momento de la inserción o de la utilización de la sonda uterina, detenga el procedimiento de inmediato (y extraiga el DIU si ya lo ha insertado). Observe con atención a la usuaria en el consultorio:
 - Durante la primera hora, deje que repose en cama y compruebe sus constantes vitales (tensión arterial, pulso, respiración y temperatura) cada 5 a 10 minutos.
 - Si permanece estable al cabo de una hora, compruebe si hay signos de hemorragia intraabdominal, como el hematocrito o la hemoglobina bajos, o dolor de rebote en la exploración abdominal, si fuera posible, así como las constantes vitales. Manténgala en observación durante unas horas más. Si no

presenta signos ni síntomas, puede mandarla a casa, pero deberá abstenerse de mantener relaciones sexuales durante 2 semanas. Ayúdela a elegir otro método.

- Si presenta aceleración del pulso y disminución de la tensión arterial, o si aparecen nuevos dolores o aumenta el dolor en torno al útero, derivela a un nivel de atención superior.
- Si, considerando los síntomas clínicos, se sospecha una perforación uterina en un plazo de 6 semanas o más después de la inserción, derive a la usuaria a un médico con experiencia en la extracción de dichos DIU para que la evalúe (véase la pregunta 6, p. 179).

Si el DIU se sale parcialmente (expulsión parcial)

- Si el DIU se sale parcialmente, extráigalo. Pregúntele a la usuaria si quiere otro DIU o un método anticonceptivo diferente. Si quiere otro DIU, se le puede insertar uno de inmediato si es razonablemente seguro que no está embarazada. Si no quiere utilizar más el DIU, ayúdela a elegir otro método.

El DIU se sale por completo (expulsión completa)

- Si la usuaria relata que el DIU se ha salido por completo, pregúntele si quiere otro DIU o un método anticonceptivo diferente. Si quiere otro DIU, se le puede insertar uno en cualquier momento siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada.
- Si se sospecha una expulsión completa (por ejemplo, si no se encuentran los hilos en la exploración ginecológica) y la usuaria no sabe si el DIU se salió, derivela para hacer una ecografía (o una radiografía, siempre que pueda descartarse el embarazo) para evaluar si el DIU se ha desplazado a la cavidad abdominal. Proporciónele un método de respaldo para que lo utilice mientras tanto.

No se encuentran los hilos (lo que apunta a un posible embarazo, una perforación uterina o la expulsión del DIU)

- Pregúntele a la usuaria:
 - Si vio salirse el DIU y cuándo.
 - Cuándo tuvo la última menstruación.
 - Si tiene síntomas de embarazo.
 - Si ha usado un método de respaldo desde que notó que el DIU se había salido.
- Comience siempre con procedimientos menores y seguros y sea cuidadoso. Utilizando las pinzas, busque los hilos en los pliegues del conducto cervicouterino. Aproximadamente la mitad de los hilos que no se pueden ubicar pueden encontrarse en el conducto cervicouterino.
- Si no se pueden ubicar los hilos en el conducto cervicouterino, puede ser que se encuentren dentro del útero o que el DIU haya sido expulsado sin que la usuaria se diera cuenta. Derivela para hacer una ecografía (o una radiografía, si se puede descartar el embarazo). En el caso de que el DIU se haya salido, proporciónele un método de respaldo para que lo utilice mientras tanto.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Sangrado vaginal sin causa aparente (indicativo de una afección médica no relacionada con el método anticonceptivo)

- Derívela o evalúela teniendo en cuenta sus antecedentes y la exploración ginecológica. Diagnostíquela y trátela según corresponda.
- Puede seguir utilizando el DIU mientras se evalúa su afección.
- Si el sangrado está causado por una ITS o una EIP, puede seguir utilizando el DIU durante el tratamiento.

Cardiopatía por bloqueo o estrechamiento arterial (cardiopatía isquémica)

- Si la mujer presenta esta afección puede comenzar a utilizar el DIU-LNG con seguridad. Sin embargo, si el problema aparece con el uso del DIU-LNG:
 - Retire el DIU o remita a la usuaria para su extracción.
 - Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.
 - Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y tratamiento.

Migrañas (véase “Identificación de migrañas y auras migrañosas”, p. 436.)

- Si tiene migrañas sin aura, puede seguir usando el DIU-LNG si lo desea.
- Si desarrolla migrañas con aura, retire el DIU-LNG. Ayúdela a elegir un método anticonceptivo no hormonal.

Ciertas afecciones graves (sospecha de coágulos sanguíneos en las venas profundas de las piernas [trombosis venosa profunda] o los pulmones [embolia pulmonar], cáncer de mama, enfermedad trofoblástica gestacional o tuberculosis pélvica). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- Retire el DIU o remita a la usuaria para su extracción.
- Sumínístrele un método de respaldo para que lo utilice mientras se evalúa su afección.
- Si todavía no está recibiendo atención de salud, derívela para su diagnóstico y tratamiento.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico.
- Explique que la exposición del feto a un DIU-LNG no aumenta el riesgo de defectos congénitos. Sin embargo, la presencia de un DIU en el útero durante el embarazo aumenta el riesgo de parto prematuro o de aborto espontáneo, incluido el aborto espontáneo séptico durante el primer o segundo trimestre, que puede poner en peligro la vida.

- Si la mujer no desea continuar con el embarazo, asesórela según las directrices del programa.
- Si continúa con el embarazo:
 - Advértale que es mejor extraer el DIU.
 - Explíqueme los riesgos de un embarazo con el DIU colocado. La retirada temprana del DIU reduce estos riesgos, aunque el procedimiento en sí implica un pequeño riesgo de aborto espontáneo.
 - Si accede a la extracción, retire el DIU con delicadeza o dérvela para que se lo extraigan.
 - Explíqueme que debe regresar de inmediato en caso de que aparezca algún signo de aborto o de aborto séptico (sangrado vaginal, espasmos, dolor, flujo vaginal anormal o fiebre).
 - Si decide seguir usando el DIU, una enfermera o un médico debe hacer un seguimiento estrecho de su embarazo. Si presentara cualquier signo de aborto séptico, deberá ver inmediatamente a una enfermera o a un médico.
- Si los hilos del DIU no son visibles y no pueden ubicarse en el conducto cervicouterino, el DIU no puede recuperarse con seguridad. Si es posible, dérvela para hacer una ecografía con el fin de determinar si el DIU está todavía en el útero. Si es así, o si no se puede hacer una exploración ecográfica, se tiene que hacer un seguimiento estrecho de su embarazo. La usuaria debe buscar atención de inmediato si aparece algún signo de aborto séptico.

Extracción del dispositivo intrauterino

IMPORTANTE: Si la mujer solicita que le retiren el DIU, por las razones que sean, tanto médicas como personales, el proveedor no debe negarse a ello ni retrasar la extracción del DIU. Todo el personal debe comprender y aceptar que no se debe presionar o forzar a la usuaria para que siga usando el DIU.

Si la mujer encuentra que algunos efectos secundarios son difíciles de tolerar, primero hable con ella sobre los problemas que tiene (véase “Manejo de problemas”, p. 202). Pregúntele si prefiere intentar controlar esos problemas o que le retiren el DIU de inmediato.

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

Explicación del procedimiento de extracción

Antes de retirar el DIU, explíquelo a la usuaria lo que sucederá durante la extracción:

1. El proveedor introduce el espéculo para ver el cuello uterino y los hilos del DIU y limpia cuidadosamente el cuello uterino y la vagina con una solución antiséptica, como una solución yodada.
2. El proveedor le pide a la mujer que respire lenta y profundamente y que se relaje. La mujer debe decir si siente dolor durante el procedimiento.
3. Usando una pinza de Kocher recta sin dientes, el proveedor tira de los hilos del DIU lenta y suavemente hasta que el DIU sale por completo del cuello uterino.

Sustitución del DIU-LNG por otro método

Estas pautas aseguran la protección ininterrumpida de la usuaria frente al embarazo cuando sustituye un DIU-LNG por otro método. Véase también el epígrafe “Cuándo comenzar” de cada método.

Sustitución por	Cuándo comenzar
Métodos hormonales: anticonceptivos orales combinados (AOC), anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP), inyectables de progestágeno solo, inyectables anticonceptivos mensuales, parche anticonceptivo combinado, anillo anticonceptivo vaginal combinado o implantes	<ul style="list-style-type: none">• Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación (5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP), empiece con el método hormonal ahora y retire el DIU. No es necesario un método de respaldo.*• Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación (después de los 5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP) y ha tenido relaciones sexuales después de su última menstruación, empiece con el método hormonal ahora. Se recomienda mantener colocado el DIU hasta la próxima menstruación.• Si comienza después de los 7 primeros días de la menstruación (después de los 5 primeros días en el caso de los AOC y los AOP) y no ha tenido relaciones sexuales desde su última menstruación, se puede mantener el DIU colocado y extraerlo durante la próxima menstruación, o se puede extraer el DIU y la usuaria puede utilizar un método de respaldo durante los 7 días siguientes (2 días en el caso de los AOP).

(continúa en la página siguiente)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Sustitución por**Cuándo comenzar** *(continúa)*

Preservativos masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicouterinos o retiro (coito interrumpido)

- La próxima vez que tenga relaciones sexuales después de extraer el DIU.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- En el ciclo en que se extrae el DIU.

Esterilización femenina

- Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación, retire el DIU y proceda a realizar la esterilización femenina. No hay necesidad de un método de respaldo.
- Si comienza durante los 7 primeros días de la menstruación, realice el procedimiento de esterilización femenina. Lo ideal es mantener el DIU colocado hasta la consulta de seguimiento o hasta la próxima menstruación. Si no es posible una consulta de seguimiento, retire el DIU en el momento de la esterilización. No hay necesidad de un método de respaldo.

Vasectomía

- En cualquier momento
 - Se puede mantener el DIU colocado hasta que los resultados del análisis del semen de la pareja muestren que la vasectomía está funcionando, o durante 3 meses, cuando la vasectomía será completamente efectiva.
-

Preguntas y respuestas acerca del DIU-LNG

Véase también “Preguntas y respuestas acerca del dispositivo intrauterino de cobre”, pp. 178-180.

1. ¿En qué se diferencian el DIU-LNG y el DIU de cobre?

El DIU-LNG y el DIU de cobre son muy similares, pero existen diferencias importantes. Ambos son muy efectivos, pero el DIU-LNG lo es algo más. El DIU-LNG tiene efectos secundarios diferentes a los del DIU de cobre. Las usuarias de DIU-LNG suelen presentar un sangrado más leve (regular o irregular) o ningún sangrado, mientras que las usuarias de DIU de cobre generalmente tienen un sangrado regular, aunque a veces presentan un sangrado más profuso o más prolongado. Además, las usuarias de DIU-LNG pueden presentar efectos secundarios de origen hormonal (por ejemplo, cefaleas), que no tienen los DIU de cobre. La duración del uso es menor con el DIU-LNG (3 o 5 años, dependiendo de la marca) que con el DIU de cobre (12 años). Además, el DIU-LNG cuesta más que el DIU de cobre. (Véase “Comparación de los DIU”, p. 430.)

2. ¿En qué se diferencia el DIU-LNG de otros métodos anticonceptivos hormonales?

El DIU-LNG libera continuamente una pequeña cantidad de hormona en el útero. Dado que la hormona se libera directamente en el útero, la cantidad presente en el torrente sanguíneo es inferior a la que se alcanza con otros métodos anticonceptivos hormonales. Por lo tanto, las mujeres presentan menos efectos secundarios. El DIU-LNG no requiere ninguna acción por parte de la mujer una vez insertado, a diferencia de las píldoras, que la usuaria debe tomar todos los días, o los anticonceptivos inyectables, que deben administrarse cada mes o cada tres meses. El DIU-LNG debe insertarse en el útero, mientras que la mayor parte de los demás métodos anticonceptivos hormonales se presentan en forma de píldoras, inyectables o implantes que se insertan bajo la piel.

3. Además de la anticoncepción, ¿cuáles son los otros beneficios del DIU-LNG?

El DIU-LNG es un tratamiento efectivo en caso de sangrado menstrual abundante. Es el enfoque no quirúrgico más efectivo para esta afección. Además, el DIU-LNG reduce el sangrado en las mujeres que presentan miomas uterinos. La reducción de la pérdida de sangre también puede beneficiar a las mujeres con anemia. Por otra parte, el DIU-LNG puede ayudar a tratar la endometriosis, la hiperplasia endometrial, el cáncer de endometrio y los trastornos menstruales perimenopáusicos.

Esterilización femenina

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Es permanente.** Está concebida para proporcionar protección de por vida, permanente y muy efectiva frente al embarazo. Generalmente es irreversible.
- **Implica realizar una exploración física y una intervención quirúrgica.** El procedimiento lo realiza un proveedor con capacitación específica.
- **No tiene efectos secundarios a largo plazo.**

¿Qué es la esterilización femenina?

- Es un método anticonceptivo quirúrgico permanente para mujeres que no quieren tener más hijos.
- Los 2 enfoques quirúrgicos más utilizados son:
 - La minilaparotomía, que supone hacer una pequeña incisión en el abdomen. Las trompas de Falopio se llevan hacia la incisión, para cortarlas o bloquearlas.
 - La laparoscopia, que implica insertar en el abdomen, mediante una incisión pequeña, un tubo largo y delgado que contiene lentes, el laparoscopio; este instrumento permite que el médico alcance y bloquee o corte las trompas de Falopio en el abdomen.
- Es conocida también como esterilización tubárica, ligadura tubárica, anticoncepción quirúrgica voluntaria, tubectomía, biligadura tubárica, ligadura de trompas, minilaparotomía y “la operación”.
- Funciona porque se cortan o bloquean las trompas de Falopio. Los óvulos liberados por los ovarios no pueden avanzar por las trompas y, por lo tanto, no se encuentran con los espermatozoides.

¿Cuán efectiva es?

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, aunque conlleva un riesgo pequeño de fracaso:

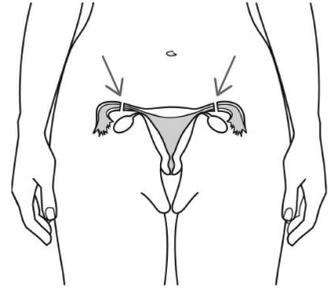
- Durante el primer año después del procedimiento de esterilización, se registra menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres (5 por 1.000). Esto significa que 995 de cada 1.000 mujeres que confían en la esterilización femenina no se quedan embarazadas.



- Sigue habiendo un pequeño riesgo de embarazo más allá del primer año después del procedimiento y hasta que la mujer alcance la menopausia.

- Más de 10 años después de la intervención:
Aproximadamente 2 embarazos por cada 100 mujeres (18 a 19 por cada 1.000 mujeres).

- Su efectividad varía ligeramente dependiendo de la forma en que se bloquean las trompas, pero las tasas de embarazo son bajas con todas las técnicas. Una de las técnicas más efectivas consiste en cortar y ligar los extremos cortados de las trompas de Falopio después del parto (esterilización femenina posparto).



La fertilidad no se restablece, porque en general no se puede revertir la esterilización. Este procedimiento pretende ser permanente. La intervención quirúrgica de reversión es difícil y cara, y en la mayoría de las zonas no se realiza. Cuando se lleva a cabo esta intervención de reversión, a menudo no se logra que la mujer se quede posteriormente embarazada (véase la pregunta 7, p. 229).

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra:

- El riesgo de embarazo
- La enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) (EIP)

Puede ayudar a proteger contra:

- El cáncer de ovario

Reduce:

- El riesgo de embarazo ectópico

Riesgos conocidos para la salud

De poco frecuentes a extremadamente raros:

- Complicaciones de la intervención quirúrgica y la anestesia (véase más adelante)

Complicaciones quirúrgicas (véase también “Manejo de problemas”, p. 226)

De poco frecuentes a extremadamente raras:

- La esterilización femenina es un método anticonceptivo seguro. Sin embargo, requiere una intervención quirúrgica y anestesia. Como ocurre con otras intervenciones quirúrgicas menores, la esterilización femenina conlleva algunos riesgos, como la infección o el absceso de la herida. Las complicaciones graves no son frecuentes. La muerte, debida al procedimiento o a la anestesia, es extremadamente rara.

- El riesgo de complicaciones con la anestesia local, con o sin sedación y analgesia, es significativamente menor que con la anestesia general. Las complicaciones pueden mantenerse en un mínimo si se usan técnicas adecuadas y si un proveedor experimentado lleva a cabo el procedimiento en condiciones apropiadas.

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 228)

Esterilización femenina:

- No debilita a la mujer.
- No provoca dolor prolongado de espalda, útero o abdomen.
- No se extirpa el útero ni hay necesidad de hacerlo.
- No provoca desequilibrios hormonales.
- No da lugar a un sangrado más abundante ni a un sangrado irregular, ni altera de otra manera los ciclos menstruales.
- No provoca alteraciones del peso, el apetito o el aspecto.
- No modifica el comportamiento sexual de la mujer ni su deseo sexual.
- No causa embarazos ectópicos; por el contrario, reduce sustancialmente el riesgo de embarazo ectópico (véase la pregunta 11, p. 230).

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta la esterilización femenina

- No produce efectos secundarios.
- No hay que preocuparse más por la posibilidad de quedarse embarazada o por la anticoncepción.
- La usuaria no tiene que hacer nada ni acordarse de nada después de la intervención.

Quien puede tener esterilización femenina

Es segura para todas las mujeres

Con el debido asesoramiento y el consentimiento informado, cualquier mujer puede someterse a la esterilización femenina de manera segura, aunque:

- no tenga hijos o tenga pocos hijos;
- esté casada o no esté casada;
- no tenga el permiso del cónyuge;
- sea joven;
- acabe de dar a luz (en los 7 últimos días);
- esté amamantando;
- tenga una infección por el VIH, reciba o no tratamiento antirretroviral (véase “Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH”, p. 217).

En algunas de estas situaciones, un asesoramiento especialmente cuidadoso es importante para asegurarse de que la mujer no lamente su decisión (véase “Considere que la esterilización es permanente”, p. 220).

Evite procedimientos innecesarios

(Véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

Las mujeres pueden someterse a la esterilización femenina:

- sin hacerse análisis de sangre ni las pruebas de laboratorio habituales,
- sin el tamizaje del cáncer cervicouterino,
- sin una prueba de embarazo.
 - Una mujer puede someterse a la esterilización femenina incluso si no tiene la menstruación en ese momento, si es razonablemente seguro que no está embarazada (véase la “Lista de verificación del embarazo”, en el interior de la contraportada).

Para la esterilización femenina son indispensables una exploración ginecológica y un tacto vaginal, así como la determinación de la tensión arterial. Un análisis de la concentración de hemoglobina, si es posible hacerlo, puede contribuir al uso seguro y efectivo de la esterilización femenina. (Véase “Importancia de la evaluación clínica”, p. 218.)

Criterios médicos de elegibilidad para la Esterilización femenina

Todas las mujeres pueden someterse a la esterilización femenina. No existen afecciones médicas que impidan a una mujer recurrir a la esterilización femenina. Con esta lista de verificación se pretende detectar si la usuaria presenta alguna afección médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina. Plantee a la usuaria las siguientes preguntas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces se puede realizar el procedimiento de esterilización femenina en un entorno habitual sin demora. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan actuar con cautela, demorar el procedimiento o tomar precauciones especiales.

En la siguiente lista de verificación:

- **Cautela** quiere decir que se puede realizar el procedimiento en un entorno habitual, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la afección.
- **Demorar** significa dejar la esterilización femenina para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la esterilización femenina. Ayude a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- **Precauciones especiales** se refiere a los preparativos especiales que se deben hacer para llevar a cabo el procedimiento en un marco de trabajo con un cirujano y personal experimentados, equipo para proporcionar anestesia general y otro tipo de apoyo médico de respaldo. Para estas afecciones, también es necesario tener la capacidad de decidir la intervención y la técnica anestésica más apropiadas. Ayude a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.

1. ¿Tiene o ha tenido alguna vez alguna afección o algún problema propios de la mujer, como alguna infección o cáncer? De ser así, ¿qué tipo de problemas?

NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:

- Antecedentes de cirugía abdominal o pélvica
- Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) después del último embarazo
- Miomas uterinos
- Cáncer de mama

► Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:

En relación con el embarazo

- Embarazo en curso
- Parto hace 7-42 días
- Posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia
- Complicaciones posparto o postaborto graves (como infección, hemorragia o traumatismo) excepto la rotura o la perforación uterina (**precauciones especiales**; véase más adelante)
- Hematometra (gran acumulación de sangre en el útero)

Sin relación con el embarazo

- Sangrado vaginal sin causa aparente que apunte a una afección médica de fondo
- Cervicitis purulenta, clamidiasis o gonorrea
- Enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino)
- Cánceres pélvicos (el tratamiento puede causar esterilidad, en cualquier caso)
- Enfermedad trofoblástica maligna
- Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
 - Útero fijo debido a cirugía o infección previas;
 - Endometriosis
 - Hernia (de la pared abdominal o umbilical)
 - Rotura o perforación uterina posparto o postaborto

(Continúa en la siguiente página)

2. ¿Sufre algún problema cardíaco, accidente cerebrovascular, hipertensión arterial, diabetes o complicaciones de la diabetes? De ser así, ¿cuáles?

- NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Hipertensión arterial controlada
 - Hipertensión arterial leve (140/90 a 159/99 mm Hg)
 - Antecedentes de accidente cerebrovascular o cardiopatía sin complicaciones
 - Diabetes sin daño en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:
- Cardiopatía provocada por bloqueo o estenosis arterial
 - Coágulos sanguíneos en venas profundas de las piernas (trombosis venosa profunda) o en los pulmones (embolia pulmonar)
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
- Varias afecciones o circunstancias presentes simultáneamente que aumentan la probabilidad de cardiopatía o accidente cerebrovascular, como la edad avanzada, el tabaquismo, la hipertensión arterial o la diabetes
 - Hipertensión arterial moderada o grave (160/100 mm Hg o más)
 - Diabetes con más de 20 años de evolución o daños en las arterias, la visión, los riñones o el sistema nervioso provocados por la diabetes
 - Cardiopatía valvular complicada

3. ¿Presenta alguna enfermedad o circunstancia de carácter prolongado o persistente? De ser así, ¿cuáles?

- NO **SÍ** Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Anemia ferropénica moderada (concentración de hemoglobina de 7-10 g/dl)
 - Desnutrición severa (¿Está demasiado delgada?)
 - Anemia drepanocítica (anemia de células falciformes)
 - Anemia hereditaria (talasemia)
 - Hernia diafragmática
 - Epilepsia
 - Hipotiroidismo
 - Cirrosis hepática leve, tumores hepáticos o esquistosomiasis con fibrosis hepática

- Obesidad (¿Tiene sobrepeso extremo?)
- Cirugía abdominal programada para el momento en que se quiere hacer la esterilización
- Depresión
- Juventud
- Lupus no complicado sin anticuerpos antifosfolípidicos
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la esterilización femenina:
 - Enfermedad sintomática de la vesícula biliar
 - Hepatitis viral activa
 - Anemia ferropénica grave (concentración de hemoglobina inferior a 7 g/dl)
 - Enfermedad pulmonar (bronquitis o neumonía)
 - Infección general o gastroenteritis importante
 - Infección cutánea abdominal
 - Intervención quirúrgica abdominal por una urgencia o infección, o intervención de cirugía mayor con inmovilización prolongada
- ▶ Si la usuaria presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
 - Cirrosis hepática grave
 - Hipertiroidismo
 - Trastornos de la coagulación (la sangre no se coagula)
 - Enfermedad pulmonar crónica (asma, bronquitis, enfisema, infección pulmonar)
 - Tuberculosis pélvica
 - Infección por el VIH con enfermedad clínica avanzada o grave (véase “Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH”, más adelante)
 - Lupus con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos), con trombocitopenia grave, o bajo tratamiento inmunodepresor

Esterilización femenina para mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que sigan tratamiento antirretroviral (ARV) pueden someterse a la esterilización femenina con seguridad. Para realizar la esterilización femenina en una mujer con enfermedad clínica avanzada o grave es preciso tomar algunas precauciones especiales. Quizá sea necesario postergar el procedimiento si la mujer tiene una enfermedad relacionada con el VIH.
- Inste a estas mujeres a utilizar preservativos además de la esterilización femenina. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- *No se debe coaccionar ni presionar a ninguna mujer, incluidas las mujeres con infección por el VIH, para que se someta a la esterilización.*

La importancia de la evaluación clínica

Dado que la esterilización femenina implica un procedimiento quirúrgico y la administración de anestesia local (con o sin sedación y analgesia suaves), la usuaria debe someterse a una evaluación clínica exhaustiva a la par que enfocada. Esta evaluación es importante en cada caso, pero es aún más importante cuando el procedimiento se realiza en zonas de difícil acceso, en un servicio de extensión o en establecimientos alejados de servicios de salud de apoyo de nivel superior.

La evaluación debe incluir el examen de los criterios médicos de elegibilidad (véase más atrás) y una exploración ginecológica o genital. Véase el capítulo 24, p. 368, sobre la “Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar”.

Realización de la esterilización femenina

Cuándo llevar a cabo el procedimiento

IMPORTANTE: Si no hay una razón médica para postergar la esterilización femenina, la mujer puede someterse a este procedimiento en cualquier momento, siempre que sea razonablemente seguro que no está embarazada y que no existen afecciones médicas que limiten el momento, el lugar o el modo en que debe realizarse la esterilización. Para estar razonablemente seguro de que no está embarazada, utilice la “Lista de verificación del embarazo” (véase el interior de la contraportada).

Situación de la mujer

Cuándo realizar la esterilización

Tiene ciclos menstruales o está cambiando de método anticonceptivo

En cualquier momento del mes

- En cualquier momento en el plazo de 7 días desde el inicio de la menstruación. No es necesario que utilice otro método anticonceptivo antes del procedimiento.
- Si han pasado más de 7 días desde el comienzo de la menstruación, se puede realizar la esterilización en cualquier momento si es razonablemente seguro que no está embarazada.
- Si está cambiando de método y el anterior eran los anticonceptivos orales, puede seguir tomando las píldoras hasta que haya terminado el paquete, para mantener su ciclo regular.
- Si el método anterior era un DIU, se puede realizar el procedimiento de inmediato (véase, “DIU de cobre, Sustitución del DIU por otro método”, p. 172).

Ausencia de menstruación

- En cualquier momento si es razonablemente cierto no está embarazada.

Después del parto

- Inmediatamente o en el plazo máximo de 7 días después del parto, si anteriormente ha hecho una elección voluntaria y con conocimiento de causa.
- En cualquier momento 6 o más semanas después del parto si es razonablemente seguro que no esté embarazada.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- En el plazo máximo de 48 días después de un aborto no complicado, si anteriormente ha hecho una elección voluntaria y con conocimiento de causa.

Después de usar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- El procedimiento de esterilización puede hacerse en un plazo de 7 días desde el comienzo de la próxima menstruación o en cualquier otro momento si es razonablemente seguro que no está embarazada. Dele un método de respaldo o anticonceptivos orales y dígame que comience a tomarlos cuando termine las PAU, y que los use hasta que se pueda someter al procedimiento.

Garantizar una decisión fundamentada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes de la mujer, conteste sus preguntas y brinde información adecuada, práctica y clara sobre el procedimiento —especialmente sobre su carácter permanente— ayudará a la mujer a tomar una decisión fundamentada y a ser una usuaria exitosa y satisfecha, que no se arrepienta posteriormente (véase “Considere que la esterilización es permanente”, en la página siguiente). Puede ser útil que su pareja participe en el asesoramiento, pero no es necesario ni imprescindible.

Los 7 puntos del consentimiento informado

El asesoramiento debe cubrir los 7 puntos del consentimiento informado. En algunos programas la usuaria y el asesor también firman un formulario de consentimiento informado. Para dar su consentimiento informado para la esterilización, la usuaria debe comprender los siguientes puntos:

1. La usuaria también dispone de anticonceptivos temporales, incluidos los anticonceptivos reversibles de acción prolongada.
2. La esterilización voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. El procedimiento tiene ciertos riesgos, así como beneficios. (Hay que hablarle tanto de los riesgos como de los beneficios, de tal manera que entienda lo que se le explica.)
4. Si el procedimiento tiene éxito, evitará que tenga más hijos.
5. Se considera que el procedimiento es permanente, y probablemente no sea posible revertirlo.
6. La usuaria puede decidir no someterse al procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder por ello derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).
7. El procedimiento no protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

Considere que la esterilización es permanente

Una mujer o un hombre que estén planteándose la esterilización deben pensar con detenimiento: “¿Es posible que quiera tener más hijos en el futuro?”. Los proveedores de atención de salud pueden ayudar a los usuarios a meditar sobre esta cuestión y a tomar una decisión informada. Si el usuario o la usuaria están considerando la posibilidad de tener más hijos, sería mejor elegir otro método de planificación familiar.

Puede ser útil hacer algunas preguntas. El proveedor podría preguntar:

- “¿Quiere tener más hijos en el futuro?”
- “Si no, ¿cree que podría cambiar de opinión más adelante? ¿Qué podría hacerle cambiar de opinión? Por ejemplo, suponga que alguno de sus hijos muriera.”
- “¿Imagínese que pierde a su cónyuge y que se vuelve a casar.”
- “¿Su pareja quiere tener más hijos en el futuro?”

Cuando los usuarios no puedan contestar estas preguntas, habría que alentarles a meditar más sus decisiones acerca de la esterilización.

En general, las personas que tienen mayor probabilidad de lamentar la esterilización:

- son jóvenes;
- no tienen hijos o tienen pocos hijos;
- acaban de perder a un hijo;
- no están casadas;
- están teniendo problemas conyugales;
- tienen una pareja que se opone a la esterilización.

Ninguna de estas características descarta la esterilización, pero los proveedores de atención de salud deberían asegurarse especialmente de que las personas con estas características tomen decisiones informadas y meditadas.

Asimismo, en el caso de la mujer, justo después de un parto o un aborto, es un momento conveniente y seguro para la esterilización voluntaria; sin embargo, es más probable que las mujeres esterilizadas en ese momento lo lamenten más adelante. Un asesoramiento minucioso durante el embarazo y el hecho de haber tomado la decisión antes del parto ayudan a evitar que se lamenten posteriormente la decisión tomada.

La decisión sobre la esterilización corresponde únicamente a las usuarias y los usuarios

El hombre o la mujer pueden consultar a su pareja y a otras personas acerca de su decisión de someterse a la esterilización, y pueden considerar sus opiniones, pero nadie —la pareja, otro miembro de la familia, un proveedor de atención de salud, un líder de la comunidad o cualquier otra persona— puede tomar la decisión por ellos. Los proveedores de planificación familiar tienen el deber de asegurarse de que la decisión a favor o en contra de la esterilización la tome el usuario o la usuaria y que no sean presionados ni forzados por nadie.

Realización del procedimiento de esterilización

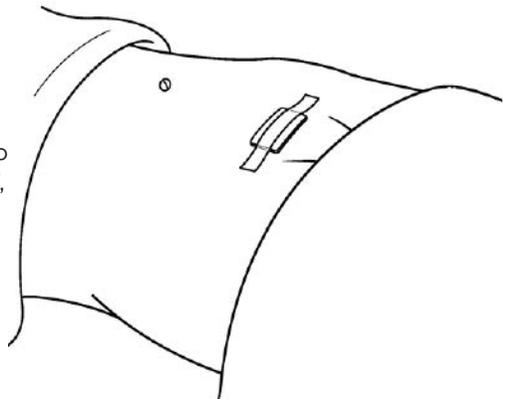
Explicación del procedimiento

Una mujer que haya optado por someterse a la esterilización femenina tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle cómo es la intervención. Para aprender a hacer la esterilización femenina se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no pretende dar instrucciones detalladas.

(La siguiente descripción se aplica a procedimientos realizados más de 6 semanas después del parto. El procedimiento usado hasta 7 días después del parto es ligeramente diferente.)

Procedimiento de minilaparotomía

1. El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infecciones en todo momento (véase “Prevención de infecciones en el consultorio, p. 376).
2. El proveedor lleva a cabo una exploración física y una exploración ginecológica. Con la exploración ginecológica se pretende evaluar la condición y la movilidad del útero.
3. El proveedor inserta un instrumento especial (elevador uterino) en la vagina, pasando a través del cuello uterino, hasta llegar al útero, para elevar las dos trompas de Falopio de modo que estén más cerca de la incisión. Esto puede causar molestias.
4. La mujer habitualmente recibe una sedación ligera y analgesia para relajarla. Permanece despierta. Se le inyecta un anestésico local por encima de la línea del vello púbico. No sentirá un dolor intenso.
5. El proveedor hace una pequeña incisión horizontal (2-5 centímetros) en la zona anestesiada. Por lo general, causa poco dolor. (En las mujeres que acaban de dar a luz, la incisión se hace en el borde inferior del ombligo.)
6. Se ligan y cortan ambas trompas o se cierran con una grapa o un anillo.
7. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con un apósito adhesivo.
8. La mujer recibe instrucciones sobre lo que debe hacer tras salir del consultorio o del hospital (véase “Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina”, p. 224). Usualmente puede irse en unas pocas horas.



Procedimiento laparoscópico

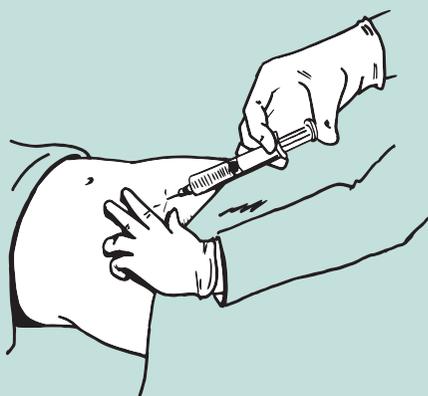
1. El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infecciones en todo momento (véase “Prevención de infecciones en el consultorio, p. 376).
2. El proveedor lleva a cabo una exploración física y una exploración ginecológica. Con la exploración ginecológica se pretende evaluar la condición y la movilidad del útero.
3. La mujer habitualmente recibe una sedación ligera y analgesia para relajarla. Permanece despierta. Se le inyecta un anestésico local por debajo del ombligo. No sentirá un dolor intenso.
4. El proveedor coloca una aguja especial en el abdomen de la mujer y a través de la aguja, infla (insufla) el abdomen con gas o aire. Esto eleva la pared del abdomen y la separa de los órganos pélvicos.
5. El proveedor hace una incisión pequeña (alrededor de un centímetro) en la zona anestesiada e inserta un laparoscopio. El laparoscopio es un tubo largo y delgado que contiene lentes. A través de las lentes el proveedor puede ver el interior del organismo y localizar las 2 trompas de Falopio.
6. El proveedor inserta un instrumento a través del laparoscopio (o, algunas veces, a través de una segunda incisión) para ocluir las trompas de Falopio.
7. Se ocluye cada trompa con una grapa o un anillo, o mediante una corriente eléctrica aplicada para bloquear la trompa (electrocoagulación).
8. El proveedor retira el instrumento y el laparoscopio. Se deja salir el gas o el aire del abdomen de la mujer. El proveedor cierra la incisión con puntos y la cubre con un apósito adhesivo.
9. La mujer recibe instrucciones sobre lo que debe hacer tras salir del consultorio o del hospital (véase “Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina”, p. 224). Usualmente puede irse en unas pocas horas.



La anestesia local es mejor para la esterilización femenina

La anestesia local, usada con o sin sedación leve y analgesia, es preferible a la anestesia general. La anestesia local con sedación y analgesia:

- es más segura que la anestesia general, raquídea (intradural) o epidural;
- permite que la mujer salga antes del consultorio o el hospital;
- permite que la recuperación sea más rápida;
- permite llevar a cabo la esterilización femenina en más establecimientos de salud.



La esterilización bajo anestesia local, con o sin sedación leve

y analgesia, puede hacerse cuando un miembro del equipo quirúrgico haya recibido capacitación en materia de sedación y analgesia y el cirujano esté capacitado para proporcionar anestesia local. El equipo quirúrgico debe estar capacitado en el manejo de urgencias, y el establecimiento debe contar con el equipamiento y los medicamentos básicos necesarios para abordar cualquier urgencia.

Los proveedores de atención de salud deben explicar a la mujer con anterioridad que el hecho de estar despierta durante el procedimiento es más seguro para ella. Durante el procedimiento, los proveedores deben conversar con la mujer y ayudar a tranquilizarla si es necesario.

El anestésico que se usa con más frecuencia es la lidocaína. Se pueden usar muchos sedantes y analgésicos diferentes. La dosis de los medicamentos tiene que ajustarse en función del peso corporal. Debe evitarse una sedación excesiva, ya que puede reducir la capacidad de la usuaria de seguir estando consciente y hacer que su respiración sea más lenta o que deje de respirar.

En algunos casos se puede necesitar anestesia general. Véanse los “Criterios médicos de elegibilidad para la esterilización femenina”, p. 214, para obtener información sobre las afecciones médicas para las que se necesitan preparativos especiales, entre los cuales puede encontrarse la anestesia general.

Apoyo a la usuaria

Explicación del autocuidado en caso de esterilización femenina

Antes del procedimiento la mujer debe

- Usar otro anticonceptivo hasta que se lleve a cabo el procedimiento.
 - No comer nada durante las 8 horas anteriores a la intervención quirúrgica, aunque puede beber líquidos claros hasta 2 horas antes de la intervención.
 - Abstenerse de tomar medicamentos durante las 24 horas anteriores a la intervención (salvo que se le indique que los tome).
 - En lo posible, usar prendas de vestir limpias y no ajustadas cuando acuda al establecimiento de salud.
 - No usar esmalte de uñas o alhajas.
 - De ser posible, acudir acompañada de su pareja, una amiga o pariente que la ayude a volver a casa tras la intervención.
-

Después del procedimiento la mujer debe

- Descansar durante 2 días y evitar el trabajo vigoroso, así como levantar objetos pesados, durante una semana.
 - Mantener la incisión limpia y seca durante 1 a 2 días.
 - Evitar frotar la incisión durante 1 semana.
 - Abstenerse de tener relaciones sexuales durante al menos 1 semana, y a partir de entonces solo cuando se sienta cómoda teniendo relaciones sexuales.
-

Conducta a seguir ante los problemas más comunes

- Puede presentar dolor e inflamación abdominal después del procedimiento. Generalmente desaparece en unos pocos días. Propóngale que tome ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. No debe tomar ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación. En raras ocasiones es necesario recurrir a analgésicos más potentes. Si se le hizo una laparoscopia, es posible que le duela el hombro o que se sienta hinchada unos días.
-

Planificación de la visita de seguimiento

- Es muy recomendable hacer el seguimiento de la esterilización al cabo de 7 días o al menos en un plazo máximo de 2 semanas desde la intervención. Sin embargo, a ninguna mujer se le debe negar la esterilización porque el seguimiento sea difícil o imposible.
 - El proveedor de atención de salud examina el lugar de la incisión, busca signos de infección y retira los puntos. Esto se puede hacer en el consultorio, en el domicilio de la usuaria (el seguimiento lo hace un trabajador paramédico especialmente capacitado, por ejemplo), o en cualquier otro centro de salud.
-

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja.

La pareja de la usuaria puede:

- Entender que la esterilización femenina es permanente
- Comentar con la mujer si querrán tener más hijos.
- Apoyar la decisión de la mujer de poner fin a su fertilidad si no quieren tener más hijos.
- Comentar la opción de la vasectomía.
- Demostrar comprensión y apoyo a la mujer durante el procedimiento y la recuperación.
- Usar sistemáticamente preservativos además de la esterilización femenina si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquele a cada usuaria que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas o si cree que podría estar embarazada— (En unos pocos casos la esterilización falla y la mujer se queda embarazada). También si:

- presenta sangrado, dolor, pus, calor, hinchazón o enrojecimiento de la herida que empeoran o no ceden;
- tiene fiebre alta (temperatura superior a 38 °C);
- presenta algún desmayo, sensación persistente de mareo, o mareos muy intensos en las 4 primeras semanas y especialmente en la primera semana.

Consejo general de salud:

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave después someterse a la esterilización debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Después de un procedimiento quirúrgico, cualquier problema de salud debe evaluarse cuidadosamente, y se debe considerar que está relacionado con el procedimiento hasta que se demuestre médicamente que no es así.

Manejo de problemas

Problemas referidos como complicaciones

- Los problemas afectan a la satisfacción de la mujer con la esterilización femenina. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria relata complicaciones de la esterilización femenina, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.

Infección en el lugar de la incisión (enrojecimiento, calor, dolor, pus)

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

Absceso (acumulación de pus bajo la piel causada por una infección)

- Limpie la zona 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 a la usuaria que vuelva cuando termine de tomar los antibióticos si tiene enrojecimiento, calor, dolor en la herida o supuración o secreción por la herida.

Dolor intenso en la zona inferior del abdomen

- Si el procedimiento quirúrgico se realizó recientemente, haga una evaluación para detectar otros problemas que puedan indicar que la afección está relacionada con la intervención quirúrgica, como hemorragia, falta de apetito, ausencia de tránsito intestinal, ausencia de micción, o fiebre. Si alguno de estos problemas está presente, derive rápidamente a la usuaria a un centro de nivel superior con capacidad quirúrgica.
- Si la operación quirúrgica tuvo lugar meses o años atrás, sospeche un embarazo ectópico.
- Véase también “Manejo del embarazo ectópico”, en la página siguiente.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo, incluido el embarazo ectópico.

Manejo del embarazo ectópico

- El embarazo ectópico es un embarazo que tiene lugar fuera de la cavidad uterina. Es importante hacer el diagnóstico precoz. El embarazo ectópico es raro, pero puede poner en peligro la vida (véase la pregunta 11, p. 230).
- En las etapas iniciales del embarazo ectópico, es posible que no haya síntomas o que estos sean leves, pero finalmente llegarán a ser intensos. Una combinación de estos signos o síntomas debe aumentar la sospecha de un embarazo ectópico:
 - dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación;
 - sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la usuaria;
 - vahído o mareo;
 - desmayo.
- *Ruptura de embarazo ectópico*: Un dolor súbito o en puñalada en la zona inferior del abdomen, algunas veces de un solo lado y en ocasiones generalizado, sugiere la rotura de un embarazo ectópico (cuando se rompe la trompa de Falopio debido al embarazo). Puede aparecer dolor del hombro derecho provocado por la sangre proveniente de la ruptura del embarazo ectópico que presiona sobre el diafragma. Generalmente, en pocas horas el abdomen se pone rígido y la mujer sufre un choque.
- *Atención de salud*: El embarazo ectópico es una afección urgente que pone en peligro la vida de la mujer y requiere una intervención quirúrgica inmediata. En caso de sospecha de un embarazo ectópico, haga una exploración ginecológica únicamente si se dispone de instalaciones para realizar de inmediato la intervención quirúrgica. De no ser así, derive inmediatamente a la mujer o trasládela a una unidad donde se pueda hacer un diagnóstico definitivo y proporcionarle tratamiento quirúrgico.

Preguntas y respuestas sobre la esterilización femenina

1. ¿La esterilización alterará la menstruación o hará que la mujer deje de tener menstruaciones?

No. En la mayoría de las investigaciones no se han encontrado variaciones importantes en los patrones de sangrado después de la esterilización femenina. Si una mujer estaba usando un método anticonceptivo hormonal o un DIU antes de la esterilización, su patrón de sangrado volverá a ser como era antes de usar esos métodos. Por ejemplo, las mujeres que pasan de los anticonceptivos orales combinados (AOC) a la esterilización femenina pueden notar un sangrado más profuso cuando la menstruación recupera el patrón habitual. Cabe señalar, no obstante, que la menstruación suele hacerse menos regular a medida que la mujer se acerca a la menopausia.

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

No. Después de la esterilización la mujer tendrá el mismo aspecto y se sentirá como antes de la intervención. Puede tener relaciones sexuales igual que antes. Es posible que se dé cuenta de que disfruta más de las relaciones sexuales porque no tiene que preocuparse por quedarse embarazada. No aumentará de peso debido al procedimiento de esterilización.

3. ¿Se debería ofrecer la esterilización solo a las mujeres que hayan tenido cierta cantidad de hijos, hayan alcanzado determinada edad o estén casadas?

No. No hay ninguna justificación para negar la esterilización a una mujer debido únicamente a su edad, al número o sexo de sus hijos vivos o a su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor o el estado civil. Se le debe permitir a toda mujer que decida por sí misma si quiere o no tener más hijos y si quiere o no someterse a la esterilización.

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

La anestesia local es más segura. La anestesia general es más peligrosa que el procedimiento de esterilización en sí. El uso correcto de la anestesia local elimina la mayor fuente de riesgo en los procedimientos de esterilización femenina: la anestesia general. Además, las mujeres a menudo presentan náuseas después de la anestesia general. Esto no ocurre con tanta frecuencia tras la anestesia local.

Sin embargo, cuando se use la anestesia local con sedación y analgesia, los proveedores deben tener cuidado para no administrar a la mujer una dosis excesiva de sedante. También deben tratar a la mujer con delicadeza y hablar con ella durante todo el procedimiento. Esto la ayuda a tranquilizarse. Con muchas usuarias es posible prescindir de los sedantes, especialmente cuando se hace un buen asesoramiento y el proveedor tiene experiencia.

5. ¿Una mujer que se haya sometido a un procedimiento de esterilización en algún momento tiene que preocuparse de nuevo por la posibilidad de quedarse embarazada?

En general, no. La esterilización femenina es muy efectiva en la prevención del embarazo y pretende ser permanente. Sin embargo, no es efectiva al 100%. Las mujeres que han sido esterilizadas tienen un pequeño riesgo de quedarse embarazadas: alrededor de 5 de cada 1.000 mujeres sometidas a esterilización se quedan embarazadas en el año posterior al procedimiento. El pequeño riesgo de embarazo se mantiene más allá del año y hasta que la mujer alcance la menopausia.

6. El embarazo después de la esterilización femenina es poco frecuente, ¿pero se ha dado algún caso?

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

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

En general, no. La esterilización pretende ser permanente. Las personas que quizá quieran tener más hijos en el futuro deberían optar por algún otro método anticonceptivo. La cirugía para revertir la esterilización solo puede hacerse en algunas mujeres, aquellas a las que les queda suficiente trompa de Falopio. Incluso en estos casos, con la reversión a menudo no se logra que la mujer se quede posteriormente embarazada. Esta intervención quirúrgica es complicada y cara, y es difícil encontrar proveedores capaces de realizarla. Cuando se produce un embarazo después de la reversión, el riesgo de que el embarazo sea ectópico es mayor de lo habitual. Por lo tanto, se debe considerar que la esterilización es irreversible.

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

Cada pareja debe decidir por sí sola cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy efectivos, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán tener más hijos. Lo ideal es que la pareja considere ambos métodos. Si los dos métodos son aceptables para ambos miembros de la pareja, sería preferible la vasectomía, dado que es más sencilla, segura, fácil y barata que la esterilización femenina.

9. ¿Dolerá el procedimiento de esterilización femenina?

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

10. ¿Cómo pueden los proveedores ayudar a la mujer a tomar una decisión sobre la esterilización femenina?

Pueden proporcionar información clara y equilibrada acerca de la esterilización femenina y otros métodos de planificación familiar y ayudar a la mujer a meditar con detenimiento su decisión. Pueden hablar a fondo sobre sus sentimientos acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, el proveedor puede ayudar a la mujer a pensar cómo se sentiría acerca de posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revise “Los 7 puntos del consentimiento informado” para asegurarse de que la mujer comprenda el procedimiento de esterilización (véase la p. 219).

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

No. Al contrario, la esterilización femenina reduce considerablemente el riesgo de embarazo ectópico. Los embarazos ectópicos son muy infrecuentes en las mujeres que se han sometido a un procedimiento de esterilización. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres después de la esterilización femenina es de 6 por cada 10.000 mujeres. La tasa anual de embarazos ectópicos en las mujeres de los Estados Unidos que no usan ningún método anticonceptivo es 65 por cada 10.000 mujeres.

En raras ocasiones la esterilización fracasa y se produce un embarazo; 33 de cada 100 (1 de cada 3) de estos embarazos son ectópicos. Por lo tanto, la mayoría de los embarazos que ocurren tras el fracaso de la esterilización no son ectópicos. De todos modos, el embarazo ectópico puede poner en peligro la vida, por lo que el proveedor debe ser consciente de que el embarazo ectópico es posible si fracasa la esterilización.

12. ¿Dónde puede realizarse la esterilización femenina?

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

- La minilaparotomía se puede hacer en las maternidades y en establecimientos de salud básicos donde se puedan llevar a cabo intervenciones quirúrgicas, incluidas aquellas instalaciones permanentes y temporales que puedan derivar a la mujer a un nivel asistencial superior en caso de urgencia.
- La laparoscopia requiere un centro mejor equipado, donde se realice el procedimiento regularmente y se cuente con un anestesiista.

Vasectomía

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Es permanente.** Está concebida para proporcionar protección de por vida, permanente y muy efectiva frente al embarazo. Generalmente es irreversible.
- **Se trata de un procedimiento quirúrgico seguro y sencillo.**
- **Han de pasar 3 meses hasta que tenga efecto.** El hombre o ambos miembros de la pareja deben usar preservativos u otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes a la vasectomía.
- **No afecta el desempeño sexual masculino.**

¿Qué es la vasectomía?

- Es un método anticonceptivo permanente para hombres que no quieren tener más hijos.
- A través de una punción o de una pequeña incisión en el escroto, el proveedor localiza los dos conductos que transportan los espermatozoides hacia el pene (conductos deferentes) y los secciona o bloquea mediante ligadura o aplicando calor o electricidad (cauterización).
- Es conocida también como esterilización masculina y anticoncepción quirúrgica masculina.
- Actúa cerrando el paso a través de ambos conductos deferentes, impidiendo que los espermatozoides pasen al semen. En la eyaculación, se sigue expulsando el semen, pero no puede dar lugar a un embarazo.

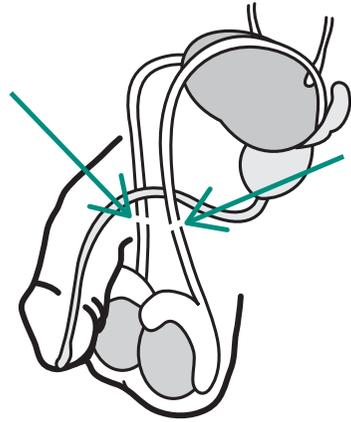
¿Cuán efectiva es?

Es uno de los métodos anticonceptivos más efectivos, aunque conlleva un pequeño riesgo de fracaso:

- Entre las mujeres cuyas parejas se han sometido a una vasectomía, mucho menos de 1 de cada 100 se quedará embarazada en el primer año después de la vasectomía; de hecho, menos de 2 mujeres de cada 1.000 se quedarán embarazadas. Esto significa que 998 o 999 de cada 1.000 mujeres cuyas parejas se han sometido a vasectomía no se quedarán embarazadas.
- En ocasiones se puede hacer un análisis del semen 3 meses después de la vasectomía para comprobar si todavía contiene espermatozoides. Si no se encuentran espermatozoides en el semen, 1 de cada 1.000 mujeres que son parejas de estos hombres se quedarán embarazadas en el primer año después de la vasectomía.



- En cuanto a las parejas de hombres a los que no se les ha realizado un análisis del semen, los embarazos son algo más frecuentes, pero se registran en menos de 2 de cada 1.000 mujeres.
- La vasectomía no es totalmente efectiva hasta 3 meses después del procedimiento.
 - A lo largo del primer año se producen algunos embarazos porque la pareja (el hombre, la mujer o ambos) no ha usado preservativos u otro método anticonceptivo efectivo de forma sistemática y correcta en los primeros 3 meses después de la intervención, antes de que la vasectomía sea plenamente efectiva.



- Se mantiene un pequeño riesgo de embarazo desde más de un año después de la vasectomía hasta que la pareja llegue a la menopausia.
 - Más de 3 años después de la intervención: Cerca de 4 embarazos por cada 1.000 mujeres
- Si la pareja de un hombre que se ha hecho una vasectomía se queda embarazada, puede ser porque:
 - La pareja (el hombre, la mujer o ambos) no ha usado sistemáticamente otro método anticonceptivo durante los 3 meses siguientes al procedimiento.
 - El proveedor cometió algún error.
 - Los extremos por los que se cortaron los conductos deferentes volvieron a juntarse.

La fertilidad no se restablece porque, en general, no es posible detener o revertir la vasectomía. Este procedimiento pretende ser permanente. La intervención quirúrgica de reversión es difícil y cara, y en la mayoría de las zonas no se realiza. Cuando se lleva a cabo esta intervención de reversión, a menudo no se logra que la mujer se quede posteriormente embarazada (véase la pregunta 7, p. 244).

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

Por qué algunos hombres dicen que les gusta la vasectomía

- Es segura, permanente y conveniente.
- Tiene menos efectos secundarios y complicaciones que muchos métodos utilizados por la mujer.
- El hombre asume la responsabilidad de la anticoncepción—le quita la carga a la mujer—.
- Aumenta el disfrute y la frecuencia de las relaciones sexuales.

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud y complicaciones

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

- Ayuda a proteger contra el riesgo de embarazo en la pareja.

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Complicaciones (véase también “Manejo de problemas”, p. 242)

De poco frecuentes a raras:

- Dolor escrotal o testicular intenso durante meses o años (véase la pregunta 2, p. 243).

De poco frecuentes a muy raras:

- Infección en el lugar de la incisión o dentro de la incisión (poco frecuente con la técnica de incisión convencional; muy rara con la técnica de vasectomía sin bisturí; véase “Técnicas de vasectomía”, p. 238).

Raras:

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

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 243)

Vasectomía:

- No se extirpan los testículos. En la vasectomía se bloquean los conductos que transportan los espermatozoides desde los testículos. Los testículos permanecen en su lugar.
- No disminuye el deseo sexual.
- No afecta a la función sexual. La erección del hombre tiene la misma firmeza y dura lo mismo, y la eyaculación es igual que antes de la intervención.
- No hace que el hombre engorde o se debilite, ni lo hace menos masculino o menos productivo.
- No provoca ninguna enfermedad en etapas posteriores de la vida.
- No impide la transmisión de ITS, incluida la infección por el VIH.

Quién puede someterse a la vasectomía

Es segura para todos los hombres

Con el debido asesoramiento y el consentimiento informado, cualquier hombre puede someterse a la vasectomía de manera segura, aunque:

- no tenga hijos o tenga pocos hijos;
- esté casado o no esté casado;
- no tenga el permiso del cónyuge;
- sea joven;
- tenga anemia drepanocítica (anemia de células falciformes);
- tenga riesgo de infección por el VIH u otras ITS;
- haya contraído la infección por el VIH, siga o no tratamiento antirretroviral (véase “Vasectomía para hombres con infección por el VIH”, p. 236).

En algunas de estas situaciones, un asesoramiento especialmente cuidadoso es importante para asegurarse de que el hombre no lamentará su decisión (véase “Esterilización femenina, Considere que la esterilización es permanente”, p. 220).

Evite procedimientos innecesarios

(Véase “Importancia de los procedimientos”, p. 368)

Los hombres pueden someterse a la vasectomía:

- sin hacerse análisis de sangre ni las pruebas de laboratorio habituales,
- sin una comprobación de la tensión arterial.
- sin un análisis de la concentración de hemoglobina;
- sin un control de la concentración de colesterol o de la función hepática;
- aun cuando posteriormente no se pueda examinar el semen mediante microscopía para ver si aún contiene espermatozoides.

Se debe realizar un examen genital antes de realizar la vasectomía.



Criterios médicos de elegibilidad para la Vasectomía

Todos los hombres pueden someterse a una vasectomía.

No existen afecciones médicas que impidan a un hombre recurrir a la vasectomía. Con esta lista de verificación se pretende detectar si el usuario presenta alguna afección médica conocida que pueda limitar el momento, el lugar o el modo en que se puede realizar el procedimiento. Plantee al usuario las siguientes preguntas. Si responde “no” a todas las preguntas, entonces se puede realizar la vasectomía en un entorno habitual sin demora. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones, que recomiendan actuar con cautela, demorar el procedimiento o tomar precauciones especiales.

En la siguiente lista de verificación:

- **Cautela** quiere decir que se puede realizar el procedimiento en un entorno habitual, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la afección.
- **Demorar** significa dejar la vasectomía para más adelante. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de que se pueda hacer la vasectomía. Suministre al usuario otro método para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- **Precauciones especiales** se refiere a los preparativos especiales que se deben hacer para llevar a cabo el procedimiento en un marco de trabajo con un cirujano y personal experimentados, equipo para proporcionar anestesia general y otro tipo de apoyo médico de respaldo. Para estas afecciones, también es preciso tener la capacidad de decidir la intervención y la técnica anestésica más apropiadas. Ayude al usuario a elegir otro método anticonceptivo* para que lo utilice hasta que se pueda realizar el procedimiento.

1. ¿Tiene algún problema en los genitales, como infecciones, tumefacción, lesiones o bultos en el pene o el escroto? De ser así, ¿qué tipo de problemas?

- NO **SÍ** Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
- Lesión escrotal previa
 - Escroto inflamado debido a venas o membranas inflamadas en el cordón espermático o los testículos (varicocele o hidrocele grande)
 - Criptorquidia (testículo no descendido), en un solo lado. (Se realiza la vasectomía solo en el lado normal. Luego, si hay espermatozoides presentes en una muestra de semen tomada 3 meses después de la intervención, también se debe hacer en el otro lado.)

(Continúa en la página siguiente)

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale a la usuaria que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcione preservativos.

Criterios médicos de elegibilidad para la vasectomía (continuación)

- ▶ Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la vasectomía:
 - Infección de transmisión sexual activa
 - Punta del pene, conductos espermáticos (epidídimo) o testículos tumefactos y dolorosos (inflamados)
 - Infección cutánea del escroto o tumoración escrotal
- ▶ Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
 - Hernia inguinal. (El proveedor puede realizar la vasectomía al mismo tiempo que repara la hernia. Si esto no es posible, hay que reparar primero la hernia.)
 - Criptorquidia (testículos no descendidos), en ambos lados

2. ¿Tiene otras afecciones o infecciones? De ser así, ¿cuáles?

- NO**
- SÍ** Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, actúe con **cautela**:
 - Diabetes
 - Depresión
 - Juventud
 - Lupus con anticuerpos antifosfolipídicos (o si no se sabe si presenta dichos anticuerpos) o bajo tratamiento inmunodepresor
- ▶ Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, **demore** la vasectomía:
 - Infección general o gastroenteritis
 - Filariasis o elefantiasis
- ▶ Si el usuario presenta cualquiera de las siguientes afecciones o circunstancias, tome **precauciones especiales**:
 - Infección por el VIH con enfermedad clínica avanzada o grave (véase “Vasectomía para hombres con infección por el VIH”, a continuación).
 - La sangre no se coagula (coagulopatías)
 - Lupus con trombocitopenia grave

Vasectomía para hombres con infección por el VIH

- Los hombres con infección por el VIH o que sigan tratamiento antirretroviral (ARV) pueden someterse a la vasectomía con seguridad. Para realizar la vasectomía en un hombre con enfermedad clínica avanzada o grave es preciso tomar algunas precauciones especiales.
- La vasectomía no evita la transmisión del VIH.
- Recomiende a estos hombres que, además de someterse a la vasectomía, usen preservativos. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- No se debe coaccionar ni presionar a ningún hombre, incluidos los hombres con infección por el VIH, para que se someta a la vasectomía.

Realización de la vasectomía

Cuándo llevar a cabo el procedimiento

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

Garantizar una decisión fundamentada

IMPORTANTE: Un asesor amable que escuche las inquietudes del hombre, conteste sus preguntas y brinde información adecuada, práctica y clara sobre el procedimiento— especialmente sobre su carácter permanente— ayudará al hombre a tomar una decisión fundamentada y a ser un usuario

exitoso y satisfecho, que no se arrepienta posteriormente (véase “Esterilización femenina, Considere que la esterilización es permanente”, p. 220). Puede ser útil que su pareja participe en el asesoramiento, pero no es necesario ni imprescindible.



Los 7 puntos del consentimiento informado

El asesoramiento debe cubrir los 7 puntos del consentimiento informado. En algunos programas el usuario y el consejero firman un formulario de consentimiento informado. Para dar el consentimiento informado para la vasectomía, el usuario debe comprender los siguientes puntos:

1. El usuario también dispone de anticonceptivos temporales.
2. La vasectomía voluntaria es un procedimiento quirúrgico.
3. El procedimiento tiene ciertos riesgos, así como beneficios. (Hay que hablarle tanto de los riesgos como de los beneficios, de tal manera que entienda lo que se le explica.)
4. Si el procedimiento tiene éxito, evitará que tenga más hijos.
5. Se considera que el procedimiento es permanente, y probablemente no sea posible revertirlo.
6. El usuario puede decidir no someterse al procedimiento en cualquier momento antes de que tenga lugar (sin perder por ello derecho a otros beneficios médicos, sanitarios, u otros servicios o beneficios).
7. El procedimiento no protege contra las ITS, incluida la infección por el VIH.

Técnicas de vasectomía

Cómo llegar al conducto deferente: Vasectomía sin bisturí

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

Diferencias con respecto al procedimiento convencional con incisión:

- Se realiza una punción pequeña en vez de 1 o 2 incisiones en el escroto.
- No se necesitan puntos para cerrar la piel.
- La técnica anestésica es especial, y solo se necesita una punción con la aguja, en vez de 2 o más.

Ventajas:

- Menos dolor y equimosis (moretón) y recuperación más rápida.
- Menos infecciones y menos acumulación de sangre en el tejido (hematoma).
- Se ha demostrado que el tiempo total para la vasectomía es menor cuando los proveedores usan la técnica sin bisturí.

Tanto el procedimiento sin bisturí como el procedimiento convencional con incisión son rápidos, seguros y efectivos.

Bloqueo de los conductos deferentes

En la mayoría de las vasectomías se utiliza la ligadura y la extirpación. Esto implica cortar y extraer un pequeño trozo de cada conducto y luego atar los dos extremos restantes de los conductos deferentes. La tasa de fracasos de este procedimiento es baja. La aplicación de calor o electricidad en los extremos de cada conducto (cauterización) tiene una tasa de fracasos aún menor que la ligadura y la extirpación. La probabilidad de que una vasectomía falle puede disminuir aún más si se envuelve la punta cortada del conducto deferente —después de haber atado o cauterizado los extremos— con la fina capa de tejido que rodea al conducto (interposición fascial). Si se cuenta con la capacitación y el equipo necesarios, se recomienda la cauterización, la interposición fascial o ambas. No se recomienda bloquear el conducto deferente con grapas, ya que esto se asocia a mayores tasas de embarazo.

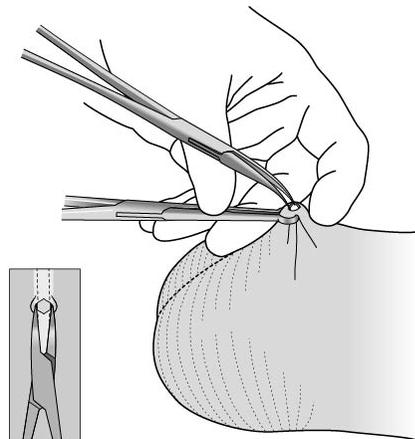
Realización del procedimiento de vasectomía

Explicación del procedimiento

Un hombre que haya optado por someterse a la vasectomía tiene que saber lo que ocurrirá durante el procedimiento. La siguiente descripción puede ayudar a explicarle cómo es la intervención. Para aprender a hacer la vasectomía se requiere capacitación y práctica bajo supervisión directa. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no pretende dar instrucciones detalladas.

1. El proveedor usa procedimientos adecuados de prevención de infecciones en todo momento (véase “Prevención de infecciones en el consultorio, p. 376).
2. Al hombre se le pone una inyección de anestésico local bajo la piel del escroto para evitar el dolor durante la intervención. Permanece despierto durante el procedimiento.
3. El proveedor palpa la piel del escroto para encontrar cada vaso deferente (los 2 conductos del escroto que transportan los espermatozoides).

4. El proveedor hace una punción o incisión en la piel:
 - Usando la técnica de vasectomía sin bisturí, el proveedor toma el conducto con unas pinzas especialmente diseñadas y hace una pequeña punción en la piel, en la línea media del escroto, con un instrumento quirúrgico especial cortante.
 - Usando el procedimiento convencional, el proveedor hace 1 o 2 pequeñas incisiones en la piel con el bisturí.



5. El proveedor levanta una pequeña asa de cada conducto desde el lugar de la punción o incisión. La mayoría de los proveedores seccionan luego cada conducto y atan uno o ambos extremos con hilo (ligadura). Algunos obturan los conductos con calor (termocauterización) o electricidad (electrocauterización). También se puede envolver un extremo del conducto con la fina capa de tejido que rodea al conducto (interposición fascial; véase “Técnicas de vasectomía”, en la página anterior).
6. La zona de la punción se cubre con un apósito adhesivo; si se ha realizado una incisión, se puede cerrar con puntos.
7. El hombre recibe instrucciones sobre lo que debe hacer después de salir del consultorio o del hospital (véase “Explicación del autocuidado en caso de vasectomía”, en la página siguiente). Es posible que se sienta brevemente mareado después del procedimiento. Primero se tiene que poner de pie con ayuda y debe descansar durante 15 a 30 minutos. Lo habitual es que pueda irse en un plazo de una hora después del procedimiento.

Apoyo al usuario

Explicación del autocuidado en caso de vasectomía

Antes del procedimiento el hombre debería

- Usar prendas de vestir limpias y no ajustadas cuando acuda al establecimiento de salud.

Después del procedimiento el hombre debería



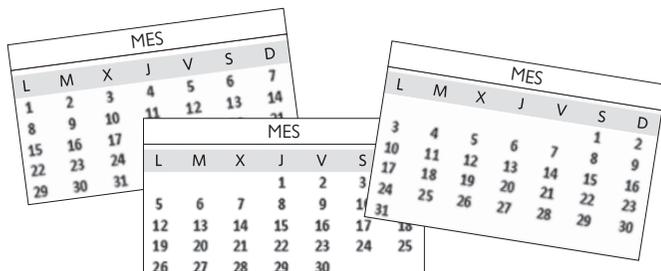
- Descansar durante 2 días, si es posible.
- De ser posible, debe aplicar compresas frías sobre el escroto durante las 4 primeras horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá algunas molestias, hinchazón y equimosis (hematoma), que deben desaparecer en 2 a 3 días.
- Usar calzoncillos o pantalones ajustados durante 2 o 3 días para ayudar a sostener el escroto. Esto disminuye la hinchazón, el sangrado y el dolor.
- Mantener el lugar de la punción o la incisión limpio y seco durante 2 o 3 días. Puede utilizar una toalla para limpiarse el cuerpo, pero no debe mojarlo con agua.
- Abstenerse de tener relaciones sexuales durante al menos 2 o 3 días.
- Usar preservativos u otro método efectivo de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento. (La alternativa recomendada previamente, que consistía en esperar a tener 20 eyaculaciones, ha resultado ser menos fiable que esperar 3 meses, y ya no se recomienda.)

Conducta a seguir ante los problemas más comunes

- La molestia en el escroto suele durar entre 2 y 3 días. Propóngale que tome ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico. No debe tomar ácido acetilsalicílico, ya que retarda la coagulación.

Planificación de la visita de control

- Dígale que regrese a los 3 meses para hacer un análisis del semen, si es que existe esa posibilidad (véase la pregunta 4, p. 244).
- Sin embargo, a ningún hombre se le debe negar la vasectomía porque el seguimiento sea difícil o imposible.



Use otro método efectivo de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento de vasectomía.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja del usuario puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja del hombre puede:

- Entender que la vasectomía es permanente.
- Comentar, como pareja, si quieren tener más hijos.
- Si no quieren tener más hijos, apoyar la decisión del hombre de poner fin a su fertilidad.
- Comentar la opción de la esterilización femenina.
- Comentar cómo van a prevenir el embarazo durante los 3 primeros meses después del procedimiento, mientras esperan que la vasectomía sea efectiva: usar preservativos u otro método anticonceptivo durante este período.
- Demostrar comprensión y apoyo al hombre durante el procedimiento y la recuperación.
- Además de la vasectomía, usar preservativos femeninos sistemáticamente o alentar al hombre a que use preservativos masculinos sistemáticamente (además de la vasectomía) si cualquiera de los miembros de la pareja tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquele a cada usuario que puede regresar cuando quiera —por ejemplo, si tiene problemas o dudas o si su pareja cree que podría estar embarazada—. (En unos pocos casos la vasectomía falla y la pareja se queda embarazada.) También si:

- presenta en la zona genital sangrado, dolor, pus, calor, hinchazón o enrojecimiento que empeoran o no ceden.

Consejo general de salud

Cualquier hombre que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave después del procedimiento de vasectomía debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Después de un procedimiento quirúrgico, cualquier problema de salud debe evaluarse cuidadosamente, y se debe considerar que está relacionado con la intervención hasta que se demuestre médicamente que no es así.

Manejo de problemas

Problemas referidos como complicaciones

- Los problemas afectan a la satisfacción del hombre con la vasectomía. El proveedor debe prestarles atención. Si el usuario refiere complicaciones de la vasectomía, escuche sus inquietudes, asesórelo, apóyelo y, si procede, trátelo. Asegúrese de que entiende el consejo y está de acuerdo.

Sangrado o coágulos después del procedimiento

- Tranquilícelo diciéndole que los sangrados leves y los coágulos pequeños no infectados suelen desaparecer en un par de semanas sin necesidad de tratamiento.
- Los coágulos de sangre de gran tamaño pueden requerir un drenaje quirúrgico.
- Los coágulos de sangre infectados requieren la administración de antibióticos y la hospitalización.

Infección en el lugar de la punción o la incisión (enrojecimiento, calor, dolor, pus)

- Limpie la zona infectada con agua y jabón o con un antiséptico.
- Administre antibióticos por vía oral durante 7 a 10 días.
- Indíquelo al usuario que regrese cuando termine de tomar los antibióticos si la infección no se ha resuelto.

Absceso (acumulación de pus bajo la piel causada por una infección)

- Limpie la zona 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 tiene enrojecimiento, calor, dolor en la herida o supuración o secreción por la herida.

Dolor que dura meses

- Sugíerale que utilice ropa interior o pantalones ajustados o un suspensorio deportivo para elevar el escroto.
- Propóngale que tome baños de agua tibia.
- Sugíerale que tome ácido acetilsalicílico (325-650 mg), ibuprofeno (200-400 mg), paracetamol (325-1.000 mg) u otro analgésico.
- Sumínistrelle antibióticos si se sospecha una infección.
- Si el dolor persiste y se hace intolerable, remítalo para que reciba otros cuidados (véase la pregunta 2, en la página siguiente).

Preguntas y respuestas sobre la vasectomía

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

No. Después de la vasectomía, el hombre tendrá el mismo aspecto y se sentirá como antes del procedimiento. Puede tener relaciones sexuales como anteriormente. Sus erecciones tendrán la misma firmeza y duración que antes y las eyaculaciones de semen serán iguales. Puede trabajar con la misma intensidad que anteriormente y no aumentará de peso debido a la vasectomía.



2. ¿Después de la vasectomía se puede sentir dolor durante mucho tiempo?

Algunos hombres relatan que tienen molestias o dolores crónicos en el escroto que pueden durar desde 1 hasta 5 años o más después de la vasectomía. En estudios de mayor tamaño, en los que participaron varios miles de hombres, menos de 1% refirieron que tenían dolor en el escroto o los testículos que requirió tratamiento quirúrgico. En estudios de menor tamaño, en los que participaron cerca de 200 hombres, hasta el 6% refirieron que tenían dolor intenso en el escroto o los testículos más de 3 años después de la vasectomía. Sin embargo, en un grupo similar de hombres que no se habían sometido a vasectomía, el 2% refirieron que presentaban un dolor similar. Unos pocos de los hombres con dolor intenso manifiestan que lamentan haberse hecho la vasectomía. No se conoce la causa del dolor. Puede deberse a la presión causada por la acumulación de esperma que ha salido de un conducto deferente mal sellado o ligado, o deberse a una lesión de algún nervio. El tratamiento consiste en elevar el escroto y tomar analgésicos. Se puede inyectar un anestésico en el cordón espermático para hacer un bloqueo farmacológico de los nervios que inervan los testículos. Algunos proveedores relatan que la intervención quirúrgica para extirpar la zona dolorosa o revertir la vasectomía alivia el dolor. Aunque no es frecuente que se produzca un dolor intenso y prolongado después de la vasectomía, se debe advertir de este riesgo a todos los hombres que se planteen someterse a esta intervención.

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

Sí, durante los 3 primeros meses. Si la pareja del hombre ha estado utilizando un método anticonceptivo, puede seguir usándolo durante este periodo. No utilizar otro método anticonceptivo en los 3 meses posteriores a la intervención es la principal causa de embarazos en las parejas que confían en la vasectomía.

4. ¿Es posible comprobar si la vasectomía está funcionando?

Sí. Un proveedor puede examinar al microscopio una muestra de semen para ver si todavía contiene espermatozoides. Si el proveedor no logra ver espermatozoides móviles, la vasectomía está funcionando. Es recomendable hacer un análisis del semen en algún momento transcurridos 3 meses desde el procedimiento, pero no es esencial.

Si hay menos de un espermatozoide inmóvil por cada 10 campos de alto aumento (menos de 100.000 espermatozoides por mililitro) en la muestra fresca, el hombre puede entonces confiar en la vasectomía y dejar de usar el método anticonceptivo de respaldo. Si el semen contiene más espermatozoides móviles, debe seguir usando un método de respaldo y regresar al consultorio mensualmente para repetir el análisis de semen. Si en el semen se siguen observando espermatozoides móviles, quizá sea necesario repetir la vasectomía.

5. ¿Qué pasa si la pareja se queda embarazada?

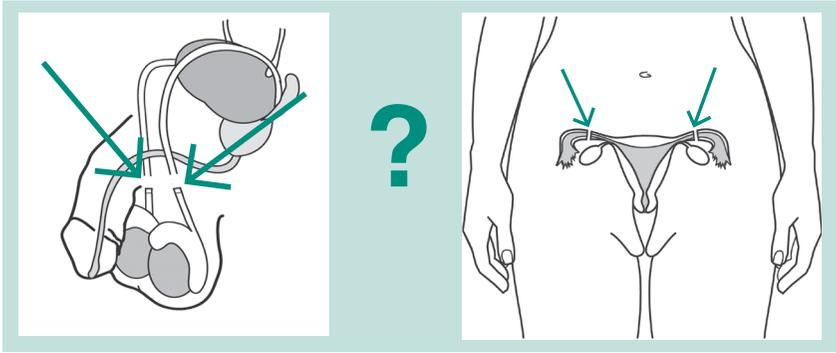
Todo hombre que se someta a una vasectomía debe saber que este procedimiento fracasa en ocasiones y que, como resultado, su pareja podría quedarse embarazada; en tales casos, el hombre no debe presuponer que su pareja le ha sido infiel. Si la pareja de un hombre se queda embarazada en el plazo de 3 meses después de la vasectomía, recuérdale al hombre que era preciso que hubieran utilizado otro método anticonceptivo durante los 3 primeros meses. Si es posible, ofrézcale realizar un análisis de semen y, si se hallaran espermatozoides, repetir la vasectomía.

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

En general, no. La vasectomía pretende ser permanente. Sin embargo, en raras ocasiones, los conductos que transportan los espermatozoides vuelven a comunicarse y es necesario repetir la vasectomía.

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

En general, no. La vasectomía pretende ser permanente. Las personas que quizá quieran tener más hijos en el futuro deberían optar por algún otro método anticonceptivo. En algunos hombres es posible realizar una intervención quirúrgica de reversión de la vasectomía, aunque es frecuente que la reversión no conlleve un embarazo. El procedimiento es difícil y caro, y resulta complicado encontrar proveedores capaces de realizar esta intervención quirúrgica. Por lo tanto, se debe considerar que la vasectomía es irreversible.



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

Cada pareja debe decidir por sí misma cuál es el mejor método para ellos. Ambos son métodos muy efectivos, seguros y permanentes para las parejas que saben que no querrán tener más hijos. Lo ideal es que la pareja considere ambos métodos. Si ambos métodos son aceptables para los dos miembros de la pareja, sería preferible la vasectomía, dado que es más sencilla, segura, fácil y barata que la esterilización femenina.

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

Pueden proporcionar información clara y equilibrada sobre la vasectomía y otros métodos de planificación familiar y ayudar al hombre a meditar plenamente su decisión. Pueden hablar a fondo sobre los sentimientos del hombre acerca de tener hijos y poner fin a su fertilidad. Por ejemplo, el proveedor puede ayudar al hombre a pensar cómo se sentiría acerca de posibles cambios en su vida, como un cambio de pareja o la muerte de un hijo. Revise “Los 7 puntos del consentimiento informado” para asegurarse de que el hombre comprende el procedimiento de vasectomía (véase la p. 237).

10. ¿Se debería ofrecer la vasectomía solo a los hombres que hayan alcanzado determinada edad o tengan cierto número de hijos?

No. No hay ninguna justificación para negar la vasectomía a un hombre debido exclusivamente a su edad, a la cantidad de hijos vivos o a su estado civil. Los proveedores de atención de salud no deben imponer reglas rígidas sobre la edad, el número de hijos, la edad del hijo menor o el estado civil. Se le debe permitir a todo hombre que decida por sí mismo si quiere tener más hijos o no y si quiere someterse a la vasectomía o no.

11. ¿La vasectomía aumenta el riesgo de cáncer o de cardiopatía en etapas posteriores de la vida?

No. La evidencia procedente de estudios amplios y bien diseñados indica que la vasectomía no aumenta el riesgo de cáncer de testículo (cáncer testicular), de cáncer de próstata (cáncer prostático) o de cardiopatía.

12. ¿Un hombre con una vasectomía puede transmitir o contraer ITS, incluida la infección por el VIH?

Sí. Las vasectomías no protegen frente a las ITS, incluida la infección por el VIH. Todos los hombres en riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH, se hayan sometido o no a una vasectomía, tienen que usar preservativos para protegerse a sí mismos y a sus parejas frente a la infección.

13. ¿Dónde se pueden realizar las vasectomías?

Si no hay ninguna afección médica previa que requiera preparativos especiales, se puede realizar la vasectomía prácticamente en cualquier establecimiento de salud, incluidos los centros de atención de salud, los consultorios de planificación familiar y los consultorios médicos privados. En los lugares en los que no se dispone de otros servicios de vasectomía, los equipos móviles pueden realizar vasectomías y todo tipo de exploraciones de seguimiento en instalaciones de salud básicas y vehículos especialmente equipados, siempre y cuando se disponga de medicamentos, insumos, instrumentos y equipos básicos.

Preservativos masculinos

En este capítulo se describen los preservativos masculinos de látex. En algunas zonas se dispone de preservativos femeninos, que se insertan en la vagina (véase “Preservativos femeninos”, p. 261, y “Comparación de los preservativos”, p. 428).

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Los preservativos masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.** Los preservativos son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto frente al embarazo como frente a las ITS.
- **Para conseguir la mayor efectividad, es necesario usarlos correctamente en cada acto sexual.**
- **Requieren la cooperación tanto del hombre como de la mujer.** Hablar sobre el uso de los preservativos antes de tener relaciones sexuales puede aumentar la probabilidad de que se usen.
- **En algunos hombres puede disminuir la sensación sexual.** Comentar esta cuestión en la pareja a veces puede ayudar a superar esta objeción.

¿Qué son los preservativos masculinos?

- Son fundas que se ajustan al pene en erección.
- Reciben también el nombre de condones o profilácticos y los nombres coloquiales de “forros”, “gomas”, “fundas”, “capuchas” y “globitos”; también se los conoce por el nombre de alguna de las muchas marcas disponibles en el mercado.
- La mayoría de ellos están hechos de una fina goma de látex. Los preservativos masculinos también están hechos de otros materiales, como poliuretano, poliisopreno, piel de cordero y nitrilo.
- Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que los microorganismos infecciosos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja.

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende del usuario: El riesgo de embarazo o de ITS es mayor cuando no se utilizan los preservativos en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones debidos a que el preservativo no se utiliza bien, se sale o se rompe.

Protección frente al embarazo:

- Tal como se suelen utilizar, se registran durante el primer año cerca de 13 embarazos por cada 100 mujeres cuya pareja utiliza preservativos masculinos. Esto significa que 87 de cada 100 mujeres cuyas parejas usan preservativos masculinos no se quedarán embarazadas.
- Cuando se usan correctamente, en cada acto sexual, en el primer año se producen alrededor de 2 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas usan preservativos masculinos.

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar los preservativos: Sin demora

Protección contra la infección por el VIH y otras ITS:

- Los preservativos masculinos reducen significativamente el riesgo de infección por el VIH cuando se usan correctamente en cada acto sexual, ya sea vaginal o anal.
- Cuando se utilizan correcta y sistemáticamente, los preservativos evitan entre 80% y 95% de la transmisión del VIH que hubiera ocurrido sin ellos (véase la pregunta 2, p. 257).
- Los preservativos reducen el riesgo de contraer muchas ITS cuando se usan sistemática y correctamente durante las relaciones sexuales vaginales o anales.
 - Protegen mejor frente a las ITS que se transmiten a través del flujo o de secreciones, como la infección por el VIH, la gonorrea y la clamidiasis.
 - También protegen frente a las ITS que se transmiten a través del contacto cutáneo, como la infección por el virus del herpes y el virus del papiloma humano.



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- El riesgo de embarazo
- Las ITS, incluida la infección por el VIH

Pueden ayudar a proteger contra:

- Afecciones causadas por ITS:
 - Enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) recidivante y dolor pélvico crónico
 - Cáncer cervicouterino
 - Infertilidad (masculina y femenina)

Riesgos conocidos para la salud

Extremadamente raros:

- Reacción alérgica grave (en personas que sufren de alergia al látex)

Razones por las que a algunos hombres y mujeres les gustan los preservativos

- No tienen efectos secundarios hormonales.
- Pueden usarse como un método regular, temporal o de respaldo.
- Pueden utilizarse sin necesidad de consultar a un proveedor de atención de salud.
- Se venden en muchos lugares y en general son fáciles de obtener.
- Ayuda a proteger tanto frente al embarazo como frente a las ITS, incluida la infección por el VIH.
- Pueden hacer que la relación sexual dure más.

Cómo hablar sobre el uso del preservativo

A algunas mujeres les resulta difícil comentar con su pareja que quieren usar preservativos. A otras les cuesta convencer a sus parejas de que utilicen preservativos cada vez que tienen relaciones sexuales. Los hombres dan diferentes razones para no usar preservativos. A algunos no les gusta la forma en que disminuye la sensación sexual. Algunas veces las razones de los hombres se basan en rumores o en malentendidos. Disponer de información sobre hechos objetivos puede ayudar a la mujer a responder a las objeciones de su pareja (véase “Aclarar malentendidos”, en la página siguiente).



Conversar primero puede ayudar. La probabilidad de que los hombres utilicen el preservativo puede aumentar si las mujeres hablan con sus parejas acerca del uso de los preservativos antes de tener relaciones sexuales. Las mujeres pueden intentar los enfoques que consideren más adecuados, dependiendo de la pareja y las circunstancias. A continuación se detallan algunos puntos que han logrado persuadir al hombre en diversas situaciones:

- Hacer hincapié en el uso de los preservativos para evitar el embarazo más que como protección frente a las ITS.
- Apelar a la preocupación con respecto al otro, por ejemplo: “Muchas personas de la comunidad tienen una infección por el VIH, así que debemos ser cuidadosos”.
- Sugerir que el uso de preservativos puede hacer que la relación sexual sea más placentera para ambos miembros de la pareja.
- Adoptar una postura terminante, por ejemplo: “No puedo tener relaciones sexuales contigo a menos que uses un preservativo.”
- Sugerir una prueba con un preservativo femenino, si se pudiera obtener. Hay hombres que prefieren los preservativos femeninos a los masculinos.
- En el caso de las mujeres embarazadas, hablar de los riesgos que plantean las ITS para la salud del bebé y hacer hincapié en el modo en que los preservativos pueden ayudar a protegerlo.

Además, la mujer puede sugerir que su pareja o los dos juntos acudan al consultorio para recibir asesoramiento sobre la importancia del uso del preservativo.

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 257)

Preservativos masculinos:

- No provocan esterilidad, impotencia ni debilidad en el hombre.
- No reducen el deseo sexual del hombre.
- No pueden perderse en el cuerpo de la mujer.
- No tienen orificios que permitan el paso del VIH.
- No están relacionados con el VIH.
- No causan ninguna enfermedad a la mujer. Para que una mujer goce de buena salud no necesita estar expuesta al semen o esperma.
- No causan ninguna enfermedad al hombre por hacer que el esperma “retroceda”.
- No solo se usan en relaciones sexuales extramatrimoniales. También los utilizan las parejas casadas.
- No causan cáncer ni contienen productos químicos cancerígenos.

Quién puede y quién no puede usar los preservativos masculinos

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Preservativos masculinos

Todos los hombres y las mujeres pueden usar con seguridad preservativos masculinos de látex, excepto:

- Los que hayan presentado alguna reacción alérgica grave al látex.

En circunstancias especiales —por ejemplo, si hay un alto riesgo de padecer ITS o una infección por el VIH—, si no se dispone de preservativos que no sean de látex, un proveedor capacitado que pueda evaluar cuidadosamente la afección o la situación del hombre o de la mujer puede decidir si él o ella pueden usar preservativos de látex.

Los preservativos masculinos hechos de materiales diferentes al látex no causan reacciones alérgicas.

Para obtener más información sobre la alergia al látex, véase “Irritación leve en la vagina o el pene o a su alrededor o reacción alérgica leve a los preservativos”, p. 256; “Reacción alérgica grave a los preservativos”, p. 256; y la pregunta 11, p. 260.

Suministro de preservativos masculinos

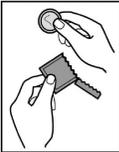
Cuándo comenzar

- En cualquier momento, cuando un hombre o una pareja busque protección frente al embarazo o las ITS.

Explique cómo se utilizan

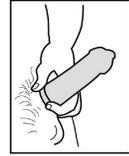
IMPORTANTE: Siempre que sea posible, muestre a los usuarios cómo se pone un preservativo. Use un modelo de un pene, si tiene uno, u otro artículo, como una banana, para hacer la demostración.

Explique los 5 pasos básicos para el uso del preservativo masculino

Pasos básicos	Detalles importantes	
1. Utilice un preservativo nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Revise el envase del preservativo. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un preservativo después de la fecha de caducidad; hágalo únicamente si no dispone de un preservativo más nuevo.• Abra el envase con cuidado. No utilice las uñas, los dientes, ni nada que pueda dañar el preservativo.	
2. Antes de cualquier contacto físico, coloque el preservativo en la punta del pene en erección con el lado enrollado hacia afuera	<ul style="list-style-type: none">• Para obtener la mayor protección, póngase el preservativo antes de que el pene haga cualquier contacto genital, bucal o anal.	
3. Desenrolle bien el preservativo, hasta la raíz del pene en erección	<ul style="list-style-type: none">• El preservativo debería desenrollarse con facilidad. Lo único que se logra si se hace fuerza es que se rompa al usarlo.• Si el preservativo no se desenrolla con facilidad, puede ser que esté puesto al revés, esté dañado o sea demasiado viejo. Tírelo a la basura y utilice uno nuevo.• Si el preservativo está puesto al revés y no tiene otro, dele la vuelta y desenróllelo sobre el pene.	

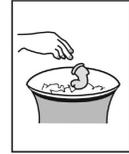
4. Inmediatamente después de la eyaculación, sostenga el borde del preservativo en su lugar y retire el pene mientras que aún está erecto

- Retire el pene.
- Quite el preservativo deslizándolo, evitando que se derrame el semen.
- Si vuelve a tener relaciones sexuales o si pasa de un acto sexual a otro, use un preservativo nuevo.



5. Eliminación segura del preservativo usado

- Coloque el preservativo en su envase y tírelo al cubo de la basura o la letrina. No arroje el preservativo en un inodoro, ya que puede provocar problemas en las cañerías.



Apoyo al usuario

Lo que no deben hacer los usuarios de preservativos

Algunas prácticas pueden aumentar el riesgo de que un preservativo se rompa, por lo que hay que evitarlas.

- No desenrolle el preservativo primero y luego trate de colocarlo en el pene.
- No use lubricantes oleosos, ya que pueden dañar el látex.
- No use un preservativo si el color es desigual o ha cambiado.
- No use un preservativo que sea quebradizo, esté reseco o muy pegajoso.
- No reutilice los preservativos.
- No tenga relaciones sexuales sin lubricación vaginal.
- No use más de un preservativo al mismo tiempo.
- No use un preservativo masculino y uno femenino al mismo tiempo.

Además, no use el mismo preservativo cuando pase de un acto sexual con penetración a otro, por ejemplo, cuando pase de un coito anal a un coito vaginal. Al hacerlo usted puede estar transfiriendo bacterias que pueden causar infecciones.

Lubricantes para preservativos de látex

La lubricación ayuda a promover el uso de los preservativos y a evitar que se rompan. Hay 3 maneras de lubricar: mediante las secreciones vaginales naturales, agregando un lubricante cuyo uso con los preservativos sea seguro, o usando preservativos envasados con lubricante.

Para la lubricación se puede usar agua limpia y saliva. Los lubricantes envasados con los preservativos suelen ser de silicona. Los lubricantes de silicona también se envasan por separado. También se comercializan lubricantes acuosos o a base de glicol; pueden ser menos costosos. También es seguro utilizarlos con los preservativos.

Los lubricantes tienen que aplicarse en el exterior del preservativo, en la vagina o en el ano. No hay que aplicar los lubricantes en el pene, ya que esto puede hacer que el preservativo se deslice y se salga. En algunos hombres, poner una gota o dos de lubricante en el interior de la punta del preservativo antes de desenrollarlo puede ayudar a aumentar la sensación sexual. Sin embargo, colocar demasiado lubricante en el interior del preservativo puede hacer que se resbale.

En el caso de los preservativos de látex, no use como lubricantes productos oleosos: pueden dañar el látex.

Los siguientes materiales no deben usarse con los preservativos de látex:

- cualquier aceite (para cocinar, para niños, de coco, mineral) o productos hechos con aceite,
- vaselina,
- lociones,
- cremas frías,
- mantequilla,
- manteca de cacao,
- margarina.

Asegúrese de que el usuario comprenda cómo se usan correctamente

- Pídale al usuario que explique los 5 pasos básicos para el uso del preservativo, poniéndoselo a un modelo u otro objeto y luego quitándoselo. Al asesorar al usuario, puede mostrar las imágenes de la p. 251.
-

Pregúntele al usuario cuántos preservativos va a necesitar hasta la próxima consulta

- Suministre una buena cantidad de preservativos y, si es posible, lubricante acuoso o de silicona. Los lubricantes oleosos no se deben utilizar con preservativos de látex. Véase el recuadro de la página anterior.
 - Dígales a los usuarios dónde pueden comprar preservativos, si fuera necesario.
-

Explique por qué es importante utilizar un nuevo preservativo en cada acto sexual

- Un solo acto sexual sin protección puede conllevar el embarazo, una ITS o a ambos.
 - Si no utiliza un preservativo para un acto sexual, intente usarlo la próxima vez. Dejar de usarlos una o dos veces no significa que no tenga sentido seguir usándolos en el futuro.
-

Explique el uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Explique cómo se utilizan las PAU en caso de errores en el uso de los preservativos —incluido el hecho de no utilizar un preservativo— para ayudar a prevenir el embarazo (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49). Sumínístrele las PAU, si dispone de ellas.
-

Analice las maneras en que se puede hablar sobre el uso los preservativos

- Analice las habilidades y técnicas para negociar el uso de los preservativos con las parejas (véase “Cómo hablar sobre el uso del preservativo”, p. 249).
-

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja del usuario puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja del hombre puede:

- Apoyar la elección del hombre de utilizar preservativos masculinos.
- Hablar sobre el uso del preservativo masculino y estar de acuerdo en emplearlo, conociendo perfectamente cómo se utiliza.
- Ayudarlo a acordarse de usar un preservativo cada vez.
- Ayudarlo a usar el preservativo correctamente.
- Ayudarlo a que cuente con un suministro de preservativos a mano.
- Asegurarse de que ella tiene PAU a mano en caso de que el preservativo se deslice o se rompa, o si se olvidan de usarlo.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíqueles a todos los usuarios o usuarias de que pueden regresar cuando quieran—por ejemplo, si tienen problemas, preguntas, si quieren otro método anticonceptivo o, en el caso de las mujeres, si piensan que quizá están embarazadas. También si:

- le resulta difícil usar los preservativos correctamente o cada vez que él o ella tienen relaciones sexuales;
- él o ella tienen signos o síntomas de reacción alérgica grave al preservativo de látex (véase “Reacción alérgica grave al preservativo”, p. 256);
- la mujer recientemente tuvo relaciones sexuales sin protección y quiere evitar el embarazo. Quizás podría usar las PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

Ayuda a los usuarios continuos

1. Pregunte a los usuarios cómo les va con el método y si están satisfechos. Pregunte si tienen alguna duda o algo que quieran comentar.
2. En especial, pregunte si tienen problemas para usar correctamente los preservativos y si los usan cada vez que tienen relaciones sexuales. Deles toda la información o ayuda que necesiten (véase “Manejo de problemas”, a continuación).
3. Sumínístreles más preservativos e invítelos a que regresen para buscar más antes de que se les acaben. Recuérdeles dónde más pueden conseguirlos.
4. Pregunte a los usuarios de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o una infección por el VIH—. Haga el seguimiento según proceda.

Manejo de problemas

Problemas con el uso

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los preservativos afectan a la satisfacción de los usuarios y al uso del método. El proveedor debe prestarles atención. Si el usuario refiere algún problema, escuche sus inquietudes, asesórelo y apóyelo. Asegúrese de que entiende el consejo y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudar a los usuarios a elegir otro método anticonceptivo —ahora, si él o ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—, a no ser que se necesiten los preservativos como protección frente a las ITS o la infección por el VIH.

El preservativo se rompe, se sale del pene o no se usa

- En esos casos, las PAU pueden ayudar a evitar el embarazo (véase “Anticonceptivos orales de urgencia”, p. 49). Si un hombre nota que el preservativo se ha roto o se ha salido, debe comunicárselo a su pareja para que esta pueda usar las PAU si lo desea.

- Si un usuario refiere que un preservativo se rompió, se salió o que no lo utilizó, dérvelo para una posible profilaxis postexposición frente al VIH y un posible tratamiento de presunción contra otras ITS (véase la pregunta 7, p. 259). Si el usuario presenta signos o síntomas de ITS después de tener relaciones sexuales sin protección, evalúelo o dérvelo.
- Si un usuario refiere que el preservativo se rompió o se salió:
 - Pida a los usuarios que le muestren cómo abren el envase del preservativo y cómo se coloca, usando un modelo u otro artículo. Corrija cualquier error.
 - Pregunte si están usando algún lubricante. El uso de un lubricante equivocado o de una cantidad demasiado escasa puede hacer que se rompa con más facilidad (véase “Lubricantes para preservativos de látex”, p. 252). Un exceso de lubricante puede hacer que el preservativo se resbale y se salga.
 - Pregunte en qué momento retira el pene el hombre. Si espera demasiado para retirarlo, cuando ya la erección ha comenzado a ceder, la probabilidad de que el preservativo se salga del pene puede aumentar.

Dificultades al ponerse el preservativo

- Pida a los usuarios que le muestren cómo colocan el preservativo, usando un modelo u otro artículo. Corrija cualquier error.

Dificultad para persuadir a la pareja para que utilice preservativos o imposibilidad de usar un preservativo en cada acto sexual

- Analice las maneras en que puede hablar con su pareja sobre los preservativos (véase “Cómo hablar sobre el uso del preservativo”, p. 249) y también los fundamentos de la protección doble (véase “Elección de una estrategia de protección doble”, p. 335).
- Plantee la posibilidad de combinar los preservativos con:
 - otro método anticonceptivo efectivo para una mejor protección frente al embarazo;
 - si no hay riesgo de contraer ITS, un método basado en el conocimiento de la fertilidad, con el uso de los preservativos exclusivamente durante el período fértil (véase “Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad”, p. 291).
- Especialmente si el usuario o la pareja corre el riesgo de contraer ITS, aconséjeles que sigan usando el preservativo de manera continua mientras se solucionan los problemas. Si ninguno de los miembros de la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS sin necesidad del preservativo, pero no protege frente al embarazo.

Irritación leve en la vagina o el pene o a su alrededor o reacción alérgica leve a los preservativos (prurito, enrojecimiento, erupción e hinchazón de los genitales, la ingle o los muslos al usar el preservativo o después)

- Sugiera que prueben otra marca de preservativos. Una persona puede ser más sensible a una marca de preservativos que a otras.
- Proponga que pongan lubricante o agua sobre el preservativo para reducir el roce causante de la irritación.

- Si los síntomas persisten, evalúe o derive ante una posible infección vaginal o ITS, según proceda.
 - Si no existe infección pero la irritación continúa o se repite, es posible que el usuario tenga alergia al látex.
 - Si no está en riesgo de contraer ITS o una infección por el VIH, ayude al usuario a elegir otro método.
 - Si el usuario o su pareja corren el riesgo de contraer ITS, sugiera el uso de preservativos femeninos o de preservativos masculinos de plástico, de estar disponibles. Si es posible conseguirlos, recomiende el uso continuado de preservativos de látex. Si los síntomas se vuelven graves, dígalos a los usuarios que dejen de utilizar preservativos de látex (véase “Reacción alérgica grave al preservativo”, más adelante).
 - Si ninguno de los miembros de la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección contra las ITS sin necesidad del preservativo, pero no protege frente al embarazo.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

La mujer del usuario está usando miconazol o econazol (para el tratamiento de infecciones vaginales)

- La mujer no debe confiar en los preservativos de látex cuando esté usando miconazol o econazol por vía vaginal, dado que estos medicamentos pueden dañar al látex. El tratamiento oral no daña el preservativo.
- Debe utilizar preservativos femeninos, su pareja debe usar preservativos masculinos de plástico, o han de optar por otro método anticonceptivo o abstenerse de tener relaciones sexuales hasta finalizar el tratamiento.

Reacción alérgica grave al preservativo (urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria o pérdida del conocimiento al usar el preservativo o después). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- Dígale al usuario que deje de utilizar preservativos de látex.
- Si es necesario, dérselo para que reciba tratamiento. La reacción alérgica grave al látex puede dar lugar a un choque anafiláctico potencialmente mortal. Ayude al usuario a elegir otro método.
- Si el usuario o su pareja no pueden evitar el riesgo de contraer ITS, sugiera el uso de preservativos femeninos o preservativos masculinos de plástico, si se pueden conseguir. Si ninguno de los miembros de la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección frente a las ITS sin necesidad del preservativo, pero no protege frente al embarazo.

Preguntas y respuestas sobre los preservativos masculinos

1. ¿Los preservativos son efectivos en la prevención del embarazo?

Sí, los preservativos masculinos son efectivos, pero solo si se usan correctamente en cada acto sexual. Cuando se utilizan sistemática y correctamente, solo 2 de cada 100 mujeres cuya pareja usa preservativos quedan embarazadas en el transcurso del primer año de uso. Sin embargo, muchas personas no usan preservativos cada vez que tienen relaciones sexuales o no los usan de forma correcta. Esto reduce la protección frente al embarazo.

2. ¿Hasta qué punto sirven los preservativos para proteger frente a la infección por el VIH?

En promedio, los preservativos protegen de la infección por el VIH con una efectividad de 80-95% cuando se utilizan de manera correcta en cada acto sexual. Esto significa que el uso del preservativo previene entre 80% y 95% de las transmisiones del VIH que hubieran tenido lugar de no usar los preservativos. (No significa que 5-20% de los usuarios de preservativos contraerán la infección por el VIH.) Por ejemplo, entre 10.000 mujeres no infectadas por el VIH cuyas parejas si lo están, si cada pareja tiene relaciones sexuales vaginales solo una vez y no tienen otros factores de riesgo de infección por el VIH, en promedio:

- si las 10.000 no utilizaron preservativos, cerca de 10 mujeres probablemente contraerán la infección por el VIH;
- si las 10.000 utilizaron preservativos correctamente, 1 o 2 mujeres probablemente contraerán la infección por el VIH.

Las probabilidades de que una persona que está expuesta al VIH contraiga la infección varían considerablemente. Estas probabilidades dependen de la etapa de la infección por el VIH de su pareja (las etapas temprana y tardía son más infectantes); de si la persona expuesta presenta otras ITS (aumenta la propensión a contraer la infección); de la presencia o ausencia de circuncisión en el hombre (los hombres no circuncidados son más propensos a la infección por el VIH); y de la presencia o ausencia de embarazo (las mujeres embarazadas pueden tener mayor riesgo de infección), entre otros factores. En promedio, en caso de exposición, el riesgo de contraer la infección es dos veces mayor en las mujeres que en los hombres.

3. ¿El uso del preservativo únicamente en algunas ocasiones brinda alguna protección frente a las ITS, incluida la infección por el VIH?

Para obtener la mejor protección, se debe usar un preservativo en cada acto sexual. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede resultar protector. Por ejemplo, si una persona con una pareja regular y fiel tiene un acto sexual con otra persona, el uso del preservativo en ese acto sexual puede ser muy protector. Sin embargo, en lo que respecta a las personas que están expuestas con frecuencia a las ITS, incluida la infección por el VIH, usar el preservativo únicamente en algunas ocasiones ofrecerá una protección limitada.

4. **¿El uso de los preservativos reducirá el riesgo de transmisión de ITS durante las relaciones sexuales anales?**

Sí. Las ITS pueden transmitirse de una persona a otra durante cualquier acto sexual en el que se introduzca el pene en cualquier parte del cuerpo de otra persona (penetración). Algunos actos sexuales son más riesgosos que otros. Por ejemplo, el riesgo para la mujer de contraer la infección por el VIH es 5 veces mayor en caso del coito anal sin protección que en caso de coito vaginal sin protección. Cuando se usa un preservativo de látex para las relaciones sexuales anales, es esencial utilizar un lubricante acuoso o de silicona para ayudar a que el preservativo no se rompa.

5. **¿Los preservativos de plástico (sintéticos) son efectivos para prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH?**

Sí. Se espera que los preservativos de plástico brinden la misma protección que los de látex, pero no han sido estudiados tan a fondo. Los preservativos hechos de membranas de animales, como los preservativos de piel de cordero (también llamados preservativos de piel natural), no son efectivos para prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH.

6. **¿Es frecuente que los preservativos se rompan o se salgan del pene durante las relaciones sexuales?**

No. En promedio, cerca de 2% de los preservativos se rompen, se rasgan o se salen completamente del pene durante la relación sexual, principalmente porque se utilizan de manera incorrecta. Cuando se usan correctamente, los preservativos casi nunca se rompen. En algunos estudios con tasas de rotura más altas, a menudo son unos pocos usuarios los que presentan la mayor parte de las roturas registradas en todo el estudio. Además, otros estudios sugieren que si bien la mayoría de los participantes usan los preservativos de manera correcta, hay unos pocos hombres que los utilizan siempre mal, lo que hace que se rompan o se salgan. Por lo tanto, es importante enseñar a los usuarios de preservativos cuál es la manera correcta de abrir el envase y de ponerse y quitarse el preservativo (véase la p. 251) y también hay que enseñarles a evitar las prácticas que aumentan el riesgo de rotura (véase “Lo que no deben hacer los usuarios de preservativos”, p. 252).

7. **¿Qué pueden hacer los hombres y las mujeres para reducir el riesgo de embarazo y de contraer ITS si un preservativo se sale o se rompe durante las relaciones sexuales?**

Si un preservativo se sale o se rompe, tomar las PAU puede reducir el riesgo de que la mujer se quede embarazada (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49). Si es probable la exposición al VIH, el tratamiento antirretroviral (profilaxis postexposición), cuando esté disponible, puede ayudar a reducir la transmisión del VIH. Si es probable la exposición a otras ITS, el proveedor puede administrar tratamiento de presunción de dichas ITS, es decir, tratar al usuario o la usuaria como si hubiera contraído la infección.

Lavar el pene no ayuda a prevenir las ITS. La ducha vaginal no es muy efectiva para prevenir el embarazo, e incrementa el riesgo de que la mujer adquiera ITS o la infección por el VIH, así como la enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino).

8. ¿Se puede poner el hombre 2 o 3 preservativos a la vez para tener más protección?

Hay poca evidencia de los beneficios de usar 2 o más preservativos. En general no es recomendable, pues es posible que la fricción entre los preservativos aumente la probabilidad de rotura.

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

No, esto no les ocurre a la mayoría de los hombres. La impotencia tiene muchas causas. Algunas causas son físicas y otras emocionales. Los preservativos por sí mismos no producen impotencia. Sin embargo, algunos hombres pueden tener problemas para mantener la erección cuando usan preservativos. Otros hombres —especialmente los de edad avanzada— pueden tener dificultad para mantener una erección porque los preservativos pueden reducir la sensación sexual. El uso de una mayor lubricación puede ayudar a aumentar esta sensación en los hombres que usan preservativos.

10. ¿Los preservativos no son usados principalmente en relaciones casuales o por personas que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero?

No. Mientras que muchas parejas ocasionales confían en los preservativos para la protección frente a las ITS, las parejas casadas, en todo el mundo, usan también los preservativos para la protección frente al embarazo. En el Japón, por ejemplo, cerca de 40% de las parejas casadas usan los preservativos—más que cualquier otro método de planificación familiar—.

11. ¿Es frecuente la alergia al látex?

No. La alergia al látex no es frecuente en la población general, y las notificaciones de reacciones alérgicas leves a los preservativos son muy raras. Las reacciones alérgicas graves a los preservativos son extremadamente raras.

Las personas que presentan reacciones alérgicas a los guantes o los globos de goma pueden tener una reacción similar ante los preservativos de látex. Una reacción leve da lugar a enrojecimiento, prurito, erupción o hinchazón de la piel que ha estado en contacto con el látex. La reacción grave se manifiesta por urticaria o erupción en buena parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, o pérdida del conocimiento después de entrar en contacto con el látex. Tanto los hombres como las mujeres pueden ser alérgicos al látex y a los preservativos de látex.

Preservativos femeninos

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los preservativos femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH.** Los preservativos son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto frente al embarazo como frente a las ITS.
- **Para conseguir la mayor efectividad, es necesario usarlos correctamente en cada acto sexual.**
- **La mujer puede comenzar a usar el preservativo femenino,** pero el método requiere la cooperación de su pareja.
- **Puede requerir algo de práctica.** Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el preservativo femenino de la vagina.

¿Qué son los preservativos femeninos?

- Son revestimientos que se adaptan a la vagina de la mujer, sin quedar estrechamente ajustados; están hechos de una película delgada de plástico suave y transparente.
 - Tienen aros flexibles en ambos extremos
 - El aro situado en el extremo cerrado ayuda a insertar el preservativo.
 - El aro del extremo abierto ayuda a mantener parte del preservativo fuera de la vagina.
- Los preservativos femeninos se hacen de diversos materiales, como látex, poliuretano y nitrilo.
- Funcionan formando una barrera que impide que los espermatozoides entren en la vagina, evitando así el embarazo. También impiden que los microorganismos presentes en el semen, el pene o la vagina infecten a la pareja.

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo o de ITS es mayor cuando no se utilizan los preservativos femeninos en cada acto sexual. Son muy pocos los casos de embarazos o infecciones debidos a que el preservativo no se utiliza bien, se sale o se rompe.

Protección frente al embarazo:

- Tal como se suelen utilizar, durante el primer año se registran cerca de 21 embarazos por cada 100 usuarias de los preservativos femeninos. Esto significa que 79 de cada 100 usuarias de preservativos femeninos no se quedarán embarazadas.
- Cuando se usan de manera correcta en cada acto sexual, en el primer año se producen cerca de 5 embarazos por cada 100 usuarias de los preservativos femeninos.

Recuperación de la fertilidad después de dejar de usar los preservativos: Sin demora

Protección contra la infección por el VIH y otras ITS:

- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, el preservativo femenino reduce el riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH.



¿Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los preservativos femeninos?

- La mujer puede comenzar a usarlos por sí misma.
- Tienen una textura suave y húmeda que brinda una sensación más natural que el preservativo masculino de látex durante la relación sexual.
- Ayuda a proteger tanto frente al embarazo como frente a las ITS, incluida la infección por el VIH.
- A algunas mujeres, el anillo externo les brinda una estimulación sexual adicional.
- Pueden utilizarse sin necesidad de consultar a un proveedor de atención de salud.

¿Por qué algunos hombres dicen que les gustan los preservativos femeninos?

- Pueden colocarse de antemano, por lo que no interrumpen la relación sexual.
- No son ajustados ni aprietan como los preservativos masculinos.
- No disminuyen la sensación sexual, como sucede con los preservativos masculinos.
- No es preciso retirarlos inmediatamente después de la eyaculación.



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- El riesgo de embarazo
- Las ITS, incluida la infección por el VIH

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 269)

Preservativos femeninos:

- No pueden perderse en el cuerpo de la mujer.
- No son difíciles de usar, pero hay que aprender a utilizarlos correctamente.
- No tienen orificios que permitan el paso del VIH.
- Los utilizan las parejas casadas. No solo se usan en relaciones sexuales extramatrimoniales.
- Evitan el contagio de enfermedades en la mujer porque impiden que el semen entre en su cuerpo.

Quién puede usar preservativos femeninos

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Preservativos femeninos

Todas las mujeres y todos los hombres pueden usar preservativos femeninos, excepto los que hayan presentado una reacción alérgica grave al látex, que no deben usar preservativos femeninos de látex.

En circunstancias especiales—por ejemplo, si hay un alto riesgo de padecer ITS o una infección por el VIH—, si no se dispone de preservativos que no sean de látex, un proveedor capacitado que pueda evaluar cuidadosamente la afección o la situación del hombre o de la mujer puede decidir si él o ella pueden usar preservativos de látex.

Los preservativos hechos de materiales que no sean el látex no causan reacciones alérgicas.

Para obtener más información sobre la alergia al látex, véase “Preservativos masculinos, Irritación leve en la vagina o el pene o a su alrededor o reacción alérgica leve a los preservativos”, p. 256, y “Reacción alérgica grave a los preservativos”, p. 256.

Suministro de preservativos femeninos

Cuándo comenzar

- En cualquier momento, cuando una mujer o una pareja busque protección frente al embarazo o las ITS.

Explique cómo se utilizan

IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la usuaria cómo se introduce el preservativo femenino. Para la demostración use un modelo o una ilustración, si cuenta con ellos, o las manos. Puede crear una abertura similar a una vagina con una mano y con la otra mostrar cómo se introduce el preservativo femenino.

Explique los 5 pasos básicos para el uso del preservativo femenino

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Utilice un preservativo femenino nuevo para cada acto sexual	<ul style="list-style-type: none">• Revise el envase del preservativo. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evite usar un preservativo después de su fecha de caducidad; hágalo únicamente si no dispone de un preservativo más nuevo.• De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el preservativo.
2. Antes de cualquier contacto físico, introduzca el preservativo en la vagina	<ul style="list-style-type: none">• Para obtener la mayor protección, introduzca el preservativo antes de que el pene entre en contacto con la vagina. Puede colocarse hasta 8 horas antes de las relaciones sexuales.• Elija una posición que le resulte cómoda para la inserción: en cuclillas, levantando una pierna, sentada o acostada.• Frote entre sí los lados del preservativo femenino para distribuir bien el lubricante.• Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede con una forma alargada y estrecha.• Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y localice la abertura de la vagina.• Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más profundo que pueda. Introduzca un dedo en el preservativo para colocarlo. Fuera de la vagina tienen que quedar cerca de 2 a 3 centímetros de preservativo así como el aro externo.

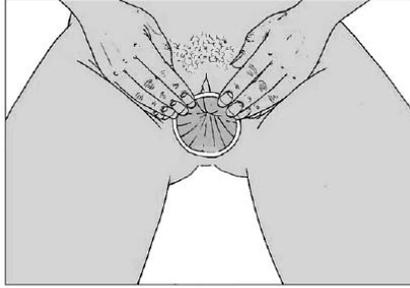


Pasos básicos

3. Asegúrese de que el pene entre en el preservativo y se mantenga en su interior

Detalles importantes

- Cuidadosamente, el hombre o la mujer debe guiar la punta del pene dentro del preservativo (no entre el preservativo y la pared de la vagina). Si el pene se sale del preservativo, se debe retirar el pene e intentarlo otra vez.
- Si el preservativo sale accidentalmente de la vagina o el aro externo se introduce en ella durante las relaciones sexuales, colóquelo de nuevo en su lugar.



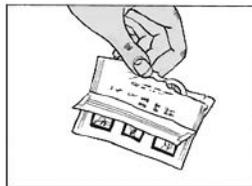
4. Después de que el hombre retire el pene, sostenga el aro externo del preservativo, gírelo para mantener dentro los fluidos y retírelo suavemente de la vagina

- No es necesario retirar el preservativo femenino inmediatamente después del acto sexual.
- Retire el preservativo antes de ponerse de pie, para evitar que el semen se derrame.
- Si la pareja vuelve a tener relaciones sexuales, deben usar un preservativo nuevo.
- No se recomienda reutilizar los preservativos femeninos (véase la pregunta 5, p. 270).



5. Eliminación segura del preservativo usado

- Coloque el preservativo en su envase y tírelo al cubo de la basura o a la letrina. No arroje el preservativo en un inodoro, ya que puede provocar problemas en las



Lubricantes para preservativos femeninos

Algunos preservativos femeninos vienen prelubricados y otros vienen con un lubricante envasado por separado. Si una usuaria necesita lubricación adicional, también puede usar agua limpia, saliva o un lubricante acuoso, de glicol o de silicona. También puede usar productos oleosos, como el aceite de coco o la mantequilla con los preservativos femeninos de nitrilo o de poliuretano, pero no con los preservativos femeninos de látex, dado que el aceite daña al látex.

Ayuda a las usuarias continuas

Asegúrese de que la usuaria comprende cómo se usan correctamente

- Pídale a la usuaria que explique los 5 pasos básicos para el uso del preservativo femenino mientras manipula uno.
- Si tiene un modelo disponible, la usuaria puede practicar la colocación y la retirada del preservativo en el modelo.

Pregunte a la usuaria cuántos preservativos cree que necesitará hasta su próxima visita

- Suministre una buena cantidad de preservativos y si es posible, lubricante.
- Dígale a la usuaria dónde puede comprar preservativos femeninos, si fuera necesario.

Explique por qué es importante utilizar un nuevo preservativo en cada acto sexual

- Un solo acto sexual sin protección puede conllevar el embarazo, una ITS o a ambos.
- Si no utiliza un preservativo para un acto sexual, intente usarlo la próxima vez. Dejar de usarlos una o dos veces no significa que no tenga sentido seguir usándolos en el futuro.

Explique el uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Explique cómo se utilizan las PAU en caso de errores en el uso de los preservativos—incluido el hecho de no utilizar un preservativo—para ayudar a prevenir el embarazo (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49). Sumínístrele las PAU, si dispone de ellas.

Analice las maneras en que se puede hablar sobre el uso los preservativos.

- Analice las habilidades y técnicas para negociar el uso de los preservativos con las parejas (véase “Cómo hablar sobre el uso del preservativo”, p. 249).

Consejos para las nuevas usuarias

- Sugiera a la nueva usuaria que haga prácticas, poniéndose y quitándose el preservativo, antes de tener las siguientes relaciones sexuales. Haga hincapié en que con la práctica se consigue que sea más sencillo usar correctamente el preservativo. Es posible que la mujer tenga que usar el preservativo femenino varias veces antes de sentirse cómoda con él.
- Sugírela que pruebe diferentes posiciones para ver con cuál de ellas le resulta más fácil colocarlo.
- El preservativo femenino es resbaladizo. Algunas mujeres encuentran más fácil la colocación si se lo introducen lentamente, sobre todo las primeras veces.
- Si la usuaria está sustituyendo otro método anticonceptivo por el preservativo femenino, sugírela que siga usando el método anterior hasta que pueda usar el preservativo femenino con confianza.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquela a cada usuaria que puede volver cuando quiera—por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree estar embarazada—. También si:

- tiene dificultades para usar el preservativo femenino de manera correcta o cada vez que tiene relaciones sexuales;
- recientemente tuvo relaciones sexuales sin protección y quiere evitar el embarazo. Quizás podría usar las PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar los preservativos femeninos.
- Hablar sobre el uso del preservativo femenino y estar de acuerdo en emplearlo, conociendo perfectamente cómo se utiliza.
- Asegurarse de que lo usen en cada acto sexual y correctamente (por ejemplo, comprobando que introduce el pene dentro del preservativo y no entre el preservativo y pared vaginal).
- Ayudarla a que cuente con un suministro de preservativos a mano.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene PAU a mano en caso de que no se use el preservativo femenino o se utilice incorrectamente.

Repeat Visits

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con el método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si tiene problemas con el uso correcto de los preservativos femeninos y si los usa cada vez que tiene relaciones sexuales. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, a continuación).
3. Sumínistrelle más preservativos femeninos y aliéntela a que regrese para buscar más antes de que se le acaben. Recuérdele dónde más puede conseguir los preservativos femeninos.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento según proceda.

Manejo de problemas

Problemas con el uso

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los problemas con los preservativos afectan a la satisfacción de las usuarias y al uso del método. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria relata algún problema, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudarla a elegir otro método anticonceptivo—ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—, a no ser que se necesite los preservativos como protección frente a las ITS, incluida la infección por el VIH.

Dificultades para colocar el preservativo femenino

- Pregúntele a la usuaria cómo coloca el preservativo femenino. Si tiene un modelo disponible, pídale que haga una demostración y haga que practique con el modelo. Si no, pídale que haga la demostración usando las manos. Corrija cualquier error.

Aro interno incómodo o doloroso

- Sugírela que vuelva a colocarse el preservativo o que lo reposicione de modo que el aro interno quede bien colocado por detrás del hueso púbico.

El preservativo chirría o hace ruido durante el acto sexual

- Sugírela que agregue más lubricante en el interior del preservativo o en el pene.

El preservativo se sale, no se usa o se utiliza incorrectamente

- Las PAU pueden ayudar a prevenir el embarazo (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).
- Derívela para una posible profilaxis postexposición contra el VIH y un posible tratamiento de sospecha contra otras ITS (véase “Preservativos masculinos”, pregunta 7, p. 259). Si el usuario presenta signos o síntomas de ITS después de tener relaciones sexuales sin protección, evalúelo o derívelo.

- Si una usuaria relata que el preservativo femenino se resbala, puede que lo esté colocando incorrectamente. Pídale que le muestre cómo se está poniendo el preservativo, usando un modelo o haciendo una demostración con las manos. Corrija cualquier error.

Dificultad para persuadir a la pareja para que utilice preservativos o imposibilidad de usar un preservativo en cada acto sexual

- Analice las maneras en que puede hablar con su pareja sobre la importancia de usar los preservativos como protección frente al embarazo y las ITS. Véase “Preservativos masculinos, Dificultad para persuadir a la pareja para que utilice preservativos o imposibilidad de usar un preservativo en cada acto sexual”, p. 255.

Irritación leve en la vagina o el pene o a su alrededor (prurito, enrojecimiento o erupción)

- En general remite por sí sola, sin tratamiento.
- Sugírela que agregue más lubricante en el interior del preservativo o en el pene para reducir el roce que pueda producir irritación.
- Si los síntomas persisten, haga una evaluación para detectar una posible infección vaginal o ITS y trátela, si procede.
 - Si no hay ninguna infección, ayude a la usuaria a elegir otro método, a no ser que tenga riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH.
 - En el caso de las usuarias con riesgo de contraer ITS, incluida la infección por el VIH, sugiera el uso de los preservativos masculinos. Si no fuera posible utilizar preservativos masculinos, recomiende el uso continuo de preservativos femeninos a pesar de la incomodidad.
 - Si ninguno de los miembros de la pareja presenta una infección, una relación sexual de mutua fidelidad brinda protección contra las ITS sin necesidad del preservativo, pero no protege frente al embarazo.

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo.
- La mujer puede utilizar preservativos femeninos con seguridad durante el embarazo para tener una protección continua frente a las ITS.

New Problems That May Require Switching Methods

Severe allergic reaction to condom (hives or rash over much of body, dizziness, difficulty breathing, or loss of consciousness during or after condom use). See Appendix B – Signs and Symptoms of Serious Health Conditions.

- Tell the client to stop using latex condoms. Non-latex female condoms may be available.
- Refer for care, if necessary. Severe allergic reaction to latex could lead to life-threatening anaphylactic shock. Help the client choose another method.
- If the client or partner cannot avoid risk of STIs, suggest they use non-latex female condoms or plastic male condoms, if available. If neither partner has an infection, a mutually faithful sexual relationship provides STI protection without requiring condom use but does not protect against pregnancy.

Preguntas y respuestas sobre los preservativos femeninos

1. ¿Es difícil usar el preservativo femenino?

No, pero requiere práctica y paciencia. Véase “Consejos para nuevas usuarias”, p. 267.

2. ¿Los preservativos femeninos pueden prevenir efectivamente tanto el embarazo como las ITS, incluida la infección por el VIH?

Sí. Los preservativos femeninos ofrecen doble protección, tanto frente al embarazo como frente a las ITS, incluida la infección por el VIH, si se usan de manera correcta y sistemática. Sin embargo, muchas personas no usan los preservativos cada vez que tienen relaciones sexuales, o no lo usan de manera correcta. Esto reduce la protección tanto frente al embarazo como frente a las ITS.

3. ¿Pueden usarse al mismo tiempo un preservativo femenino y un preservativo masculino?

No. Los preservativos masculinos y femeninos no deben usarse juntos. Esto puede producir una fricción que haga que los preservativos se salgan o se rompan.

4. ¿Cuál es la mejor manera de asegurarse de que el pene se introduce en el preservativo y no fuera del preservativo?

Para evitar el uso incorrecto, el hombre o la mujer debe guiar cuidadosamente el pene y colocar la punta dentro del anillo externo del preservativo. Si el pene se introduce entre la pared de la vagina y el preservativo, el hombre deberá retirar el pene e intentarlo otra vez.

5. ¿Puede usarse el preservativo femenino más de una vez?

No se recomienda reutilizar el preservativo femenino. La reutilización de los preservativos femeninos actualmente disponibles no se ha probado suficientemente.

6. ¿Se puede usar el preservativo femenino mientras la mujer tiene la menstruación?

La mujer puede usar el preservativo femenino durante la menstruación. Sin embargo, el preservativo femenino no puede usarse al mismo tiempo que un tampón. Debe retirar el tampón antes de colocarse el preservativo femenino.

7. ¿No es el preservativo femenino demasiado grande para ser cómodo?

No. Los preservativos femeninos tienen la misma longitud que los masculinos, pero son más anchos. Son muy flexibles y se adaptan a la forma de la vagina. Los preservativos femeninos han sido cuidadosamente diseñados y probados para adaptarse a cualquier mujer, cualquiera que sea el tamaño de su vagina, y a cualquier hombre, independientemente del tamaño de su pene.

8. ¿Es posible que el preservativo femenino se pierda dentro del cuerpo de la mujer?

No. El preservativo femenino se mantiene en la vagina de la mujer hasta que se lo quita. No puede pasar por el cuello uterino de la mujer hacia el útero, ya que es demasiado grande para eso.

9. ¿Puede usarse el preservativo femenino en diferentes posiciones sexuales?

Sí. El preservativo femenino puede usarse en cualquier posición sexual.

Espermicidas y diafragmas

Espermicidas

Puntos clave para proveedores y usuarios

- Los espermicidas se introducen profundamente en la vagina poco antes de tener relaciones sexuales.
- Para conseguir la mayor efectividad, es necesario usarlos correctamente en cada acto sexual.
- Es uno de los métodos anticonceptivos menos efectivos.
- Pueden utilizarse como método anticonceptivo principal o como método de respaldo.

¿Qué son los espermicidas?

- Son sustancias que destruyen los espermatozoides y que se introducen profundamente en la vagina, cerca del cuello uterino.
 - El que más se utiliza es el nonoxinol-9.
 - Otros son el cloruro de benzalconio, la clorhexidina, el menfegol, el octoxinol-9 y el docusato de sodio.
- Se comercializan en comprimidos espumantes, óvulos, óvulos espumantes, espuma en aerosol (botes de espuma presurizada), película, gel y crema vaginales.
 - El gel, las cremas y las espumas en aerosol pueden utilizarse solos, con un diafragma o con preservativos.
 - Las películas, los óvulos, los comprimidos espumantes o los óvulos espumantes pueden usarse solos o con preservativos.
- Actúan rompiendo la membrana de los espermatozoides, destruyéndolos o reduciendo su movimiento. Esto evita que el espermatozoide entre en contacto con el óvulo.

¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende del usuario: El riesgo de embarazo aumenta si no se utilizan los espermicidas en cada acto sexual.

- Son uno de los métodos de planificación familiar menos efectivos.
- Tal como se utilizan comúnmente, en el primer año se producen cerca de 21 embarazos por cada 100 mujeres que utilizan espermicidas. Esto significa que 79 de cada 100 usuarias de espermicidas no se quedarán embarazadas.
- Cuando se utilizan correctamente en cada acto sexual, se registran durante el primer año cerca de 16 embarazos por cada 100 usuarias de espermicidas.

Recuperación de la fertilidad tras suspender el uso de espermicidas: Sin demora

Protección contra las infecciones de transmisión sexual (ITS): Ninguna. El uso frecuente de nonoxinol-9 puede aumentar el riesgo de infección por el VIH (véase la pregunta 3, p. 286).



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 283)

Algunos usuarios refieren que presentan:

- Irritación en la vagina o el pene o a su alrededor

Otros cambios físicos posibles:

- Lesiones vaginales

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo



Riesgos conocidos para la salud

Poco frecuentes:

- Infección urinaria, en especial cuando se usan espermicidas 2 o más veces al día

Raros:

- El uso frecuente de nonoxinol-9 puede aumentar el riesgo de infección por el VIH (véase la pregunta 3, p. 286).

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 286)

Espermicidas:

- No reducen las secreciones vaginales ni hacen que la mujer sangre durante las relaciones sexuales.
- No causan cáncer cervicouterino ni defectos congénitos.
- No protegen frente a las ITS.
- No modifican el deseo sexual del hombre ni el de la mujer ni reducen el placer sexual en la mayoría de los hombres.
- No interrumpen las menstruaciones de la mujer.

Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los espermicidas

- La mujer controla este método.
- No tienen efectos secundarios hormonales.
- Aumentan la lubricación vaginal.
- Pueden utilizarse sin necesidad de consultar a un proveedor de atención de salud.
- Pueden ponerse de antemano y por lo tanto no interrumpen las relaciones sexuales.

Quién puede y quién no puede utilizar espermicidas

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Espermicidas

Todas las mujeres pueden utilizar espermicidas con seguridad, excepto aquellas que:

- tienen alto riesgo de contraer la infección por el VIH;
- tienen una infección por el VIH.

Las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH o que ya la presentan deben usar otro método.

Suministro de espermicidas

Cuándo comenzar

- En cualquier momento en que la usuaria lo desee.

Explicación del uso de los espermicidas

Suministre el espermicida

- Suministre tanto espermicida como sea posible— incluso, si se puede, cantidad suficiente para un año—.

Explique cómo se debe introducir el espermicida en la vagina

1. Verifique la fecha de caducidad y evite usar espermicidas pasada esta fecha.
 - Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia.
2. Espuma o crema: Agite vigorosamente el bote de espuma. Vierta el espermicida del bote o el tubo en el aplicador de plástico. Introduzca profundamente el aplicador en la vagina, cerca del cuello uterino, y empuje el émbolo.

Comprimidos, óvulos, geles: Introduzca el espermicida profundamente en la vagina, cerca del cuello uterino, con un aplicador o con los dedos.

Película: Doble la película por la mitad e introdúzcala con los dedos secos (de otro modo la película se adherirá a los dedos y no al cuello uterino).

Explique cuándo se debe introducir el espermicida en la vagina

- Espuma o crema: En cualquier momento dentro de la hora previa a la relación sexual.
- Comprimidos, óvulos, geles, película: Entre 10 minutos y 1 hora antes de la relación sexual, dependiendo del tipo.

Explique cómo proceder en caso de múltiples actos sexuales

- Introduzca de nuevo espermicida antes de cada coito vaginal.

No se lave la vagina (ducha vaginal) después de tener relaciones sexuales

- La ducha vaginal no es recomendable porque arrastraría el gel y también porque aumenta el riesgo de contraer ITS.
 - Si tiene que hacerse una ducha vaginal, hágalo cuando hayan transcurrido al menos 6 horas después de la relación sexual.
-

Apoyo a las usuarias de espermicidas

Asegúrese de que la usuaria comprende cómo se usan correctamente

- Pídale a la usuaria que repita cómo y cuándo debe ponerse el espermicida.

Describa los efectos secundarios más frecuentes

- Prurito e irritación en la vagina o el pene o a su alrededor.

Explique el uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Explique cómo se usan las PAU en el caso de que el espermicida no se utilice en absoluto o si no se usa de forma correcta (véase "Píldoras anticonceptivas de urgencia", p. 49). Sumínístrele PAU, si dispone de ellas.

Explique cómo se conservan

- De ser posible, los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, que no reciba luz solar directa. Los óvulos pueden derretirse en climas calurosos. Si se mantienen secos, los comprimidos espumantes no tienen tanta tendencia a derretirse con el calor.

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar espermicidas o un diafragma con espermicida.
- Hablar sobre el uso de los espermicidas, conociendo perfectamente cómo se utilizan.
- Ayudarla a acordarse de usar los espermicidas o el diafragma con espermicida siempre.
- Ayudar a que tenga un suministro de espermicida a mano.
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a mano las PAU si no se usa el espermicida o el diafragma o si el diafragma se ha desplazado.
- Usar sistemáticamente preservativos además de los espermicidas o el diafragma con espermicida si el varón tiene una ITS o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

Diafragmas

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **El diafragma se introduce profundamente en la vagina antes de tener relaciones sexuales.** Cubre el cuello uterino. Los espermicidas brindan protección anticonceptiva adicional.
- **Antes de comenzar a utilizarlo puede ser necesaria una exploración ginecológica.** El proveedor debe seleccionar un diafragma que se ajuste adecuadamente.
- **Para conseguir la mayor efectividad, es necesario usarlos correctamente en cada acto sexual.**

¿Qué es el diafragma?

- Es un capuchón de látex blando que cubre el cuello uterino. También hay diafragmas de plástico y de silicona.
- El borde contiene un resorte firme y flexible que mantiene el diafragma en su lugar.
- Se utiliza con crema, gel o espuma espermicida para mejorar su efectividad.
- La mayoría de los diafragmas se comercializan en diferentes tamaños y requieren el ajuste por parte de un proveedor específicamente capacitado. Actualmente se está comercializando un diafragma de talla única, que no requiere acudir a un proveedor para que lo ajuste. (Véase la pregunta 9, p. 287.)
- Actúa impidiendo la entrada del esperma en el cuello uterino; el espermicida destruye o inactiva a los espermatozoides. Ambos impiden que los espermatozoides entren en contacto con el óvulo.

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando no se utiliza el diafragma con espermicida en cada acto sexual.

- Tal como se suele utilizar, se registran durante el primer año cerca de 17 embarazos por cada 100 usuarias del diafragma con espermicida. Significa esto que 83 de cada 100 usuarias del diafragma no se quedarán embarazadas.
- Cuando el diafragma con espermicida se utiliza correctamente en cada acto sexual, se registran durante el primer año cerca de 16 embarazos por cada 100 usuarias.

Recuperación de la fertilidad después de interrumpir el uso del diafragma: Sin demora

Protección contra las ITS: Puede brindar alguna protección contra ciertas ITS, pero no se debe confiar en él para la prevención de estas infecciones (véase la pregunta 8, p. 287).



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios (véase también “Manejo de problemas”, p. 283)

Algunos usuarios refieren que presentan:

- Irritación en la vagina o el pene o a su alrededor

Otros cambios físicos posibles:

- Lesiones vaginales

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo

Pueden ayudar a proteger contra:

- Algunas ITS (clamidiasis, gonorrea, enfermedad inflamatoria pélvica [infección del aparato genital femenino], tricomoniasis)
- Lesiones precancerosas y cáncer del cuello uterino

Riesgos conocidos para la salud

De frecuentes a poco frecuentes:

- Infección urinaria

Poco frecuentes:

- Vaginitis bacteriana
- Candidiasis

Raros:

- El uso frecuente del nonoxinol-9 puede aumentar el riesgo de infección por el VIH (véase la pregunta 3, p. 286).

Extremadamente raros:

- Síndrome de choque tóxico

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 286)

Diafragmas:

- No afectan a la sensación sexual. Unos pocos hombres refieren que sienten el diafragma durante las relaciones sexuales, pero la mayoría no lo sienten.
- El diafragma no puede pasar a través del cuello uterino. No puede entrar en el útero ni, de ningún modo, perderse en el cuerpo de la mujer.
- No causan cáncer cervicouterino.

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el diafragma

- Es un método que controla la mujer.
- No tiene efectos secundarios hormonales.
- Puede colocarse de antemano, por lo que no interrumpe las relaciones sexuales.

Quién puede y quién no puede utilizar diafragmas

Son seguros y adecuados para casi todas las mujeres

Casi todas las mujeres pueden utilizar el diafragma de manera segura y efectiva.

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Diafragmas

Haga a la usuaria las preguntas sobre afecciones médicas conocidas que se presentan a continuación. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la usuaria responde “no” a todas las preguntas, entonces puede comenzar a usar el diafragma si así lo desea. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos, aún puede comenzar a utilizar el diafragma. Estas preguntas también son aplicables al capuchón cervicouterino (véase la p. 289).

1. ¿Ha tenido recientemente un bebé o un aborto espontáneo o provocado en el segundo trimestre? Si es así, ¿cuándo?

- NO **SÍ** El diafragma no deberá ajustarse hasta que hayan transcurrido 6 semanas después del parto o del aborto en el segundo o tercer trimestre, hasta que el útero y el cuello uterino hayan recuperado su tamaño normal. Sumínistrelle un método de respaldo* para que lo utilice hasta entonces.

2. ¿Tiene alergia al látex?

- NO **SÍ** No debe usar un diafragma de látex. Puede usar un diafragma de plástico.

3. ¿Tiene una infección por el VIH? ¿Cree que tiene un alto riesgo de contraer la infección por el VIH? (Comente las circunstancias que hacen que una mujer tenga un alto riesgo de contraer la infección por el VIH —por ejemplo, que su pareja tenga la infección por el VIH—. [Véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, ¿quién está en riesgo?”, p. 330].

- NO **SÍ** No le suministre un diafragma. Para la protección frente al VIH, recomiende el uso de preservativos, tanto solos como asociados a otro método.

Las clasificaciones completas pueden consultarse en “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígale que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporciónele preservativos.

Uso del juicio clínico en casos especiales de uso del diafragma

Habitualmente, si una mujer cumple cualquiera de las condiciones que se indican a continuación no debería usar el diafragma. Sin embargo, en circunstancias especiales, cuando no se disponga de otro método anticonceptivo más apropiado o aceptable para ella, un proveedor cualificado podrá evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer y decidir si puede utilizar el diafragma con espermicida. El proveedor debe considerar la situación y la gravedad de la afección y, en lo que respecta a la mayoría de las afecciones, si la mujer tendrá acceso al seguimiento.

- Antecedentes de síndrome de choque tóxico
- Alergia al látex, especialmente si la reacción alérgica es leve (véase "Irritación leve en la vagina o el pene o a su alrededor o reacción alérgica leve a los preservativos", p. 255)
- Infección por el VIH

Suministro de diafragmas

Cuándo comenzar

Situación de la mujer	Cuándo comenzar
En cualquier momento	En cualquier momento <ul style="list-style-type: none">• Si ha tenido un parto a término o un aborto espontáneo o provocado en el segundo o tercer trimestre hace menos de 6 semanas, suminístrele un método de respaldo* para que lo utilice, si es necesario, hasta que hayan pasado 6 semanas.
Consejo especial para las mujeres que sustituyen otro método por el diafragma	<ul style="list-style-type: none">• Sugíerale que utilice el diafragma durante un tiempo junto con el otro método. De este modo puede, de manera segura, ganar confianza en que puede usar el diafragma de modo correcto.

* Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido). Dígame que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, proporcíonele preservativos.

Explicación del procedimiento de ajuste

Aprender a ajustar el diafragma requiere capacitación y práctica. Por lo tanto, esta descripción es un resumen y no incluye instrucciones detalladas.

1. El proveedor utiliza procedimientos apropiados de prevención de infecciones (véase “Prevención de infecciones en el consultorio”, p. 376).
2. La mujer se recuesta como para una exploración ginecológica.
3. El proveedor verifica las circunstancias o afecciones que podrían impedir el uso del diafragma, tales como el prolapso uterino.
4. El proveedor introduce los dedos índice y medio en la vagina para determinar el tamaño correcto de diafragma.
5. El proveedor introduce un diafragma especial de ajuste en la vagina de la mujer para que cubra el cuello uterino. Luego, el proveedor comprueba la ubicación del cuello uterino y se asegura de que el diafragma quede adecuadamente ajustado y no se salga con facilidad.
6. El proveedor le da a la mujer un diafragma que se ajusta adecuadamente y suficiente espermicida para que lo use con el diafragma, y le enseña a utilizarlo correctamente (véase “Explicación del uso del diafragma”, a continuación).

Con el diafragma adecuadamente ajustado y colocado, la usuaria no debería sentir nada dentro de la vagina, ni siquiera mientras camina o durante la relación sexual.

Explicación del uso del diafragma

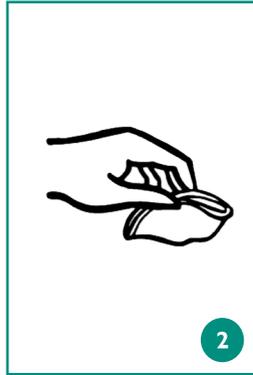
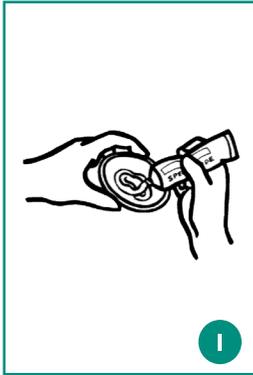
IMPORTANTE: Cuando sea posible, muestre a la mujer la ubicación del hueso púbico y del cuello uterino mediante un modelo o una ilustración. Explíquelo que el diafragma se introduce por detrás del hueso púbico y que cubre el cuello uterino.

Explique los 5 pasos básicos para el uso del diafragma

Pasos básicos	Detalles importantes
1. Vierta una cucharada de crema, gel o espuma espermicida dentro del diafragma y alrededor del borde	<ul style="list-style-type: none">• Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia.• Revise el diafragma, sosteniéndolo frente a la luz, para confirmar que no presente agujeros, grietas ni desgarros.• Verifique la fecha de caducidad del espermicida y evite usarlo pasada esta fecha.
2. Presione el borde del diafragma para doblarlo por la mitad; introdúzcalo en la vagina tan profundo como pueda	<ul style="list-style-type: none">• Introduzca el diafragma menos de 6 horas antes de tener relaciones sexuales.• Para introducirlo, elija una posición que le resulte cómoda: en cuclillas, levantando una pierna, sentada o acostada.

3. Toque el diafragma para asegurarse de que cubre el cuello uterino

- Al tocar la cúpula del diafragma, el cuello uterino se percibe como la punta de la nariz.
- Si el diafragma no resulta cómodo, retírelo y colóquelo otra vez.



4. Manténgalo colocado por lo menos durante 6 horas después de la relación sexual

- Mantenga el diafragma colocado por lo menos durante 6 horas después de la relación sexual, pero no durante más de 24 horas.
- *Dejar colocado el diafragma durante más de un día puede aumentar el riesgo de síndrome de choque tóxico. También puede causar mal olor y flujo vaginal. (El olor y la secreción vaginal desaparecen por sí solos tras retirar el diafragma.)*
- Si va a tener múltiples actos sexuales, asegúrese de que el diafragma se encuentra en la posición correcta e introduzca de nuevo espermicida en el frente del diafragma antes de cada acto sexual.

5. Para retirarlo, deslice un dedo por debajo del borde del diafragma y tire de él hacia abajo y hacia afuera

- Si es posible, lávese las manos con jabón neutro y agua limpia.
- Introduzca un dedo en la vagina hasta que sienta el borde del diafragma.
- Con suavidad deslice un dedo por debajo del borde y tire del diafragma hacia abajo y hacia afuera. Tenga cuidado de no romper el diafragma con la uña.
- Lave el diafragma con jabón neutro y agua limpia y séquelo después de cada uso.

Ayuda a la usuaria del diafragma

Asegúrese de que la usuaria comprende cómo se utiliza correctamente

- Pídale a la usuaria que repita cómo y cuándo debe ponerse y quitarse el diafragma.

Explíquele que el uso se vuelve más sencillo con la práctica

- La colocación y extracción del diafragma se hacen más fáciles con la práctica.

Describe los efectos secundarios más frecuentes

- Prurito e irritación en la vagina o el pene o a su alrededor.

Explique el uso de las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Explíquele cómo se usan las PAU si el diafragma se sale de su lugar o si no se usa de forma correcta (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49). Sumínistrelas PAU, si dispone de ellas.

Explique cómo se sustituye el diafragma

- Cuando el diafragma se adelgaza, presenta agujeros o se vuelve rígido, no debe usarse más y es preciso sustituirlo. La mujer debe obtener un nuevo diafragma cada 2 años aproximadamente.

Consejos para usuarias de espermicidas o del diafragma con espermicida

- De ser posible, los espermicidas deben guardarse en un lugar fresco y seco, que no reciba luz solar directa. Los óvulos pueden derretirse en climas calurosos. Si se mantienen secos, los comprimidos espumantes no presentan tanta tendencia a derretirse con el calor.
- Si es posible, se debe guardar el diafragma en un lugar fresco y seco.
- Si la mujer ha tenido un bebé o un aborto espontáneo o provocado en el segundo trimestre, necesitará usar un nuevo diafragma ajustado.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquele a cada usuaria que puede volver cuando quiera—por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree estar embarazada—.

Consejo general de salud

Cualquier mujer que repentinamente sienta que tiene un problema de salud grave debe buscar de inmediato atención médica de una enfermera o un médico. Lo más probable es que el método anticonceptivo no sea la causa de esa afección, pero debe indicar al personal de enfermería o al médico el método que está utilizando.

Ayuda a la usuaria continua

1. Pregunte a la usuaria cómo le va con su método y si está satisfecha. Pregúntele si tiene alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúntele si tiene problemas con el uso correcto del método y cada vez que tiene relaciones sexuales. Dele toda la información o ayuda que necesite (véase “Manejo de problemas”, a continuación).
3. Dele más suministros y aliéntela a que regrese a por más antes de que se le acaben los que tiene. Recuérdele en qué otro lugar puede obtener más espermicida si lo necesita.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún problema de salud nuevo desde la última consulta. Aborde los problemas según proceda. En lo que respecta a nuevos problemas de salud que pueden requerir un cambio de métodos anticonceptivos, véase la p. 285.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades —en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento pertinente.

Manejo de problemas

Problemas referidos como efectos secundarios o problemas con el uso

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

- Los efectos secundarios o problemas con los espermicidas o diafragmas afectan a la satisfacción de la mujer y al uso del método. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere efectos secundarios o problemas, escuche sus inquietudes, asesórela, apóyela y, si procede, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo—ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.

Dificultad para introducir o retirar el diafragma

- Aconséjela sobre cómo debe colocarse y quitarse el diafragma. Pídale que se coloque y se quite el diafragma en el consultorio. Verifique su ubicación después de que ella lo coloque. Corrija cualquier error.

Incomodidad o dolor con el uso del diafragma

- Un diafragma demasiado grande puede causar molestias. Verifique si el diafragma se ajusta bien.
 - Si es demasiado grande, colóquelo un diafragma más pequeño.
 - Si el ajuste parece apropiado y dispone de diferentes tipos de diafragmas, pruebe un diafragma diferente.
- Pídale que se coloque y se quite el diafragma en el consultorio. Verifique la colocación del diafragma después de que la usuaria lo inserte. Aconséjela si procede.
- Compruebe si hay lesiones vaginales:

- Si existen lesiones o úlceras vaginales, sugiérale que use otro método temporalmente (preservativos o anticonceptivos orales) y suminístreselos. Las lesiones se irán por sí solas si pasa a utilizar otro método anticonceptivo.
- Haga una evaluación para determinar si hay una infección vaginal o una infección de transmisión sexual (ITS). Trátela o dérivela para su tratamiento, si procede.

Irritación en la vagina o el pene o a su alrededor (la usuaria o su pareja tiene prurito, erupción o irritación que dura un día o más)

- Compruebe si hay infección vaginal o ITS. Trátela o dérivela para su tratamiento, si procede.
- Si no hay ninguna infección, sugiérale que pruebe un tipo o una marca diferente de espermicida.

Infección urinaria (ardor o dolor al orinar, micción frecuente en pequeñas cantidades, sangre en la orina, dolor de espalda)

- Trátela con cotrimoxazol en dosis de 240 mg por vía oral una vez al día durante 3 días, o trimetoprim en dosis de 100 mg por vía oral una vez al día durante 3 días, o nitrofurantoína en dosis de 50 mg por vía oral dos veces al día durante 3 días.
- Si la infección se repite, considere la posibilidad de reajustar el diafragma y proporcionarle uno más pequeño.

Vaginosis bacteriana (flujo vaginal anormal, de color blanco o gris y con olor desagradable; también puede tener sensación de ardor al orinar o prurito alrededor de la vagina)

- Trátela con 2 g metronidazol por vía oral en una dosis única o metronidazol en dosis de 400-500 mg por vía oral dos veces al día durante 7 días.

Candidiasis (flujo vaginal anormal blanco que puede ser acuoso o espeso y grumoso; también puede presentar ardor al orinar o enrojecimiento y prurito alrededor de la vagina)

- Trátela con 150 mg de fluconazol por vía oral en una dosis única, miconazol en óvulo vaginal de 200 mg una vez al día durante 3 días, o clotrimazol en comprimidos vaginales de 100 mg dos veces al día durante 3 días.
- Los óvulos de miconazol tienen una base oleosa y pueden debilitar el diafragma de látex. Las mujeres que utilizan miconazol por vía vaginal no deben usar diafragmas o preservativos de látex durante el tratamiento. Pueden usar el preservativo masculino o femenino de plástico u otro método hasta que concluya el tratamiento (El tratamiento por vía oral no daña al látex).

Sospecha de embarazo

- Haga una evaluación para detectar un posible embarazo.
- No existen riesgos conocidos para el feto concebido mientras la mujer está usando espermicidas.

Nuevos problemas que pueden requerir un cambio de método anticonceptivo

Pueden, o no, deberse al método anticonceptivo.

Infecciones urinarias o infecciones vaginales recidivantes (como la vaginosis bacteriana o la candidiasis)

- Considere la posibilidad de reajustar el diafragma y proporcionarle uno más pequeño.

Alergia al látex (enrojecimiento, prurito, erupción o hinchazón de los genitales, las ingles o los muslos [reacción leve]; o urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad respiratoria, pérdida del conocimiento [reacción grave])

- Dígale a la usuaria que deje de usar el diafragma de látex. Dele un diafragma de plástico, si dispone de él, o ayúdela a elegir otro método, pero que no sean los preservativos de látex.

Síndrome de choque tóxico (fiebre alta repentina, erupción corporal, vómitos, diarrea, mareos, dolor de garganta y dolores musculares). Véase “Signos y síntomas de afecciones graves”, p. 384.

- Trátela o derivela para su diagnóstico y tratamiento inmediatos. El síndrome del choque tóxico puede poner en peligro la vida.
- Dígale a la usuaria que deje de usar el diafragma. Ayúdela a elegir otro método, pero que no sea el capuchón cervicouterino.

Preguntas y respuestas sobre los espermicidas y los diafragmas

1. ¿Los espermicidas causan defectos congénitos? ¿Se dañará al feto si una mujer accidentalmente utiliza espermicidas estando embarazada?

No. Hay evidencias convincentes de que los espermicidas no causarán defectos congénitos ni dañarán de ningún modo al feto si la mujer se queda embarazada mientras los está utilizando o si comienza accidentalmente a usarlos cuando ya está embarazada.

2. ¿Los espermicidas causan cáncer?

No, los espermicidas no causan cáncer.

3. ¿Los espermicidas aumentan el riesgo de infección por el VIH?

Las mujeres que usan nonoxinol-9 varias veces al día pueden tener mayor riesgo de infección por el VIH. Los espermicidas pueden causar irritación vaginal, la cual puede causar pequeñas lesiones en el revestimiento de la vagina o en los genitales externos. Estas lesiones pueden hacer que la mujer sea más propensa a contraer la infección por el VIH. En estudios que indican que el uso de espermicidas aumenta el riesgo de infección por el VIH se incluyó a mujeres que utilizaban espermicidas varias veces al día. Las mujeres que tengan múltiples relaciones sexuales al día deben utilizar otro método anticonceptivo. Sin embargo, en un estudio realizado en mujeres que utilizaban nonoxinol-9 un promedio de 3 veces a la semana, no se encontró un incremento del riesgo de infección por el VIH en las usuarias del espermicida en comparación con las mujeres que no usaban espermicidas. Es probable que se pueda disponer en un futuro de nuevos espermicidas que sean menos irritantes.

4. ¿El diafragma resulta incómodo para la mujer?

No, siempre que se adapte y coloque correctamente. En general, la mujer y su pareja no sienten el diafragma durante las relaciones sexuales. El proveedor selecciona el diafragma del tamaño adecuado para cada mujer, de modo que se adapte bien y no le duela. Si le resulta incómodo, la mujer deberá volver para que el proveedor verifique el ajuste del diafragma y se asegure de que la mujer lo coloca y retira correctamente.

5. Si la mujer utiliza sin espermicidas el diafragma, ¿este seguirá previniendo el embarazo?

No existe suficiente evidencia para afirmarlo con seguridad. En unos pocos estudios se ha observado que las usuarias del diafragma tienen mayores tasas de embarazo cuando no usan un espermicida con el diafragma. Por lo tanto, no se recomienda utilizar el diafragma sin espermicida.

6. ¿La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día?

Sí, pero no es recomendable hacerlo. La mujer puede dejarse colocado el diafragma todo el día si no puede colocárselo poco antes de tener relaciones sexuales. Sin embargo, no deberá dejárselo colocado durante más de 24 horas, ya que puede aumentar el riesgo de síndrome de choque tóxico. Esto puede aumentar el riesgo de padecer un síndrome de choque tóxico.

7. ¿Se pueden utilizar lubricantes con el diafragma?

Sí, pero si el diafragma es de látex solo se pueden utilizar lubricantes acuosos o de silicona. Los productos fabricados con aceite no pueden usarse como lubricantes, dado que dañan el látex. Los materiales que no deben usarse con el diafragma de látex son los siguientes: cualquier aceite (para cocinar, para niños, de coco, mineral), vaselina, lociones, cremas frías, mantequilla, manteca de cacao y margarina. Los lubricantes oleosos no dañan el diafragma de plástico. En general, los espermicidas brindan suficiente lubricación a las usuarias de diafragmas.

8. ¿El diafragma ayuda a proteger a la mujer de las ITS y la infección por el VIH?

Las investigaciones indican que el diafragma puede ayudar a proteger de algún modo contra infecciones del cuello uterino como la gonorrea y la clamidiasis. En algunos estudios también se ha observado que puede ayudar a proteger frente a la enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) y la tricomoniasis. Se están realizando estudios para evaluar si la incorporación de un microbicida en el diafragma ayudaría a prevenir la infección por el VIH y otras ITS. En la actualidad, solo se recomiendan los preservativos masculinos y femeninos para la protección frente a la infección por el VIH y otras ITS.

9. ¿Hay un diafragma nuevo que no requiera ajuste?

Sí. Se ha desarrollado el diafragma SILCS, de talla única, para adaptarse a la mayoría de las mujeres sin que haya necesidad de un proveedor específicamente capacitado para ajustar el diafragma. Está hecho de silicona, puede ser más fácil de manejar y más cómodo que los diafragmas de látex convencionales. Se ha registrado con el nombre comercial de Caya en más de 3 docenas de países. Se usa con un gel espermicida y su protección es similar a la de los diafragmas convencionales.

10. ¿Qué es la esponja anticonceptiva vaginal y cuán efectiva es?

La esponja anticonceptiva vaginal es de plástico y contiene espermicidas. Se humedece con agua y se introduce en la vagina de manera que descansa contra el cuello uterino. Cada esponja puede utilizarse una sola vez. Su disponibilidad en el mercado es escasa.

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando la mujer no utiliza la esponja en cada acto sexual.

Mujeres que han dado a luz:

- Tal como se suele utilizar, es uno de los métodos anticonceptivos menos efectivos.
- Tal como suele usarse, durante el primer año se registran cerca de 32 embarazos por cada 100 usuarias de la esponja vaginal anticonceptiva.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se registran durante el primer año cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres.

Mayor efectividad en las mujeres que nunca han dado a luz:

- Tal como se suele utilizar, se registran durante el primer año cerca de 16 embarazos por cada 100 usuarias de la esponja vaginal anticonceptiva.
- Cuando se usa de manera correcta en cada acto sexual, se registran en el primer año cerca de 9 embarazos por cada 100 mujeres.

Capuchones cervicouterinos

Puntos clave para proveedores y usuarias

- El capuchón cervicouterino se coloca profundamente en la vagina antes de las relaciones sexuales. Cubre el cuello uterino.
- Para conseguir la mayor efectividad, es necesario usarlo correctamente en cada acto sexual.
- Se utiliza con espermicidas para mejorar la efectividad.

¿En qué consiste el capuchón cervicouterino?

- Es un dispositivo en forma de copa o taza profunda, de consistencia blanda, de látex o goma de silicona, que se ajusta cómodamente al cuello uterino, recubriéndolo.
- Se comercializa en distintos tamaños, y es necesario que un proveedor específicamente capacitado para ajustarlo.

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo tiene lugar cuando el capuchón cervicouterino con espermicida no se utiliza en todos los actos sexuales.

Mujeres que han dado a luz:

- Tal como se utiliza comúnmente, es uno de los métodos menos efectivos.
- Tal como se suele utilizar, se registran durante el primer año cerca de 32 embarazos por cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino con espermicida. Esto significa que 68 de cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino no se quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza correctamente en cada acto sexual, se registran durante el primer año cerca de 26 embarazos por cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino.

Es más efectivo en las mujeres que nunca han dado a luz:

- Tal como se suele utilizar, se registran durante el primer año cerca de 16 embarazos por cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino con espermicida. Esto significa que 84 de cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino no se quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza correctamente en cada acto sexual, se registran durante el primer año cerca de 9 embarazos por cada 100 usuarias del capuchón cervicouterino.

Recuperación de la fertilidad tras dejar de usar el capuchón cervicouterino: Sin demora
Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Los mismos que para los diafragmas (véase “Diafragmas, Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud”, p. 277).

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Capuchones cervicouterinos

Plántele a la usuaria las preguntas de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de diafragmas (véase la p. 278). Hágle también la siguiente pregunta sobre afecciones conocidas. No es necesario hacer exploraciones ni pruebas. Si la respuesta a esta pregunta y a las relativas al diafragma es “no”, entonces puede comenzar a utilizar el capuchón cervicouterino si quiere. Si contesta “sí” a alguna pregunta, siga las instrucciones. En algunos casos aún podrá comenzar a utilizar el capuchón cervicouterino.

1. ¿Ha sido o será próximamente tratada por presentar lesiones precancerosas cervicouterinas (neoplasia intraepitelial cervicouterina) o cáncer cervicouterino?

- NO **SÍ** No le suministre el capuchón cervicouterino.

Para consultar las clasificaciones completas, véase “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Asegúrese de explicar los beneficios y riesgos para la salud y los efectos secundarios del método que la mujer vaya a utilizar. Cuando sea pertinente para la usuaria, mencione también cualquier afección que pueda hacer que el método no sea recomendable.

Suministro de los capuchones cervicouterinos

El suministro del capuchón cervicouterino es similar al de los diafragmas (véase la p. 279); la ayuda a la usuaria es similar a la que se brinda a las usuarias del diafragma (véase la p. 283). Estas son las diferencias:



Colocación

- Llene una tercera parte del capuchón con crema, gel o espuma espermicida.
- Presione el borde del capuchón alrededor del cuello uterino hasta que esté completamente cubierto, presionando suavemente la cúpula para aplicar succión y sellar el capuchón.
- Introduzca el capuchón cervicouterino en cualquier momento dentro de las 42 horas anteriores a las relaciones sexuales.

Extracción

- Deje colocado el capuchón cervicouterino durante un mínimo de 6 horas después de la última eyaculación de la pareja, pero sin que transcurran más de 48 horas desde el momento en que lo colocó.
- Si el capuchón se deja colocado durante más de 48 horas, puede aumentar el riesgo de síndrome de choque tóxico y producir mal olor y flujo vaginal.
- Incline los costados del borde del capuchón para que deje de estar sellado contra el cuello uterino, luego tire suavemente del capuchón hacia abajo y fuera de la vagina.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren la cooperación del hombre.** Ambos miembros de la pareja deben comprometerse a mantener la abstinencia o a usar otro método anticonceptivo durante los días fértiles.
- **Se debe estar atento a los cambios que se producen en el cuerpo o llevar la cuenta de los días, según las reglas de cada método específico.**
- **No tienen efectos secundarios ni riesgos para la salud.**

¿En qué consisten los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

- “Conocimiento de la fertilidad” significa que la mujer sabe determinar cuándo empieza y termina el período fértil de su ciclo menstrual. (El período fértil es cuando puede quedarse embarazada.)
- Algunas veces recibe el nombre de abstinencia periódica o planificación familiar natural.
- La mujer puede usar varios métodos, solos o combinados, para determinar cuándo comienza y termina su período fértil.
- *Los métodos basados en el calendario* implican llevar la cuenta de los días del ciclo menstrual para identificar el comienzo y el final del período fértil.
 - Ejemplos: El método de los días fijos, según el cual se deben evitar las relaciones sexuales sin protección entre los días 8 y 19 del ciclo menstrual, y el llamado método del ritmo o del calendario.
- *Los métodos basados en los síntomas* dependen de la observación de los signos de fertilidad.
 - Secreciones cervicouterinas: Cuando la mujer ve o percibe secreciones cervicouterinas, puede encontrarse en el período fértil. Puede que solo sienta cierta humedad vaginal.
 - Temperatura corporal basal: La temperatura corporal en reposo de la mujer aumenta levemente después de la liberación de un óvulo (ovulación). No es probable que se quede embarazada desde 3 días después de este ascenso de la temperatura hasta que comienza la próxima menstruación. La temperatura se mantiene elevada hasta el inicio de la próxima menstruación.

- Ejemplos: El método de los dos días, el método de la temperatura corporal basal y el método de la ovulación (también conocido como método Billings o método del moco cervicouterino) y el método sintotérmico, basado en los síntomas y la temperatura.
- Actúan principalmente ayudando a la mujer a saber cuándo puede quedarse embarazada. Ambos miembros de la pareja previenen el embarazo evitando tener relaciones sexuales vaginales sin protección durante estos días féconds — generalmente mediante la abstinencia o utilizando preservativos o un diafragma. Algunas parejas utilizan espermicidas o el retiro (coito interrumpido), pero estos métodos anticonceptivos se encuentran entre los menos efectivos.



¿Cuán efectivos son?

La efectividad depende de la usuaria: El riesgo de embarazo es mayor cuando las parejas tienen relaciones sexuales en los días fértiles sin utilizar otro método anticonceptivo.

- Tal como se suele utilizar, durante el primer año se registran cerca de 15 embarazos por cada 100 mujeres que usan la abstinencia periódica. Esto significa que 85 de cada 100 mujeres que confían en la abstinencia periódica no se quedarán embarazadas. La mayoría de las parejas de este estudio estaban usando el método del ritmo o del calendario.
- Las tasas de embarazo cuando se utilizan sistemática y correctamente varían según los diferentes tipos de métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (véase el cuadro siguiente). Estas tasas reflejan la experiencia de parejas que se ofrecieron voluntariamente a usar estos métodos anticonceptivos en proyectos de investigación (véase la pregunta 3, p. 306). No se dispone de datos fiables sobre las tasas de eficacia del método del ritmo o del calendario ni del método de la temperatura corporal basal.
- En general, la abstinencia durante el período fértil es más efectiva que el uso de otro método anticonceptivo en el período fértil.

Método	Embarazos por 100 mujeres durante el primer año de uso	
	Uso sistemático y correcto	Uso habitual
Métodos basados en el calendario		
Método de los días fijos	5	12
Métodos basados en los síntomas		
Método de los dos días	4	14
Método de la ovulación	3	23
Método sintotérmico	<1	2

Recuperación de la fertilidad tras dejar de usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Sin demora

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

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno

Beneficios conocidos para la salud

Ayudan a proteger contra:

- Riesgos de embarazo

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Por qué algunas mujeres dicen que les gustan los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- No tienen efectos secundarios.
- No es necesario realizar ningún procedimiento y, en general, no requieren de suministros.
- Ayudan a las mujeres a conocer su propio cuerpo y su fertilidad.
- Permite que algunas parejas observen sus normas religiosas o culturales sobre la anticoncepción.
- Pueden ser utilizados para identificar los días fértiles, tanto por mujeres que quieren quedarse embarazadas como por mujeres que desean evitar el embarazo.

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 305)

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

- Pueden ser efectivos si se usan sistemática y correctamente.
- No requieren que la mujer esté alfabetizada o tenga un nivel educativo avanzado.
- No provocan ningún daño al hombre que se abstiene de tener relaciones sexuales.
- No funcionan cuando una pareja se equivoca respecto a cuándo es el período fértil de la mujer (por ejemplo, cuando se cree que el período fértil tiene lugar durante la menstruación).

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad para las mujeres con infección por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH o que sigan tratamiento antirretroviral (ARV) pueden usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad con seguridad.
- Recomiende a estas mujeres que utilicen preservativos junto con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.

Quiénes pueden utilizar los métodos basados en el calendario

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Métodos basados en el calendario

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en el calendario.

No hay ninguna afección que impida utilizar estos métodos, aunque hay algunas que pueden hacer más difícil utilizarlos de manera efectiva.

Cautela quiere decir que quizá sea necesario proporcionar asesoramiento adicional o especial para conseguir que el método se utilice correctamente.

Demorar significa que el uso de un determinado método basado en el conocimiento de la fertilidad debe postergarse hasta que la situación o afección de la mujer se haya evaluado o corregido. Proporciónese a la usuaria otro método para que lo utilice hasta que pueda comenzar a usar un método basado en el calendario.

En la siguiente situación, use con **cautela** los métodos basados en el calendario:

- Los ciclos menstruales son irregulares (Por ejemplo, las irregularidades del ciclo menstrual son frecuentes en las mujeres jóvenes en los primeros años después de su primera menstruación y en las mujeres mayores que se están acercando a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil).

En las siguientes situaciones, **postergue** el inicio del uso de los métodos basados en el calendario:

- La mujer ha dado recientemente a luz o está amamantando. (**Postergue** hasta que haya tenido al menos 3 ciclos menstruales y los ciclos vuelvan a ser regulares. Durante varios meses después de que se hayan restablecido los ciclos regulares, use estos métodos con **cautela**.)
- La mujer ha tenido recientemente un aborto espontáneo o provocado. (**Postergue** hasta el inicio de la próxima menstruación.)
- Sangrado vaginal irregular. (**Postergue** hasta que los ciclos se hayan vuelto más regulares.)

En la siguiente situación, **postergue** o use con **cautela** los métodos basados en el calendario:

- La mujer toma medicamentos que pueden hacer que el ciclo menstrual sea irregular (por ejemplo, ciertos antidepresivos, medicamentos para la tiroides, uso prolongado de ciertos antibióticos o uso prolongado de cualquier antiinflamatorio no esteroideo, como el ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno).



Provisión de los métodos basados en el calendario

Cuándo comenzar

Una vez capacitados, la mujer o ambos miembros de la pareja generalmente pueden comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en cualquier momento. A los usuarios que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen mientras tanto.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Tiene ciclos menstruales regulares

En cualquier momento del mes

- No es necesario esperar a que comience la próxima menstruación.

Ausencia de menstruación

- Demore el uso de métodos basados en el calendario hasta que se restablezca la menstruación.

Después de un parto (esté amamantando o no)

- Demore el uso del método de los días fijos hasta que la mujer haya tenido 4 ciclos menstruales y el último haya sido 26-32 días atrás.
- Los ciclos regulares se restablecerán más tarde en las mujeres que están amamantando que en las mujeres que no están amamantando.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- Demore el uso del método de los días fijos hasta que comience la próxima menstruación; entonces la mujer puede comenzar a usarlo, siempre que no tenga algún sangrado debido a una lesión del aparato genital.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Demore el inicio del uso del método de los días fijos hasta que comience la próxima menstruación.
- Si está cambiando de método y el anterior eran anticonceptivos inyectables, retrase el inicio del método de los días fijos al menos hasta cuando le hubiera correspondido ponerse la próxima inyección, y luego comience con este método al principio de la próxima menstruación.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Demore el inicio del uso del método de los días fijos hasta que comience la próxima menstruación.

Explique cómo se utilizan los métodos basados en el calendario

Método de los días fijos

IMPORTANTE: Una mujer puede usar el método de los días fijos si la mayoría de sus ciclos menstruales duran de 26 a 32 días. Si en un año tiene más de 2 ciclos de mayor o menor duración, el método de los días fijos será menos efectivo y es posible que necesite elegir otro método.

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual

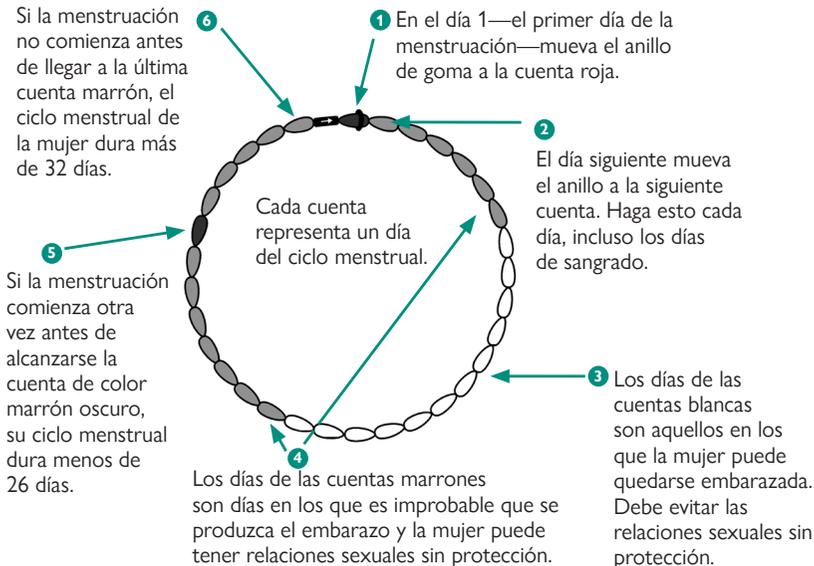
- La mujer lleva la cuenta de los días de su ciclo menstrual, contando el primer día de la menstruación como día 1.

Evite tener relaciones sexuales sin protección los días 8-19

- Para todas las usuarias del método de los días fijos, se considera que el período fértil está comprendido entre los días 8 y 19 de cada ciclo.
- La pareja evita las relaciones sexuales vaginales o utiliza preservativos o un diafragma entre los días 8 y 19. Podrán usar también el coito interrumpido o espermicidas, pero estos métodos son menos efectivos.
- La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en el resto de días del ciclo: días 1 a 7 al principio del ciclo, y del día 20 hasta que comience la siguiente menstruación.

Si es necesario, utilice métodos que le ayuden a recordar

- La pareja puede utilizar CycleBeads, un collar de cuentas con un código de color que indica los días fértiles y no fértiles del ciclo, o puede usar un calendario u otro método que les ayude a recordar.



Método del ritmo o del calendario

Lleve la cuenta de los días del ciclo menstrual

- Antes de confiar en este método, la mujer debe registrar el número de días de cada ciclo menstrual durante 6 meses como mínimo. El primer día de la menstruación siempre se cuenta como día 1.

Calcule el período fértil

- La mujer debe restar 18 de la duración del ciclo más corto registrado. Esto le dice cuál es el primer día aproximado de su período fértil. Después debe restar 11 días del ciclo más prolongado registrado. Esto le dice cuál es el último día aproximado de su período fértil.

Evite tener relaciones sexuales sin protección durante el período fértil

- Durante el período fértil, la pareja evita las relaciones sexuales vaginales, o usa preservativos o un diafragma. También pueden utilizar el coito interrumpido o espermicidas, pero estos métodos son menos efectivos.

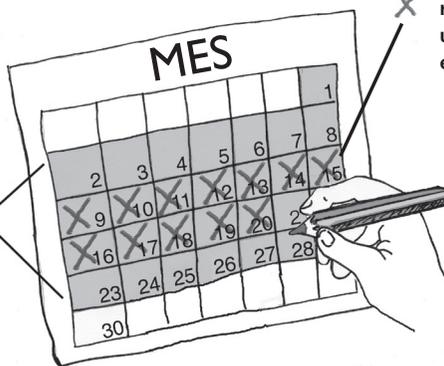
Actualice los cálculos mensualmente

- La mujer debe actualizar estos cálculos cada mes, siempre utilizando los 6 ciclos más recientes.

Ejemplo:

- Si el más corto de sus 6 últimos ciclos fue de 27 días, $27 - 18 = 9$. Tiene que empezar a evitar las relaciones sexuales sin protección en el día 9.
- Si el más largo de sus 6 últimos ciclos fue de 31 días, $31 - 11 = 20$. La mujer puede volver a tener relaciones sexuales sin protección en el día 21.
- Por lo tanto, debe evitar las relaciones sexuales sin protección desde el día 9 hasta el día 20 de su ciclo.

Si los 6 últimos ciclos fueron de 27-31 días...



... evite tener relaciones sexuales o utilice otro método en los días 9-20.

Quién puede usar los métodos basados en los síntomas

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de Métodos basados en los síntomas

Todas las mujeres pueden utilizar métodos basados en los síntomas.

No hay ninguna afección que impida utilizar estos métodos, aunque algunas pueden hacer que sea más difícil utilizarlos de manera efectiva.

Cautela quiere decir que quizá sea necesario proporcionar asesoramiento adicional o especial para conseguir que el método se utilice correctamente.

Demorar significa que el uso de un determinado método basado en el conocimiento de la fertilidad debe postergarse hasta que la situación o afección de la mujer se haya evaluado o corregido. Proporciónale a la usuaria otro método para que lo utilice hasta que pueda comenzar a usar un método basado en los síntomas.

En las siguientes situaciones, use **cautela** con los métodos basados en los síntomas:

- Aborto espontáneo o provocado reciente.
- Ciclos menstruales que acaban de empezar o que se han vuelto menos frecuentes o se han interrumpido debido a la edad. (Las irregularidades del ciclo menstrual son frecuentes en las mujeres jóvenes en los primeros meses después de la primera menstruación y en las mujeres mayores que se están acercando a la menopausia. Puede resultar difícil identificar el período fértil.)
- Afección crónica que eleva la temperatura corporal (en el caso del método de la temperatura basal y el método basado en los síntomas y la temperatura [método sintotérmico]).

En las siguientes situaciones, **demore** el inicio del uso de métodos basados en los síntomas:

- Parto reciente o lactancia materna en curso. (**Demore** hasta que se hayan restablecido las secreciones normales: esto suele ocurrir al menos 6 meses después del nacimiento en las mujeres que amamantan y al menos 4 semanas después del parto en las mujeres que no amamantan. Durante varios meses después de que se hayan restablecido los ciclos regulares, use estos métodos con cautela.)
- Afección aguda que aumenta la temperatura corporal (en el caso del método de la temperatura basal y los métodos sintotérmicos)
- Sangrado vaginal irregular
- Flujo vaginal anormal

En la siguiente situación, **demore** o use con **cautela** los métodos basados en síntomas:

- Tratamiento con fármacos que modifiquen las secreciones cervicouterinas, como los antihistamínicos, o fármacos que aumenten la temperatura corporal, como los antibióticos.

Provisión de los métodos basados en el calendario

Cuándo comenzar

Una vez capacitados, la mujer o ambos miembros de la pareja pueden generalmente comenzar a usar métodos basados en los síntomas en cualquier momento. Las mujeres que no estén utilizando un método hormonal pueden practicar la vigilancia de sus signos de fertilidad antes de empezar a usar los métodos basados en los síntomas. A los usuarios que no puedan comenzar de inmediato, suminístreles otro método para que lo utilicen hasta que puedan empezar.

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Ciclos menstruales regulares

En cualquier momento del mes

- No es necesario esperar a que comience la próxima menstruación.

Ausencia de menstruación

- Demore el uso de los métodos basados en los síntomas hasta que se restablezca la menstruación.

Después de un parto (esté amamantando o no)

- Una vez restablecidas las secreciones normales, puede comenzar a usar métodos basados en los síntomas.
- Las secreciones normales se restablecerán más tarde en las mujeres que amamantan que en las que no amamantan.

Después de un aborto espontáneo o provocado

- La mujer puede comenzar a utilizar métodos basados en los síntomas inmediatamente si cuenta con asesoramiento y apoyo especiales, siempre que no tenga secreciones relacionadas con una infección o sangrado debido a lesiones del aparato genital.

Cambio de método cuando el anterior era hormonal

- Puede comenzar con los métodos basados en los síntomas en el próximo ciclo menstrual después de interrumpir el método hormonal.

Después de tomar píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

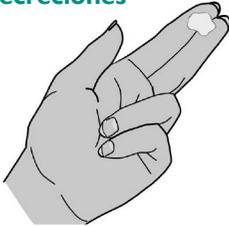
- Una vez restablecidas las secreciones normales, puede comenzar a usar métodos basados en los síntomas.

Explicación acerca de cómo usar los métodos basados en los síntomas

Método de los dos días

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra afección que modifique el moco cervicouterino, puede que le resulte difícil usar el método de los dos días.

Observe las secreciones



- La mujer revisa las secreciones cervicouterinas cada tarde o noche, en los dedos, en la ropa interior o en el papel higiénico, o bien por la sensación que tiene en el interior de la vagina o a su alrededor.
 - Tan pronto como percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.
-

En los días fértiles evite tener relaciones sexuales o use otro método anticonceptivo

- La pareja evita las relaciones sexuales vaginales, o utiliza preservativos o un diafragma, cada día en que la mujer tiene secreciones, así como cada día después de un día con secreciones. También pueden utilizar el coito interrumpido o espermicidas, pero estos métodos son menos efectivos.
-

Reanude las relaciones sexuales sin protección después de 2 días sin secreciones (días “secos”)

- La pareja puede volver a tener relaciones sexuales sin protección después de que la mujer haya tenido dos días consecutivos sin secreciones de ningún tipo (días “secos”).
-

Método de la temperatura corporal basal

IMPORTANTE: Si la mujer presenta fiebre u otras alteraciones de la temperatura corporal, quizá resulte difícil utilizar el método de la temperatura corporal basal.

Tómese la temperatura corporal diariamente

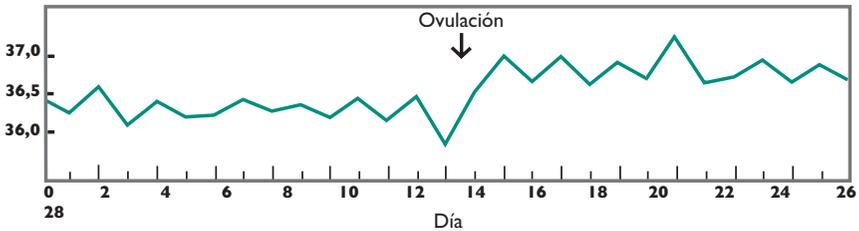
- La mujer se toma la temperatura corporal a la misma hora cada mañana, antes de levantarse de la cama y antes de comer nada. Debe registrar la temperatura en un gráfico especial.
 - Observa si la temperatura aumenta ligeramente — de 0,2 °C a 0,5 °C — justo después de la ovulación (en general, hacia la mitad del ciclo menstrual).
-

Evite tener relaciones sexuales o utilice otro método hasta 3 días después del aumento de la temperatura.

- La pareja evita las relaciones sexuales vaginales o utiliza preservativos o un diafragma desde el primer día de la menstruación hasta 3 días después de que la temperatura de la mujer se haya elevado y alcanzado valores superiores a su temperatura habitual. También pueden utilizar el coito interrumpido o espermicidas, pero estos métodos son menos efectivos.
-

Reanude las relaciones sexuales sin protección hasta que comience la siguiente menstruación

- Cuando la temperatura de la mujer se haya elevado por encima de su temperatura habitual y se haya mantenido en ese nivel más alto durante 3 días completos, se ha producido la ovulación y ha pasado el período fértil.
- La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en el cuarto día y hasta que comience la siguiente menstruación.



Método de la ovulación

IMPORTANTE: Si la mujer presenta una infección vaginal u otra afección que modifique el moco cervicouterino, este método puede ser difícil de usar.

Revise las secreciones cervicouterinas diariamente

- La mujer revisa todos los días las secreciones cervicouterinas en los dedos, en la ropa interior o en el papel higiénico, o bien por la sensación que tiene en el interior de la vagina o a su alrededor.

Evite tener relaciones sexuales sin protección los días de sangrado menstrual abundante

- La ovulación podría ocurrir temprano en el ciclo, durante los últimos días de la menstruación, y el sangrado abundante podría hacer difícil observar el moco cervicouterino.

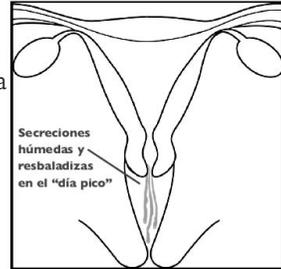
Reanude las relaciones sexuales sin protección hasta que comience de nuevo a tener secreciones

- Entre el fin de la menstruación y el comienzo de las secreciones, la pareja puede tener relaciones sexuales sin protección, pero no en 2 días consecutivos (Evitar las relaciones sexuales en el segundo día permite que el semen desaparezca y que se pueda observar el moco cervicouterino).
- Se recomienda que tengan relaciones sexuales por la noche, después de que la mujer haya estado en posición erguida durante al menos unas horas y haya podido comprobar la presencia de moco cervicouterino.

(Continúa en la página siguiente)

Evite las relaciones sexuales sin protección cuando empiece a tener secreciones y hasta 4 días después del “día pico”

- Tan pronto como la mujer note alguna secreción, debe considerar que está en el período fértil y evitar las relaciones sexuales sin protección.
- La mujer continúa revisando las secreciones cervicouterinas todos los días. Las secreciones tienen un “día pico”, el último día en que son transparentes, resbaladizas, elásticas y húmedas. La mujer sabrá que esto ha sucedido cuando, al día siguiente, sus secreciones sean pegajosas o secas, o no tenga ninguna secreción. Debe seguir considerando que está en el período fértil durante 3 días después del día pico y evitar las relaciones sexuales sin protección.



Reanude las relaciones sexuales sin protección

- La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en el cuarto día después del día pico y hasta que comience la siguiente menstruación.

Método basado en los síntomas y la temperatura (temperatura corporal basal + secreciones cervicouterinas + otros signos de fertilidad)

Evite las relaciones sexuales sin protección en los días fértiles

- Las usuarias identifican los días fértiles y los no fértiles combinando las instrucciones de los métodos de la temperatura corporal basal y de la ovulación.
- También pueden identificar el período fértil por otros signos, como una mayor sensibilidad en los senos y el dolor ovulatorio (dolor o espasmos en la zona inferior del abdomen hacia el momento de la ovulación).
- La pareja evita las relaciones sexuales sin protección entre el primer día de la menstruación y o bien el cuarto día después del pico de las secreciones cervicouterinas o bien el tercer día completo después del aumento de la temperatura corporal (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 2 días consecutivos.

Ayuda a las usuarias continuas

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja.

La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar un método basado en el conocimiento de la fertilidad.
- Hablar sobre el uso del método basado en el conocimiento de la fertilidad y estar de acuerdo en seguirlo, conociendo perfectamente cómo se utiliza.
- Compartir la responsabilidad de llevar la cuenta de los ciclos y conocer cuándo es el período fértil.
- No insistir en tener relaciones sexuales durante el período fértil sin usar ningún método anticonceptivo.
- Acordar de antemano cómo evitar el embarazo si van a tener relaciones sexuales en el período fértil (por ejemplo, el uso de otro método anticonceptivo).
- Ayudarla a asegurarse de que tiene a disposición las PAU en el caso de que tengan relaciones sexuales sin protección durante el período fértil.
- Usar sistemáticamente preservativos además del método basado en el conocimiento de la fertilidad si el varón tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”:

Razones para volver

No es necesario hacer sistemáticamente una consulta de control. Los proveedores deben invitar a la mujer o a ambos miembros de la pareja a reunirse con ellos de nuevo unas cuantas veces durante los primeros ciclos si desean obtener más ayuda. Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera—por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- Le resulta difícil identificar sus días fértiles.
- Tiene dificultad para evitar las relaciones sexuales o para usar otro método en los días fértiles. Por ejemplo, si su pareja no coopera.



Ayuda a la usuaria en cualquier consulta

1. Pregunte a los usuarios cómo les está yendo con el método y si están satisfechos. Pregúnteles si tienen alguna duda o algo que comentar.
2. En especial, pregúnteles si tienen dificultad para identificar los días fértiles de la mujer o problemas para evitar las relaciones sexuales sin protección en los días fértiles.
3. Verifique si la pareja está usando el método de manera correcta. Repase las observaciones o los registros de los signos de fertilidad. Si es necesario, programe otra consulta.
4. Pregunte a la usuaria de larga data si ha tenido algún nuevo problema de salud desde la última consulta. Aborde los problemas según corresponda.
5. Pregunte a la usuaria de larga data si hay cambios importantes en su vida que puedan afectar a sus necesidades—en particular, planes de tener hijos y riesgo de contraer ITS o la infección por el VIH—. Haga el seguimiento necesario.

Manejo de problemas

Problemas con el uso

- Los problemas con los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad afectan a la satisfacción de la mujer y al uso del método. El proveedor debe prestarles atención. Si la usuaria refiere algún problema, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrézcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo—ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.

Incapacidad para abstenerse de tener relaciones sexuales durante el período fértil

- Comente los problemas abiertamente con la pareja y ayúdelos a sentirse cómodos, no avergonzados.
- Analice el posible uso de preservativos, el diafragma, el coito interrumpido, espermicidas o el contacto sexual sin coito vaginal durante el período fértil.
- Si ha tenido relaciones sexuales en los 5 últimos días, la usuaria puede plantearse el uso de PAU (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49).

Métodos basados en el calendario

Los ciclos no ocurren durante el intervalo de 26 a 32 días del método de los días fijos

- Si la mujer tiene 2 o más ciclos fuera del intervalo de 26-32 días durante 12 meses, sugiérale que en su lugar use el método del ritmo o del calendario, o un método basado en los síntomas.

Ciclos menstruales muy irregulares en las usuarias de métodos basados en el calendario

- Sugírales que utilicen en su lugar un método basado en los síntomas.

Métodos basados en los síntomas

Dificultad para reconocer diferentes tipos de secreciones cuando se utiliza el método de la ovulación

- Asesore a la usuaria y ayúdela a aprender a interpretar las secreciones cervicouterinas.
- Sugiera que utilice el método de los dos días, que no requiere que la usuaria sepa diferenciar entre distintos tipos de secreciones.

Dificultad para reconocer la presencia de secreciones si se utiliza el método de la ovulación o el método de los dos días

- Proporcione más orientación sobre cómo puede reconocer las secreciones.
- Sugiera que use en su lugar un método basado en el calendario.



Preguntas y respuestas sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

1. ¿Sólo las parejas con buen nivel de instrucción pueden usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

No. Las parejas no escolarizadas o con poca escolarización formal pueden usar y de hecho usan de manera efectiva los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Las parejas deben estar muy motivadas, adecuadamente capacitadas en el uso del método elegido y comprometidas a evitar las relaciones sexuales sin protección durante el período fértil.

2. ¿Son fiables los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad?

Para muchas parejas, estos métodos brindan información fiable sobre los días fértiles. Si la pareja evita el coito vaginal o utiliza preservativos o un diafragma durante el período fértil de la mujer, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ser efectivos. El uso de espermicidas o el coito interrumpido durante el período fértil son menos efectivos.

3. ¿Qué diferencia hay entre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad más nuevos, el método de los días fijos y el método de los dos días?

Estos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad son más fáciles de usar correctamente que algunos de los anteriores. Por lo tanto, pueden resultar atractivos para más parejas y ser más efectivos para algunas personas. Sin embargo, se asemejan a métodos anteriores en que se basan en las mismas formas de juzgar cuándo una mujer es fértil: llevando la cuenta de los días del ciclo en el caso del método de los días fijos y mediante la observación de las secreciones cervicouterinas en el método de los dos días. Hasta la fecha se han realizado pocos estudios sobre estos métodos. En un ensayo clínico se observó que, dado que el método de los días fijos lo usaban generalmente mujeres que tenían ciclos que la mayoría de las veces duraban entre 26 y 32 días, durante el primer año se registraron 12 embarazos por cada 100 mujeres. En un ensayo clínico sobre el método de los dos días tal como suele utilizarse, se registraron en el primer año 14 embarazos por cada 100 usuarias de este método. Esta tasa se basa en las mujeres que permanecieron en el estudio. Se excluyó a las mujeres que detectaron secreciones en menos de 5 días o más de 14 días en cada ciclo.

4. ¿Cuán probable es que una mujer se quede embarazada si tiene relaciones sexuales durante la menstruación?

La probabilidad de embarazo durante la menstruación es baja, pero no nula. El sangrado no evita de por sí el embarazo ni tampoco lo promueve. La menor probabilidad de embarazo corresponde a los primeros días de la menstruación. Por ejemplo, en el día 2 del ciclo (contando como 1 el primer día de sangrado), la probabilidad de embarazo es extremadamente baja (menos de 1%). A medida que pasan los días, la probabilidad de embarazo aumenta, tanto si la mujer está sangrando como si no. El riesgo de embarazo aumenta hasta la ovulación. El día posterior a la ovulación la probabilidad de embarazo empieza a bajar de manera sostenida. Algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad que dependen de las secreciones cervicouterinas aconsejan evitar las relaciones sexuales sin protección durante la menstruación debido a que no es posible detectar las secreciones cervicouterinas durante el sangrado y existe un pequeño riesgo de ovulación en ese período.

5. ¿Cuántos días de abstinencia o de uso de otro método podrían requerirse con cada método basado en el conocimiento de la fertilidad?

El número de días varía según la duración del ciclo de la mujer. En promedio, el número de días que una mujer es considerada fértil —y necesitaría abstenerse de tener relaciones sexuales o usar otro método— con cada uno de los métodos es el siguiente: método de los días fijos, 12 días; método de los dos días, 13 días; método sintotérmico, 17 días; método de la ovulación, 18 días.

Retiro (coito interrumpido)

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Es uno de los métodos anticonceptivos menos efectivos.** Sin embargo, algunos hombres utilizan este método con efectividad. Proporciona mayor protección contra el embarazo que no utilizar ningún método.
- **Está disponible en todo momento y situación.** Pueden utilizarse como método anticonceptivo principal o como método de respaldo.
- **No requiere suministros ni acudir al consultorio o a la farmacia.**
- **Promueve la participación del hombre y la comunicación en la pareja.**

¿En qué consiste el coito interrumpido?

- Justo antes de la eyaculación, el hombre retira el pene de la vagina de su pareja y eyacula fuera de la vagina, manteniendo el semen alejado de los genitales externos de la mujer.
- También se lo conoce como “coitus interruptus” o “marcha atrás”.
- Actúa haciendo que el semen no entre en el cuerpo de la mujer.

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende del usuario: El mayor riesgo de embarazo se produce cuando el hombre no retira el pene de la vagina de su pareja antes de eyacular en cada acto sexual.

- Tal como se utiliza comúnmente, es uno de los métodos menos efectivos.
- Tal como se suele utilizar, en el primer año de uso se registran cerca de 20 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan el coito interrumpido. Esto significa que 80 de cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan este método no se quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza de manera correcta en cada acto sexual, se registran en el primer año cerca de 4 embarazos por cada 100 mujeres cuyas parejas utilizan el coito interrumpido.

Recuperación de la fertilidad tras dejar de utilizar el coito interrumpido: Sin demora

Protección contra las infecciones de transmisión sexual: Ninguna

Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Ninguno

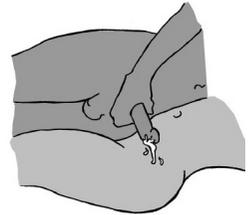


Quién puede y quién no puede utilizar el coito interrumpido

- **Todos los hombres pueden utilizar el coito interrumpido.** No existen afecciones médicas que contraindiquen su uso.
- El coito interrumpido puede ser especialmente apropiado para las parejas que:
 - no cuentan con ningún otro método disponible en un momento dado;
 - están a la espera de comenzar a utilizar otro método;
 - tienen relaciones sexuales con poca frecuencia;
 - tienen objeciones a la utilización de otros métodos.

Uso del coito interrumpido

- Puede usarse en cualquier momento.
- La efectividad depende de la voluntad y la capacidad de ambos miembros de la pareja de usar el coito interrumpido en cada acto sexual.



Explique cómo se utiliza

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 su pareja.

Si el hombre ha eyaculado hace poco

- Antes de la relación sexual deberá orinar y limpiar la punta del pene para eliminar cualquier resto de esperma.

Proporcione asesoramiento sobre su uso

Puede llevar tiempo aprender a usarlo adecuadamente

- Sugiera a ambos miembros de la pareja que usen otro método hasta que el hombre considere que puede usar el coito interrumpido correctamente en cada acto sexual.

Hay otras opciones que brindan mayor protección contra el embarazo

- Sugiera un método de planificación familiar adicional o alternativo. (A las parejas que han utilizado el coito interrumpido eficientemente no se les debe disuadir de continuar usándolo.)

Algunos hombres pueden tener dificultad para utilizar el coito interrumpido

- Los hombres que no pueden percibir en cada acto si están por eyacular.
- Los hombres que tienen eyaculación precoz.

Se pueden utilizar las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Explique cómo se usan las PAU si el hombre eyacula antes de retirar el pene de la vagina (véase “Píldoras anticonceptivas de urgencia”, p. 49). Suministre PAU, si dispone de ellas.

Método de la amenorrea de la lactancia

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Un método de planificación familiar basado en la lactancia.** Proporciona anticoncepción a la madre y la mejor alimentación al bebé.
- **Puede ser efectivo hasta 6 meses después del parto,** siempre y cuando la madre no haya vuelto a menstruar y esté alimentando a su bebé con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva.
- **Exige amamantar con frecuencia, de día y de noche.** La mayoría de las ingestas del bebé deberán ser de leche materna.
- **Brinda a la mujer la posibilidad de utilizar un método continuo que puede seguir usando después de los 6 meses.**

¿En qué consiste el método de la amenorrea de la lactancia?

- Es un método temporal de planificación familiar basado en el efecto natural de la lactancia sobre la fertilidad. (Se denomina “amenorrea” a la ausencia de menstruación.)
- Para utilizar el método de la amenorrea se requieren 3 condiciones; todas ellas deben cumplirse:
 1. que la madre no haya vuelto a menstruar;
 2. que se alimente al niño completa o casi completamente mediante lactancia materna, de día y de noche;
 3. que el bebé sea menor de 6 meses.
- La “lactancia materna exclusiva” incluye tanto la lactancia materna exclusiva plena (el bebé no recibe además de la leche materna ningún otro alimento o líquido, ni siquiera agua) como la lactancia materna casi exclusiva (el bebé recibe de vez en cuando vitaminas, agua, zumos u otros nutrientes además de la leche materna).
- La “lactancia materna casi exclusiva” implica que el lactante recibe algo de líquido o alimentos además de la leche materna, aunque la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes de todas ellas) son de leche materna.
- Actúa fundamentalmente impidiendo que los ovarios liberen óvulos (ovulación). La lactancia materna frecuente impide temporalmente que se liberen las hormonas naturales que estimulan la ovulación.

¿Cuán efectivo es?

La efectividad depende de la usuaria: El mayor riesgo de embarazo se da cuando la mujer no puede alimentar a su bebé completa o casi completamente con lactancia materna.

- Tal como suele usarse, en los 6 meses posteriores al parto se registran cerca de 2 embarazos por cada 100 usuarias del método de la amenorrea de la lactancia. Esto significa que 98 de cada 100 mujeres que confían en este método no se quedarán embarazadas.
- Cuando se utiliza correctamente, en los 6 meses posteriores al parto se registra menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias de este método.

Recuperación de la fertilidad al interrumpir el método de la amenorrea de la lactancia: Depende de la frecuencia con que la madre siga amamantando.

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



Efectos secundarios, beneficios y riesgos para la salud

Efectos secundarios

Ninguno. Los posibles problemas son los mismos que para todas las mujeres que están amamantando.

Beneficios conocidos para la salud

Ayuda a proteger contra

- Riesgos de embarazo

Promueve:

- Los mejores patrones de lactancia materna, que benefician tanto la salud de la madre como la del bebé

Riesgos conocidos para la salud

Ninguno

Aclarar malentendidos (véase también “Preguntas y respuestas”, p. 318)

El método de la amenorrea de la lactancia:

- Es muy efectivo si la mujer cumple los 3 criterios para utilizarlo.
- Es igualmente efectivo tanto en las mujeres obesas como en las delgadas.
- Lo pueden utilizar mujeres que se alimentan normalmente. No se requiere una alimentación especial.
- Puede ser utilizado durante 6 meses enteros sin necesidad de complementar con otros alimentos. La leche materna sola puede aportar una nutrición completa al bebé durante los 6 primeros meses de vida. De hecho es el alimento ideal para esta etapa de la vida del bebé.
- Se puede usar durante 6 meses sin temor a que la mujer se quede sin leche. La leche seguirá produciéndose durante 6 meses o más en respuesta a la succión del bebé o a la extracción de la leche por parte de la madre.

Quién puede utilizar el método de la amenorrea de la lactancia

Criterios médicos de elegibilidad para el uso del

Método de la amenorrea de la lactancia

Todas las mujeres que amamantan pueden usar de manera segura el método de la amenorrea de la lactancia; sin embargo, en las siguientes circunstancias, quizá sea necesario considerar otros métodos anticonceptivos:

- Si la mujer tiene una infección por el VIH (véase “El método de amenorrea de la lactancia en mujeres con infección por el VIH”, en la página siguiente).
- Si está usando ciertos medicamentos durante la lactancia materna (como fármacos que modifican el estado de ánimo, la reserpina, la ergotamina, los antimetabolitos, la ciclosporina, los corticoesteroides en dosis altas, la bromocriptina, fármacos radioactivos, el litio y ciertos anticoagulantes).
- Si el recién nacido tiene alguna afección que dificulta su alimentación mediante lactancia materna (como los recién nacidos pequeños para la edad gestacional o los prematuros que requieran cuidados intensivos neonatales, que no puedan digerir alimentos normalmente o que tengan malformaciones en la boca, la mandíbula o el paladar).

Por qué algunas mujeres dicen que les gusta el método de la amenorrea de la lactancia

- Es un método de planificación familiar natural.
- Promueve la lactancia materna óptima, que tiene beneficios para la salud del bebé y de la madre.
- No tiene costos directos para la planificación familiar o la alimentación del bebé.

El método de la amenorrea de la lactancia en mujeres infectadas por el VIH

- Las mujeres con infección por el VIH pueden usar el método de la amenorrea de la lactancia. La lactancia materna no empeora su afección. Sin embargo, existe la posibilidad de que las madres portadoras del VIH, si no están tomando tratamiento antirretroviral (TAR), transmitan el VIH a sus hijos a través de la leche materna.
- Las mujeres que reciben TAR pueden usar el método de la amenorrea de la lactancia materna. Administrar TAR a una madre con infección por el VIH o a un bebé expuesto al VIH disminuye de manera muy significativa el riesgo de transmisión del VIH a través de la leche materna. En lo que respecta a las mujeres que no están tomando TAR, 14% de sus bebés habrán contraído la infección por el VIH tras 2 años de lactancia materna, mientras que en las mujeres que toman TAR, menos de 1% de los bebés habrán contraído la infección en ese plazo.
- La lactancia materna exclusiva plena reduce el riesgo de muerte por enfermedades comunes de la infancia y mejora la salud y el desarrollo del niño, así como la salud de la madre.
- Si la política nacional apoya la lactancia materna por parte de las mujeres con infección por el VIH, estas deben recibir las intervenciones apropiadas de TAR y deben alimentar a sus hijos exclusivamente mediante lactancia materna durante los 6 primeros meses de vida, introducir los alimentos complementarios apropiados a los 6 meses y continuar la lactancia materna durante los 12 primeros meses de vida del bebé. Se debe suspender la lactancia materna solo cuando se pueda proporcionar una dieta nutricionalmente adecuada y segura sin leche materna.
- Inste a las mujeres con infección por el VIH a que utilicen preservativos junto con el método de la amenorrea de la lactancia materna. Si se utilizan sistemática y correctamente, los preservativos ayudan a prevenir la transmisión del VIH y otras ITS.
- A los 6 meses —o antes si se ha restablecido la menstruación o si se interrumpe la lactancia materna exclusiva plena—, la mujer tiene que comenzar a usar otro método anticonceptivo en lugar del método de la amenorrea de la lactancia.

(Para obtener más orientación sobre la alimentación de los lactantes cuyas madres tienen una infección por el VIH, véase “Salud de la madre y del recién nacido, Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH”, p. 352).

Provisión del método de la amenorrea de la lactancia

Cuándo comenzar

Situación de la mujer **Cuándo comenzar**

Durante los 6 meses posteriores al parto

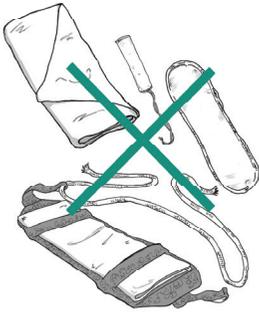
- Debe comenzar a amamantar de inmediato (en la hora siguiente al parto) o tan pronto como sea posible después de que nazca el bebé. En los primeros días después del parto, el líquido amarillento producido por los senos de la madre (calostro) contiene sustancias muy importantes para la salud del bebé.
- En cualquier momento, si ha alimentado su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia natural desde el nacimiento, y siempre que no se haya restablecido la menstruación.



¿Cuándo puede una mujer usar el método de la amenorrea de la lactancia?

Una mujer que está amamantando puede utilizar el método de la amenorrea de la lactancia para que transcurra más tiempo hasta su próximo embarazo y como transición hacia otro método anticonceptivo. Puede comenzar a utilizarlo en cualquier momento si cumple los 3 criterios requeridos.

Hágale estas 3 preguntas a la madre:

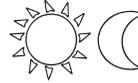


1

¿Tiene ya la menstruación de nuevo?



2



¿Está alimentando a su bebé regularmente con otros alimentos además de darle el pecho, o deja que transcurran períodos largos sin amamantarlo, ya sea de día o de noche?

3



¿Su hijo tiene más de 6 meses?

Si la respuesta a todas estas preguntas es no...

...la mujer puede usar el método de la amenorrea de la lactancia.

En este momento, la probabilidad de embarazo es solo de 2%. La mujer puede elegir otro método de planificación familiar en cualquier momento, pero es preferible que no sea un método con estrógenos mientras su hijo tenga menos de 6 meses. Los métodos con estrógenos son los anticonceptivos orales combinados, los inyectables mensuales, los parches combinados y los anillos vaginales combinados.

Pero, cuando la respuesta a alguna de estas preguntas es sí...

...la probabilidad de embarazo aumenta. Aconséjese que comience a utilizar otro método de planificación familiar y que siga amamantando a su hijo por razones de salud del bebé.

Explique cómo se utiliza

Lactancia materna frecuente

- Un patrón ideal consiste en alimentar a demanda (es decir, cada vez que el bebé quiera ser alimentado) y por lo menos 10 a 12 veces al día durante las primeras semanas después del parto y luego 8 a 10 veces al día, incluida como mínimo una toma nocturna en los primeros meses.
- El espacio entre tomas no deberá exceder de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche.
- Es posible que algunos bebés no quieran ser alimentados 8 o 10 veces por día y probablemente quieran dormir durante la noche. Estos bebés pueden necesitar un estímulo suave para que tomen el pecho con más frecuencia.

Comenzar con otros alimentos a los 6 meses

- Debe comenzar a darle otros alimentos además de la leche materna cuando el bebé cumpla 6 meses. A esta edad, la leche materna ya no puede alimentar plenamente a un bebé en crecimiento.

Programación de la consulta de seguimiento

- Programe la próxima consulta mientras se sigan cumpliendo los requisitos para utilizar el método de la amenorrea de la lactancia, de modo que la mujer pueda elegir otro método y seguir estando protegida contra el embarazo.



- Si es posible, proporciónese ahora preservativos o píldoras de progestágeno solo. Podrá comenzar a utilizarlos si el bebé ya no se está alimentando con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva, si se restablece la menstruación, o si el bebé cumple 6 meses antes de que la madre pueda regresar para obtener otro método anticonceptivo. Programe un método de seguimiento. Proporciónese ahora los suministros necesarios.

Ayuda a la usuaria continua

¿Cómo puede ayudar la pareja?

La pareja de la usuaria puede participar en el asesoramiento, familiarizarse con el método anticonceptivo y con el tipo de apoyo que puede dar a su pareja. La pareja de la usuaria puede:

- Apoyar la elección de la mujer de utilizar el método de la amenorrea de la lactancia.
- Comprender cómo funciona el método de la amenorrea de la lactancia y cuándo dejará de funcionar.
- Alentar a la mujer a que amamante a menudo y sin dar a su bebé ningún alimento complementario durante los 6 primeros meses.
- Asegurarse de que la mujer reciba nutrición y líquidos adicionales mientras está amamantando.
- Comentar y planificar qué método usarán cuando ya no se cumpla alguna de las condiciones para utilizar el método de la amenorrea de la lactancia—esto es, cuando vuelva a tener la menstruación, cuando introduzca otros alimentos en la alimentación del bebé o cuando el hijo cumpla 6 meses—o antes si la mujer lo prefiere.
- Comenzar a utilizar o recordarle que empiece a usar otro método de planificación familiar en cuanto ya no se cumpla alguno de los criterios para usar el método de la amenorrea de la lactancia.
- Ayudarla a asegurarse de que dispone de PAU si ya no se cumple alguno de los criterios para usar el método de la amenorrea de la lactancia y ella todavía no ha empezado a utilizar otro método anticonceptivo.
- Usar sistemáticamente preservativos además del método de la amenorrea de la lactancia si el varón tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o una infección por el VIH o cree que corre el riesgo de contraerlas.

“Vuelva cuando quiera”: Razones para volver

Indíquelo a cada usuaria que puede regresar cuando quiera—por ejemplo, si tiene problemas o dudas, o si quiere otro método anticonceptivo, si percibe algún cambio importante en su estado de salud o si cree que podría estar embarazada—. También si:

- Ya no cumple una o más de las 3 condiciones para utilizar el método de la amenorrea de la lactancia y, por lo tanto, no puede seguir confiando en este método.

Ayuda a las usuarias para pasar a un método anticonceptivo continuo

1. La mujer puede pasar a utilizar otro método anticonceptivo en cualquier momento mientras está usando el método de la amenorrea de la lactancia. Si sigue cumpliendo con los 3 requisitos para utilizar el método de la amenorrea de la lactancia, es razonablemente seguro que no está embarazada. Puede comenzar a usar un nuevo método sin necesidad de realizar una prueba de detección de embarazo, exploraciones clínicas o evaluaciones.



2. Para seguir previniendo el embarazo, la mujer *tiene* que pasar a utilizar otro método en cuanto deje de cumplir cualquiera de los 3 criterios para el uso del método de la amenorrea de la lactancia.
3. Ayude a la mujer a elegir un nuevo método antes de que lo necesite. Si va a seguir amamantando, puede elegir varios métodos hormonales o no hormonales, dependiendo de cuánto tiempo haya pasado desde el parto (véase “Salud de la madre y del recién nacido, Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto”, p. 351). Al cabo de 6 meses, si la mujer quiere seguir amamantando, se puede plantear el uso de un anillo vaginal liberador de progesterona (véase la p. 127).

Manejo de problemas

Problemas con el uso

- Los problemas con la lactancia materna o con el método de la amenorrea de la lactancia afectan a la satisfacción de la mujer y al uso del método. Si la usuaria refiere algún problema, escuche sus inquietudes, asesórela, apóyela y, si corresponde, trátela. Asegúrese de que entiende su recomendación y está de acuerdo.
- Ofrezcase a ayudar a la usuaria a elegir otro método anticonceptivo—ahora, si ella quiere, o si no pueden superarse los problemas—.
- Para obtener más información sobre los problemas relacionados con la lactancia materna, véase “Salud de la madre y del recién nacido, Manejo de los problemas vinculados a la lactancia materna”, p. 355.

Preguntas y respuestas sobre el método de la amenorrea de la lactancia

1. ¿El método de la amenorrea de la lactancia puede ser un método de planificación familiar efectivo?

Sí. El método de la amenorrea de la lactancia es efectivo si no se ha restablecido la menstruación, si la mujer está alimentando a su hijo exclusiva o casi exclusivamente mediante la lactancia natural y si el bebé tiene menos de 6 meses.

2. ¿En qué momento la madre debe comenzar a dar a su bebé otros alimentos además de la leche materna?

Lo ideal es que lo haga cuando el bebé cumpla 6 meses. Además de otros alimentos, la leche materna deberá ser una parte importante de la dieta del niño hasta el segundo año de vida o incluso después.

3. ¿Las mujeres pueden utilizar el método de la amenorrea de la lactancia si trabajan fuera de casa?

Sí. Las mujeres que pueden llevar a sus bebés al trabajo o tenerlos cerca y pueden amamantarlos con frecuencia pueden confiar en el método de la amenorrea de la lactancia siempre y cuando cumplan los 3 requisitos para utilizar dicho método. Las mujeres que no están junto a sus bebés pueden utilizar el método de la amenorrea de la lactancia si el tiempo que transcurre entre una toma y la siguiente no supera las 4 horas. La mujer también puede extraerse la leche al menos cada 4 horas, pero las tasas de embarazo pueden ser algo más elevadas en las mujeres que están separadas de sus bebés. En el único estudio en que se evaluó el uso del método de la amenorrea de la lactancia en mujeres trabajadoras, se calculó que la tasa de embarazo era de 5 por cada 100 mujeres durante los 6 primeros meses después del parto, en comparación con aproximadamente 2 de cada 100 mujeres cuando el método se utiliza como se suele hacer habitualmente.

4. ¿Qué ocurre si una mujer se entera de que tiene una infección por el VIH cuando está usando el método de la amenorrea de la lactancia? ¿Puede continuar amamantando a su hijo y utilizando este método?

Si la mujer ha contraído recientemente la infección por el VIH, el riesgo de transmisión a través de la leche materna podría ser más elevado que si se hubiera infectado antes, porque hay más cantidad de VIH en su cuerpo. Sin embargo, la recomendación con respecto a la lactancia materna es la misma que para otras mujeres con infección por el VIH. Las madres infectadas por el VIH—y sus hijos— deben recibir tratamiento antirretroviral (ARV) y deben alimentar a sus hijos con lactancia exclusiva plena durante los 6 primeros meses de vida, y luego introducir los alimentos complementarios apropiados y seguir amamantando durante los 12 primeros meses de vida. A los 6 meses —o antes si se ha restablecido la menstruación o si se interrumpe la lactancia materna exclusiva plena—, la mujer tiene que comenzar a usar otro método anticonceptivo en lugar del método de la amenorrea de la lactancia y debe seguir usando los preservativos. (Véase también “Salud de la madre y del recién nacido, Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH”, p. 352.)

Atención a diversos grupos

Puntos clave para proveedores y usuarios

Adolescentes

- **Todos los métodos anticonceptivos son seguros para los jóvenes.** Las personas jóvenes solteras y las casadas pueden tener necesidades diferentes con respecto a su salud reproductiva.

Hombres

- **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 acerca de los métodos anticonceptivos, es más probable que elaboren planes que puedan cumplir.

Mujeres perimenopáusicas

- **Para evitar el embarazo de manera segura, una mujer deberá utilizar métodos anticonceptivos hasta haya dejado de tener la menstruación durante 12 meses seguidos.**

Usuarios con discapacidad

- **Las personas con discapacidad merecen recibir información completa y en ocasiones adaptada, así como la misma atención respetuosa y meticulosa que se brinda a otros usuarios.**

Adolescentes

Las personas jóvenes también podrán consultar a un proveedor de planificación familiar; no solo con respecto a los métodos anticonceptivos sino también para recibir asesoramiento sobre los cambios físicos, la sexualidad, las relaciones, la familia y los problemas vinculados al crecimiento. Sus necesidades dependen de cada situación particular. Algunos jóvenes son solteros y sexualmente activos, otros no lo son, mientras que otros ya están casados. Algunos ya tienen hijos. De por sí la edad marca una gran diferencia, ya que los jóvenes maduran rápidamente durante la adolescencia. Estas diferencias hacen que sea importante conocer primero a cada usuaria o usuario, entender el motivo de su consulta, adaptar el asesoramiento y ofrecer los servicios pertinentes.

Prestar servicios con atención y respeto

Los jóvenes merecen disponer de servicios de salud reproductiva que satisfagan sus necesidades y les sean prestados de manera imparcial y respetuosa, sin importar cuán jóvenes sean. Las críticas o las actitudes descorteses mantendrán a las personas jóvenes alejadas de la atención que necesitan. El asesoramiento y los servicios no pretenden alentar a la juventud a tener relaciones sexuales, sino ayudarla a proteger su salud.

Todos los adolescentes de ambos sexos deben disponer y tener acceso a servicios de salud sexual y reproductiva apropiados, incluida la anticoncepción, sin necesidad de autorización del padre, la madre o el tutor de conformidad con la ley, las políticas o la práctica. En la medida de lo posible, los programas evitarán desalentar a los adolescentes de buscar servicios y evitarán limitar la posibilidad de elección de anticonceptivos debido al costo.

Para hacer que los servicios resulten atractivos a los jóvenes, usted puede:

- Mostrarles que le gusta trabajar con ellos.
- Ofrecerles servicios que sean gratuitos o al menor costo posible.
- Ofrecer una amplia gama de métodos anticonceptivos, incluidos los métodos reversibles de acción prolongada.
- Brindar asesoramiento en un lugar privado donde los usuarios no puedan ser vistos ni escuchados. Garantice la confidencialidad y asegure a la usuaria o al usuario que se mantendrá la confidencialidad.
- Escuchar atentamente y hacer preguntas abiertas como “¿En qué puedo ayudarte?” y “¿Qué preguntas tienes?”.
- Usar un lenguaje sencillo y evitar los términos médicos.
- Utilizar términos acordes a los jóvenes. Evite usar términos como “planificación familiar”, pues es posible que quienes no están casados los consideren irrelevantes.
- Si el usuario o la usuaria lo desea, recibir a su pareja e incluirla en el asesoramiento.
- Intentar asegurarse de que las decisiones que toman los jóvenes les son propias y que no están siendo presionadas por su pareja o su familia. En particular, si una joven recibe presiones para que tenga relaciones sexuales, ayúdela a pensar qué puede decir y hacer para resistirse y reducir dicha presión. Practique con ella las aptitudes para negociar el uso de los preservativos.
- Hablar sin expresar juicios (por ejemplo, decir “Tú puedes” en lugar de “Tú debes”). No critique, aun cuando no se esté de acuerdo con lo que el joven o la joven esté diciendo o haciendo. Ayude a los usuarios y las usuarias a tomar las decisiones que más les convengan.
- Tomarse el tiempo para abordar a fondo las preguntas, los temores y la desinformación sobre las relaciones sexuales, las infecciones de transmisión sexual (ITS) y los métodos anticonceptivos. Muchas personas jóvenes necesitan que se les asegure que los cambios que se están produciendo en su cuerpo y sus sentimientos son normales. Esté preparado para contestar preguntas frecuentes sobre la pubertad, la menstruación, la masturbación, la eyaculación nocturna y la higiene genital.

- Conocer las normas de las personas jóvenes en lo que respecta al género y fomentar prudentemente normas positivas y saludables. En particular, usted puede ayudar a las mujeres jóvenes a considerar que tienen el derecho y la facultad de tomar sus propias decisiones acerca del sexo y la anticoncepción. Puede ayudar a los hombres jóvenes a comprender las consecuencias que su comportamiento sexual tiene para sí mismos y para sus parejas.

Todos los anticonceptivos son seguros para los jóvenes

Las personas jóvenes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura. La edad no es una razón médica para negar a los adolescentes algún método anticonceptivo.

- A menudo las jóvenes toleran los efectos secundarios peor que las mujeres de más edad. Sin embargo, si reciben asesoramiento sabrán qué es lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar los métodos anticonceptivos en cuestión.
- Los jóvenes solteros de ambos sexos pueden tener más parejas sexuales que las personas de más edad, por lo que pueden correr mayor riesgo de contraer ITS. Al asesorarlos, es importante evaluar su riesgo de contraer ITS y cómo reducirlo.

En lo que se refiere a algunos métodos anticonceptivos, existen consideraciones especiales relativas a las personas jóvenes (véanse los capítulos sobre los métodos anticonceptivos para obtener una orientación completa):

Anticonceptivos reversibles de acción prolongada: implantes y DIU

- Los implantes, los DIU de cobre y los DIU de levonorgestrel (DIU-LNG) pueden ser una buena opción para muchas jóvenes porque:
 - Estos métodos son muy efectivos: menos de 1 embarazo por cada 100 usuarias en el primer año de uso.
 - Una vez insertados, no requieren ninguna acción por parte de la usuaria. No tiene que hacer planes con antelación si va a tener relaciones sexuales.
 - Actúan durante varios años.
 - Son rápidamente reversibles. Una vez que se retira el implante o el DIU, la mujer puede quedarse nuevamente embarazada.
 - No es evidente para los demás que la mujer está usando un método anticonceptivo.
- La expulsión del DIU es más probable en las mujeres que no han dado a luz, dado que su útero es pequeño.

Anticonceptivos inyectables

- Los anticonceptivos inyectables pueden usarse sin que otros lo sepan.

Anticonceptivos orales

- Algunas mujeres jóvenes encuentran particularmente difícil tomar una píldora anticonceptiva todos los días.
-

Píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU)

- Las mujeres jóvenes pueden tener menos control sobre las relaciones sexuales y el uso de anticonceptivos en comparación con las mujeres de más edad. Es posible que necesiten PAU con mayor frecuencia. Utilizar PAU varias veces entre las menstruaciones es seguro. El uso de anticonceptivos orales combinados o de un método reversible de acción prolongada sería más efectivo a largo plazo.
- Suministre a las mujeres jóvenes las PAU por adelantado, de modo que puedan usarlas cuando sea necesario. Las PAU se pueden utilizar siempre que la joven haya tenido relaciones sexuales sin protección, lo que incluye las relaciones sexuales contra su voluntad, o haya habido algún error al usar un método anticonceptivo.

Esterilización femenina y vasectomía

- Estos métodos se deben proporcionar con gran cautela. Los jóvenes de ambos sexos y las personas con pocos o ningún hijo son las que tienen mayor probabilidad de lamentar el haberse sometido a la esterilización.

Preservativos masculinos y femeninos

- Protegen contra las ITS y el embarazo. Muchas personas jóvenes necesitan protección contra ambos.
- Se consiguen fácilmente y son asequibles y prácticos para las relaciones sexuales ocasionales.
- Utilizar los preservativos correctamente les puede resultar más difícil a los hombres jóvenes que a los hombres de más edad. Es posible que necesiten practicar para aprender a ponérselos.

Diafragmas, espermicidas y capuchones cervicouterinos

- Aunque están entre los métodos menos efectivos, las jóvenes pueden controlar el uso de estos métodos y utilizarlos cuando los necesitan.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- Hasta que una joven no tenga ciclos menstruales regulares, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad deben ser utilizados con cautela.
- Es necesario usar un método de respaldo o tener PAU a mano en el caso de que no se observe la abstinencia.

Coito interrumpido

- Requiere que el hombre sepa cuando está a punto de eyacular para poder retirarse a tiempo. Esto puede ser difícil para algunos hombres jóvenes.
 - Es uno de los métodos menos efectivos de prevención del embarazo, pero puede ser el único método disponible—y siempre disponible—para algunos jóvenes.
-

El hombre

Un apoyo importante y un usuario importante

Para los proveedores de atención de salud, los hombres son importantes por dos razones. En primer lugar, porque tienen influencia sobre las mujeres. Algunos hombres se interesan por la salud reproductiva de sus parejas y las apoyan; otros se interponen o toman decisiones por ellas. Por lo tanto, las actitudes de los hombres pueden determinar si las mujeres pueden llevar a la práctica conductas saludables. En algunas circunstancias—como cuando se pretende evitar la infección por el VIH o es necesario recibir rápidamente ayuda en una urgencia obstétrica—, lo que haga el hombre puede determinar si una mujer vive o muere.

Los hombres también son importantes en su calidad de usuarios. Los hombres utilizan importantes métodos de planificación familiar: los preservativos masculinos y la vasectomía. Por otra parte, también tienen sus propias necesidades e inquietudes respecto a la salud sexual y reproductiva—en particular con respecto a las infecciones de transmisión sexual (ITS)—, que merecen la atención del sistema y de los proveedores de atención de salud.

Hay muchas formas de ayudar a los hombres

Los proveedores pueden brindar apoyo y servicios a los hombres, tanto en su función de apoyo a la mujer como en calidad de usuarios.

Anime a las parejas a conversar

Cuando las parejas conversan sobre la planificación familiar —ya sea con o sin ayuda de un proveedor de salud— es más probable que elaboren planes que puedan poner en práctica. El proveedor puede:

- Capacitar a los hombres y a las mujeres para que hablen con su pareja sobre las relaciones sexuales, la planificación familiar y las ITS.
- Alentarles a tomar decisiones conjuntas sobre asuntos de salud sexual y reproductiva.

En este manual la mayoría de los capítulos incluyen el recuadro “¿Cómo puede ayudar la pareja?”. Los puntos de este recuadro pueden ser útiles cuando se asesora a las parejas o cuando se ayuda a un usuario o una usuaria a obtener el apoyo de su pareja respecto al método escogido.



- Invitar y animar a las mujeres a traer a sus parejas al consultorio para el asesoramiento, la toma de decisiones y la atención de manera conjunta.
- Alentar al hombre a que comprenda y apoye a su pareja en la elección del método anticonceptivo que ella prefiera.
- Alentar el hombre a que considere la posibilidad de asumir más responsabilidad en la planificación familiar (por ejemplo, utilizando los preservativos o sometiéndose a una vasectomía).
- Sugerir a las usuarias que informen a sus parejas sobre los servicios de salud para hombres. Entrégueles materiales informativos, si dispone de ellos, para que se los lleven a casa.



Proporcione información precisa

Para que los hombres puedan tomar decisiones y formarse una opinión, necesitan tener información correcta y aclarar concepciones erróneas. Algunos temas importantes para los hombres son:

- los métodos de planificación familiar, tanto para hombres como para mujeres, incluidas su seguridad y efectividad;
- las ITS, incluida la infección por el VIH: cómo se transmiten y cómo no se transmiten, sus signos y síntomas, la realización de pruebas y el tratamiento;
- los beneficios de esperar a que el hijo menor cumpla 2 años antes de que la mujer vuelva a quedarse embarazada;
- la anatomía y la función reproductora del hombre y de la mujer;
- el embarazo y el parto seguros.

Ofrezca servicios o derive

Algunos de los servicios importantes que los hombres buscan son:

- preservativos masculinos y servicios de vasectomía;
- información y asesoramiento acerca de otros métodos anticonceptivos, en particular métodos en los que es imprescindible la cooperación masculina, como los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y los preservativos femeninos;
- asesoramiento y ayuda sobre problemas sexuales;
- asesoramiento, realización de pruebas de detección, y tratamiento de las ITS y la infección por el VIH;
- asesoramiento sobre la infertilidad (véase “Infertilidad”, p. 364);
- tamizaje del cáncer de pene, testículos y próstata.

Al igual que las mujeres, los hombres de todas las edades, estén casados o no, tienen sus propias necesidades de salud sexual y reproductiva. Merecen recibir servicios de buena calidad, así como asesoramiento de apoyo, respetuoso y sin prejuicios.

Mujeres perimenopáusicas

Se considera que una mujer ha llegado a la menopausia cuando sus ovarios dejan de liberar óvulos (ovulación). A medida que se acerca la menopausia, la mujer deja de tener la menstruación todos los meses, por lo que se considera que ya no es fértil cuando han transcurrido 12 meses seguidos sin tener la menstruación.

La menopausia suele producirse entre los 45 y 55 años de edad. Aproximadamente la mitad de las mujeres ya han llegado a la menopausia a los 50 años. A los 55 años, 96% de las mujeres ya ha llegado a la menopausia.

Para prevenir el embarazo hasta que esté claro que una mujer mayor ya no es fértil, puede utilizar cualquier método si no tiene ninguna afección que limite su uso. La edad no representa en sí misma una limitación para que la mujer use cualquier método anticonceptivo.

Consideraciones especiales sobre la elección de métodos

Cuando ayude a una mujer próxima a la menopausia a elegir un método, tenga en cuenta lo siguiente:

Métodos anticonceptivos hormonales combinados (anticonceptivos hormonales combinados [AOC], inyectables mensuales, parches combinados, anillos vaginales combinados)

- Las mujeres de 35 años o mayores que fuman—independientemente de cuánto fumen—no deben usar AOC, el parche o el anillo vaginal combinado.
- Las mujeres fumadoras de 35 años de edad o mayores que consumen 15 o más cigarrillos por día no deben utilizar los inyectables mensuales.
- Las mujeres de 35 años o mayores no deben usar AOC, inyectables mensuales, parches combinados o el anillo vaginal combinado si tienen cefaleas migrañosas (tanto con aura migrañosa como sin ella).

Métodos anticonceptivos de progestágeno solo (píldoras, inyectables e implantes de progestágeno)

- Son una buena opción para las mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos con estrógenos.
- El uso del acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) reduce levemente la densidad mineral ósea. Esto puede aumentar el riesgo de presentar osteoporosis y posiblemente de tener fracturas óseas más adelante, después de la menopausia. La OMS ha llegado a la conclusión de que esta disminución de la densidad mineral ósea no establece límites de edad o de tiempo para el uso del AMPD.

Píldoras anticonceptivas de urgencia

- Las pueden utilizar mujeres de cualquier edad, incluso las que no pueden usar métodos anticonceptivos hormonales de manera continua.
-

Esterilización femenina y vasectomía

- Puede ser una buena opción para las mujeres mayores y sus parejas si saben que no querrán tener más hijos.
- En lo que se refiere a la esterilización femenina, es más probable que las mujeres mayores tengan alguna afección que exija demorar el procedimiento, derivar a la mujer para realizar la intervención o actuar con precaución.

Preservativos masculinos y femeninos, diafragmas, espermicidas, capuchones cervicouterinos y coito interrumpido

- Protegen bien a las mujeres mayores, dada la menor fertilidad de la mujer en los años que preceden a la menopausia.
- Son asequibles y prácticos para las mujeres que no tienen relaciones sexuales a menudo.

Dispositivo intrauterino (DIU de cobre y DIU-LNG)

- Las tasas de expulsión descienden a medida que las mujeres se hacen mayores; las tasas más bajas corresponden a las mujeres mayores de 40 años.
- La inserción puede resultar más dificultosa debido a la menor elasticidad del conducto cervicouterino.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

- La falta de ciclos regulares antes de la menopausia hace que sea más difícil utilizar estos métodos de manera fiable.



Cuándo puede la mujer dejar de utilizar la planificación familiar

Dado que en la etapa previa a la menopausia la mujer no tiene la menstruación todos los meses, es difícil que una mujer que aparentemente no menstrúa sepa cuándo debe dejar de usar los métodos anticonceptivos. Por lo tanto, se recomienda que siga usando un método de planificación familiar hasta que hayan pasado 12 meses seguidos sin menstruación.

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. La usuaria puede cambiar de método y utilizar uno que no sea hormonal. Una vez transcurridos 12 meses seguidos sin menstruación ya no es necesario que siga usando métodos anticonceptivos.

Los *DIU de cobre* pueden dejarse colocados hasta después de la menopausia. Deberán extraerse en el plazo máximo de 12 meses después de la última menstruación.

Alivio de los síntomas de la menopausia

Las mujeres presentan signos físicos antes, durante y después de la menopausia: sofocos, sudoración excesiva, dificultad para retener la orina, sequedad vaginal que puede hacer que las relaciones sexuales sean dolorosas, y dificultad para dormir.

Los proveedores pueden sugerir diversas formas de aliviar algunos 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 (UI) de vitamina E por día.
- Consumir alimentos ricos en calcio (como los productos lácteos, los frijoles y el pescado) y realizar una actividad física moderada puede ayudar a reducir la pérdida de densidad ósea que acompaña a la menopausia.
- Se pueden usar lubricantes o humectantes vaginales si la sequedad vaginal persiste y causa irritación. Durante las relaciones sexuales, si la sequedad vaginal es un problema, se puede utilizar un lubricante vaginal comercializado, o agua o saliva como lubricante.

Cientes con discapacidad

Los proveedores de atención de salud deben tratar a las personas con discapacidad de la misma manera que deben tratar a las personas sin discapacidad: con respeto. Las personas con discapacidad tienen las mismas necesidades y los mismos derechos en materia de la salud sexual y reproductiva que las personas sin discapacidad, pero a menudo no se les proporciona información sobre la salud sexual y reproductiva o la atención adecuada. Las personas con discapacidad son más vulnerables al abuso que las personas sin discapacidad. Tienen un riesgo elevado de contraer la infección por el VIH y otras ITS. Muchas han sido esterilizadas contra su voluntad, obligadas a abortar o a contraer matrimonios no deseados, y muchas han sufrido violencia de género. Los programas de atención de salud, incluidos los programas de planificación familiar, deben atenderse a los artículos pertinentes de la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, especialmente los artículos relativos a la salud, la vida familiar y los derechos legales.

Para asesorar a los clientes con discapacidad, los proveedores de atención de salud deben considerar sus preferencias y la naturaleza de su discapacidad. Por ejemplo, los métodos de barrera quizá sean difíciles de utilizar para algunas personas con una discapacidad física, y las mujeres con discapacidad intelectual pueden tener dificultad para acordarse de tomar una píldora cada día o para afrontar los cambios de la menstruación.

Como todos los usuarios, las personas con discapacidad necesitan educación en materia de salud sexual y reproductiva para tomar decisiones con conocimiento de causa. Las personas con discapacidad intelectual tienen el mismo derecho que otras personas a tomar sus propias decisiones sobre la anticoncepción, incluida la esterilización. Es posible que necesiten un apoyo especial para hacerlo. En el caso de una persona con discapacidad intelectual que no sea capaz de comunicar claramente sus preferencias, alguien en quien confíe debe participar y ayudar a tomar

una decisión informada que sea lo más congruente posible con las preferencias del usuario o de la usuaria. En particular, en lo que respecta a la elección de la esterilización, los sistemas de atención de salud deben garantizar la disponibilidad de un proceso de toma de decisiones asistida.

En lo que atañe a la atención a las personas con discapacidad, los programas deben dar a conocer en la comunidad que atienden a las personas con discapacidad sin discriminarlas. Los establecimientos deben ser físicamente accesibles, por ejemplo, con rampas para sillas de ruedas y baños grandes con barras de sujeción. Los programas de extensión tienen que hacer un esfuerzo especial para identificar

a las personas de la comunidad que tienen movilidad limitada y llegar a ellas. Los materiales impresos deben tener gráficos sencillos, letra grande y, a ser posible, estar escritos en Braille; la información debe estar disponible en soportes sonoros, como los discos compactos (CD) o las cintas de casete, así como en forma impresa. Es posible que los proveedores necesiten especialmente demostrar las acciones y describirlas, hablar despacio y hacer pausas con frecuencia para comprobar el grado de comprensión.

Aprender a respetar los derechos de las personas con discapacidad y a cuidar de ellas debería formar parte de la formación previa a la prestación de servicios de los proveedores de atención de salud y debería reforzarse periódicamente con formación continua en el servicio. Además, reunirse y hablar con personas con discapacidad puede proporcionar a los proveedores información valiosa sobre cómo hacer que los servicios sean más respetuosos y accesibles. A menudo, los cambios necesarios son fáciles.

¿En qué consiste la toma de decisiones asistida?

En la toma de decisiones asistida, los defensores, los partidarios u otros ayudan a las personas con discapacidad a tomar sus propias decisiones, sin conflictos de intereses ni influencias injustificadas, y sin dar a otra persona el poder de la toma de decisiones. Este proceso puede incluir la documentación del consentimiento informado. (Véase “Garantizar una decisión fundamentada”, p. 219.)

Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH

Puntos clave para proveedores y usuarios

- **Las personas con infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, pueden usar la mayoría de los métodos de planificación familiar de manera segura y efectiva.**
- **Los preservativos masculinos y femeninos pueden prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH, si se utilizan sistemática y correctamente.**
- **Es frecuente que las ITS no produzcan signos o síntomas, sobre todo en las mujeres.**
- **Las personas deben solicitar atención si piensan que ellas o sus parejas podrían tener una ITS.**
- **Muchas ITS pueden tratarse.** Cuanto antes sean tratadas, menor será la probabilidad de que causen problemas a largo plazo, como infertilidad o dolor crónico, o de infectar a la pareja sexual o al feto.
- **En la mayoría de los casos, el flujo vaginal se debe a infecciones que no son de transmisión sexual.**

Infecciones de transmisión sexual

¿Qué son las infecciones de transmisión sexual?

Las ITS son causadas por bacterias, virus y parásitos que se transmiten a través del contacto sexual. Los microorganismos que producen estas infecciones pueden encontrarse en los fluidos vaginales y en el semen, en la piel de los genitales y en las zonas circundantes, y algunos también en la boca, la garganta y el recto. La mayoría de las ITS no causan síntomas o causan síntomas que pueden pasar fácilmente desapercibidos. Otras pueden producir malestar o dolor. Si no se tratan, algunas ITS pueden causar enfermedad inflamatoria pélvica, dolor pélvico crónico, infertilidad y cáncer de cuello uterino en las mujeres, y algunas ITS pueden causar

infertilidad y cáncer anorrectal y de próstata en los hombres. Algunas ITS pueden incrementar mucho la probabilidad de contraer la infección por el VIH.

¿Quién está en riesgo de contraer una ITS?

Algunos usuarios de planificación familiar pueden tener un alto riesgo de contraer una ITS. El riesgo de una persona de contraer una ITS, incluida la infección por el VIH, depende de lo siguiente:

- comportamientos específicos de mayor riesgo (véase el recuadro siguiente);
- cuán comunes son estas infecciones en la comunidad.

Si los proveedores de planificación familiar saben qué ITS son frecuentes y prevalentes en la comunidad local, pueden ayudar mejor a los usuarios a evaluar su propio riesgo. El acceso limitado a servicios de salud de buena calidad se traduce en más infecciones sin tratar, lo que aumenta la transmisión en la comunidad.

Conocer el propio riesgo de contraer una infección por el VIH y otras ITS ayuda a las personas a decidir la forma de protegerse a sí mismos y a otros. A menudo, cada persona es el mejor juez de su propio riesgo de ITS, especialmente cuando se le indica cuáles son los comportamientos y las situaciones que pueden aumentar el riesgo (véase el recuadro siguiente y “Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual”).

Prácticas sexuales y otros comportamientos que aumentan el riesgo de contraer una ITS, incluida la infección por el VIH

Las prácticas y los comportamientos sexuales que aumentan el riesgo del usuario de contraer una infección deben ser abordados respetuosamente durante una conversación privada y confidencial:

- Cualquier tipo de práctica sexual (oral, vaginal o anal) con una pareja que presente síntomas de ITS o que haya sido diagnosticada o tratada por una ITS en los últimos 6 meses.
- Cualquier tipo de práctica sexual (oral, vaginal o anal) con más de 1 pareja sin usar preservativos en los últimos 6 meses; cuantas más parejas, mayor es el riesgo.
- Exposición a agujas contaminadas por el consumo de drogas inyectables u otro tipo de exposición (por ejemplo, ocupacional).

Algunos grupos (conocidos como “poblaciones clave”) tienen un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH y otras ITS, independientemente de la prevalencia en la población general. Se incluyen:

- adolescentes;
- personas que tienen relaciones sexuales a cambio de dinero, alimentos, regalos, alojamiento o favores;
- homosexuales, bisexuales y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres;
- personas transgénero;
- personas que se inyectan drogas;
- las parejas sexuales de estas personas.

¿Qué causa las ITS?

Hay varios tipos de microorganismos que provocan las ITS. Las causadas por microorganismos como las bacterias generalmente pueden curarse. En general, no se pueden curar las ITS causadas por virus, aunque se puede dar tratamiento para aliviar o eliminar los síntomas. La mayoría de las ITS se transmiten mediante la actividad sexual, y gran parte de esta transmisión puede evitarse mediante el uso correcto y sistemático de preservativos. Sin embargo, algunas personas pueden contraer una ITS de otras formas. En el cuadro siguiente, se ofrecen más detalles.

Tipos de ITS, causas, curas y cómo se transmiten

ITS	Tipo	Transmisión sexual	Transmisión no sexual	¿Curable?
Chancroide	Bacteriano	Relaciones sexuales vaginales, anales u orales	Ninguno	Sí
Clamidia	Bacteriano	Relaciones sexuales vaginales y anales. Rara vez, de los genitales a la boca	De la madre al hijo durante el parto	Sí
Gonorrea	Bacteriano	Relaciones sexuales vaginales y anales o contacto entre la boca y los genitales	De la madre al hijo durante el parto o a través de la leche materna Transfusión de sangre contaminada	Sí
Hepatitis B	Viral	Relaciones sexuales vaginales y anales o transmisión del pene a la boca	De la madre al hijo durante el parto o a través de la leche materna Transfusión de sangre contaminada	No

Tipos de ITS, causas, curas y cómo se transmiten (continuación)

ITS	Tipo	Transmisión sexual	Transmisión no sexual	¿Curable?
Herpes	Viral	Contacto genital u oral con una úlcera, incluidas las relaciones sexuales vaginales y anales; también contacto genital en una zona sin úlceras	De la madre al hijo durante el embarazo o el parto	No
VIH	Viral	Relaciones sexuales vaginales y anales. Muy rara vez, relaciones sexuales orales	De la madre al hijo durante el parto o a través de la leche materna Consumo de drogas inyectables con agujas no esterilizadas Transfusión de sangre contaminada	No
Virus del papiloma humano (VPH)	Viral	Relaciones sexuales vaginales, anales u orales	De la madre al hijo durante el parto	No
Virus linfotrópico T humano	Viral	Relaciones sexuales vaginales y anales	De la madre al hijo durante el embarazo o el parto, o a través de la leche materna Transfusión de sangre contaminada	No
Sífilis	Bacteriano	Contacto genital u oral con una úlcera, incluidas las relaciones sexuales vaginales y anales	De la madre al hijo durante el embarazo o el parto Transfusión de sangre contaminada	Sí
Tricomoniasis	Parasitario	Relaciones sexuales vaginales, anales u orales	De la madre al hijo durante el parto	Sí

Signos y síntomas de las ITS

En la tabla siguiente, se enumeran los signos y síntomas comunes que pueden indicar una ITS, junto con sus posibles causas.

Síntomas	Causa posible
Secreción por el pene: pus, exudado transparente o de color amarillo verdoso	Clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis
Flujo vaginal anormal	ITS del cuello uterino: Clamidiasis, gonorrea ITS vaginales: Tricomoniasis Infecciones vaginales que no son de transmisión sexual: vaginosis bacteriana, candidiasis (véase “Infecciones vaginales comunes que pueden no ser de transmisión sexual”, en la página siguiente).
Absceso anorrectal	Clamidiasis, gonorrea
Dolor en la zona inferior del abdomen (posible enfermedad inflamatoria pélvica)	Clamidiasis, gonorrea, tricomoniasis
Dolor o hinchazón testicular	Clamidiasis, gonorrea
Verrugas en los genitales, el ano o las zonas circundantes	VPH, especialmente los tipos 6 y 11
Úlceras en los genitales, el ano o las zonas circundantes	Herpes genital, sífilis, chancroide

Identificación temprana de las ITS

Lo ideal sería detectar (y tratar) una ITS a tiempo para evitar complicaciones y detener la transmisión de la infección. Para ayudar a detectar las ITS cuanto antes en los usuarios que buscan planificación familiar, el proveedor debe:

- Preguntar acerca de los antecedentes sexuales del usuario o la usuaria y evaluar el riesgo de tener una ITS.
- Preguntar si la usuaria, el usuario o sus parejas tienen síntomas de ITS, como úlceras/dolor/hinchazón genital, secreción genital o anorrectal anormal o dolor abdominal bajo.
- Buscar signos de ITS cuando se haga una exploración ginecológica o genital.
- En los usuarios con signos o síntomas de ITS, realizar rápidamente un diagnóstico sindrómico y brindar el tratamiento adecuado o, en algunos ámbitos, realizar las pruebas para detectar una ITS necesarias (pruebas rápidas o de laboratorio, según la disponibilidad; véase la página siguiente) o derivar al usuario a otro establecimiento para que reciba la atención adecuada.
- En los usuarios sin signos o síntomas de ITS pero que corren un alto riesgo de contraer estas infecciones, promueva el tamizaje de la sífilis y, cuando sea factible, el tamizaje de la gonorrea y la clamidiasis.

Además, un proveedor de planificación familiar debe:

- Aconsejar sobre el uso de preservativos y lubricantes, según las necesidades del usuario.
- Ofrecer ayuda para notificar a las parejas sexuales de todos los usuarios diagnosticados con una ITS y de aquellos que tengan síntomas y signos de una ITS; esto puede hacerse utilizando diferentes estrategias basadas en las preferencias del usuario para cada pareja.

En los entornos en los que se dispone de pruebas de para detectar una ITS, los proveedores deben, cuando proceda:

- Ofrecer pruebas de detección de la hepatitis B, preferiblemente mediante pruebas de detección rápida que puedan realizarse durante la misma visita, y, si el resultado es positivo, el usuario debe derivarse para que se evalúe si cumple los requisitos para recibir tratamiento; si el resultado es negativo, el usuario debe considerar la posibilidad de vacunarse contra la hepatitis B cuando se recomiende y esté disponible (véase la tabla sobre medidas de prevención en “Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual” en la página siguiente para conocer la vacunación contra la hepatitis B recomendada entre los adultos).
- Ofrecer pruebas para detectar la gonorrea y las infecciones por clamidia, si están disponibles. Según los antecedentes y el riesgo, obtener muestras de la garganta, la vagina y el ano. Si es posible, ofrecer al usuario la oportunidad de obtener las muestras por sí mismo (autorecogida), ya que algunos lo encuentran más adecuado.
- Informar a los usuarios con alto riesgo de exposición a una ITS de que las pruebas para detectar la sífilis y el VIH deben realizarse con regularidad, al menos una vez al año.
- Aconsejar a los usuarios que noten úlceras o verrugas genitales y un flujo o una secreción inusual en sí mismos o en sus parejas sexuales y, si los presentan, que busquen atención lo antes posible.

Infecciones vaginales comunes que pueden no ser de transmisión sexual

La candidiasis (también denominada infección por levaduras o muguet) y la vaginosis bacteriana son las infecciones más frecuentes y suelen deberse a un crecimiento desmedido de microorganismos que normalmente están presentes en la vagina. Pueden ser o no ser de transmisión sexual. La candidiasis (que puede provocar una secreción parecida a la cuajada y picor) no suele ser de transmisión sexual. En investigaciones recientes, se ha relacionado la vaginosis bacteriana con el comportamiento sexual. Las mujeres con muchas parejas tienen más probabilidades de padecer vaginosis bacteriana, pero incluso las mujeres que nunca han tenido relaciones sexuales pueden, en raras ocasiones, presentar una vaginosis bacteriana.

- En la mayoría de los lugares, estas infecciones son mucho más comunes que las ITS. Los investigadores calculan que entre 5% y 25% de las mujeres presentan vaginosis bacteriana y que entre 5% y 15% tienen candidiasis en un momento dado.
- El flujo vaginal debido a estas infecciones puede ser similar al flujo causado por algunas ITS; el flujo causado por la vaginosis bacteriana, por ejemplo, es similar

al causado por la tricomoniasis. Es importante tranquilizar a las usuarias que presentan estos síntomas e indicarles que quizá no tengan una ITS, en particular si no tienen ningún otro síntoma y corren un riesgo bajo de contraer una ITS.

- La vaginosis bacteriana se puede curar con antibióticos, generalmente con metronidazol. La candidiasis se puede curar con medicamentos antifúngicos como el fluconazol. Sin tratamiento, la vaginosis bacteriana puede provocar complicaciones en el embarazo y la candidiasis puede transmitirse al recién nacido durante el parto.

Una buena higiene puede ayudar a algunas usuarias a evitar las infecciones vaginales. Lavar la zona genital externa con jabón no perfumado y agua limpia, así como abstenerse de usar duchas, detergentes, desinfectantes, o agentes de limpieza o de secado vaginales, son buenas prácticas de higiene.

Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual

Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a los usuarios de diversas maneras a prevenir las ITS, incluida la infección por el VIH.

Medidas de prevención

Notas

Vacuna contra el VPH

Véase “Una vacuna disponible para la prevención” (en la sección de este capítulo dedicada al cáncer cervicouterino), p. 354.

Vacuna contra la hepatitis B

La infección por hepatitis B se previene mediante vacunas, que suelen administrarse a recién nacidos y niños. También se recomienda la vacunación de los adolescentes y adultos con mayor riesgo de infección (véase el recuadro de la sección “¿Quién está en riesgo de contraer una ITS?” p. 360), incluidas las personas con infección por el VIH, los contactos familiares y sexuales de personas con infección crónica por el virus de la hepatitis B, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas con muchas parejas sexuales, las personas en reclusión y las personas que se inyectan drogas.

Preservativos

El uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos ofrece una protección eficaz contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Véanse los capítulos 14 y 15.

Profilaxis previa a la exposición (PrEP)

La PrEP puede ser una herramienta eficaz para prevenir la infección por el VIH si se toma según lo prescrito. Véase el capítulo 23, sección sobre la Prevención de la infección por el VIH, p. 365.

Profilaxis posterior a la exposición (PEP)

La PEP puede ofrecerse para prevenir la infección por el VIH tras la exposición, en situaciones de urgencia. Debe iniciarse en las 72 horas siguientes a la posible exposición. Véase el capítulo 23, sección sobre la Prevención de la infección por el VIH, p. 365.

(Continúa en la página siguiente)

Medidas de prevención	Notas
Lubricante	El uso de lubricantes es recomendable para el coito anal, y también puede ayudar a la lubricación vaginal cuando se necesite o se desee. Los lubricantes evitan los pequeños desgarros en la mucosa anorrectal y vaginal, que pueden crear puntos de entrada para las ITS. Se recomiendan los lubricantes a base de agua cuando se utilizan con preservativos.
Circuncisión masculina	La circuncisión masculina puede reducir el riesgo de infección por el VIH de los hombres entre un 50% y 60% cuando mantienen relaciones sexuales vaginales con una pareja de sexo femenino. La circuncisión masculina también puede reducir el riesgo de que la pareja de sexo femenino contraiga ITS.
Prevención y tratamiento de las ITS	Diagnosticar y tratar las ITS ayuda a evitar que el usuario contraiga otras ITS; esto se debe a que las úlceras asociadas a las ITS existentes pueden facilitar que otras ITS (incluida la infección por el VIH) infecten a la persona. Por ejemplo, la infección por el virus del herpes simple de tipo 2 (VHS-2) (herpes genital) multiplica por 3 el riesgo de contraer la infección por el VIH, por 2 el de sífilis y por 1.5 el de tricomoniasis.

Un proveedor de planificación familiar debe informar a los usuarios sobre las prácticas o los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer una ITS, incluida la infección por el VIH (véase “¿Quién está en riesgo de contraer una ITS?” p. 340). Así, los usuarios pueden reflexionar sobre sus propias circunstancias y prácticas para evaluar su riesgo de contraer una ITS. Si un usuario busca más asesoramiento u orientación, entonces, según las necesidades de cada usuario, los proveedores deben adaptar su asesoramiento sobre estrategias eficaces para reducir el riesgo de una ITS, y siempre deben hacerlo en un ámbito privado y respetando la confidencialidad.

La decisión de utilizar determinadas medidas de prevención debe ser una elección informada y voluntaria del usuario. Los proveedores no deben permitir que sus opiniones personales influyan en las decisiones de prevención de los usuarios. Es importante recordar que los usuarios pueden optar por utilizar diferentes estrategias en distintas situaciones y con distintas parejas, así como en distintos momentos de su vida. **La mejor estrategia es la que una persona puede aplicar efectivamente.**

Los proveedores de planificación familiar pueden contribuir a la prevención de la infección por el VIH, así como a su diagnóstico y tratamiento tempranos, sobre todo entre las personas con mayor riesgo de infección y en países donde muchas personas con infección por el VIH. Véase el capítulo 23: Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.

Una concepción más segura para las parejas serodiscordantes respecto al VIH

Cuando una pareja quiere tener un hijo y uno de los miembros de la pareja tiene una infección por el VIH y el otro no (pareja serodiscordante), los proveedores deben:

- Asegurarse de que el miembro de la pareja con infección por el VIH toma tratamiento antirretroviral (ARV) sistemática y correctamente y se somete periódicamente a pruebas para controlar la carga vírica (o el recuento de células CD4, si no se dispone de pruebas de carga vírica). Un tratamiento antirretroviral eficaz con supresión vírica previene la transmisión del VIH a las parejas sexuales: no hay transmisión cuando la carga vírica es indetectable o se suprime (inferior o igual a 1.000 copias/ml).
- Ofrecer la PrEP a la pareja seronegativa si la otra pareja, con la infección por el VIH, sigue teniendo una carga vírica detectable. La PrEP debe utilizarse hasta que la pareja con la infección por el VIH haya logrado la supresión vírica. Algunas parejas seronegativas pueden optar por continuar con la PrEP incluso después de este período.
- Tranquilizar a la pareja diciéndole que este nuevo enfoque significa que la concepción por inseminación artificial ya no es necesaria.
- Informar a la pareja de que ambos deben someterse a pruebas de tamizaje y tratamiento de otras ITS antes de intentar concebir.

Para más información sobre métodos de planificación familiar para personas con infección por el VIH, véase “Anticonceptivos para usuarios con ITS, incluida la infección por el VIH”, p. 349.

Elección de una estrategia de protección doble

Los proveedores de planificación familiar pueden hablar con los usuarios de ambos sexos acerca de cómo protegerse tanto de las ITS, incluida la infección por el VIH, como del embarazo (“protección doble”).

Estrategia 1: Usar correcta y sistemáticamente (en cada acto sexual) el preservativo masculino o femenino.

- Es un método que ayuda a proteger contra el embarazo y las ITS.

Estrategia 2: Usar sistemática y correctamente los preservativos más otro método de planificación familiar.

- El uso de dos métodos agrega protección adicional frente al embarazo en caso de que el preservativo no se utilice o se use incorrectamente.
- Esta estrategia puede ser una buena opción para quienes desean sentirse tranquilos a la hora de evitar el embarazo si no siempre pueden estar seguros de utilizar el preservativo sistemática y correctamente.

Estrategia 3: Si ambos miembros de la pareja tienen la seguridad de no estar infectados por ninguna ITS, o si uno de ellos tiene infección por el VIH pero ha conseguido la supresión vírica gracias al tratamiento antirretroviral, utilizar cualquier método de planificación familiar para prevenir el embarazo y mantener una relación de fidelidad mutua.

- Muchos usuarios de la planificación familiar creen que pertenecen a este grupo y, por lo tanto, se sienten protegidos de a las ITS, incluida la infección por el VIH, sin utilizar preservativos.
- Esta estrategia depende de la comunicación y la confianza entre los miembros de la pareja.

Otra estrategia de protección doble, que no implica el uso de preservativos ni de ningún otro anticonceptivo, es:

Estrategia 4: Tener únicamente relaciones sexuales que eviten el coito o que impidan que el semen y las secreciones vaginales entren en contacto con los genitales o la boca de la otra persona (por ejemplo, masturbación mutua).

- Esta estrategia puede no prevenir la sífilis, el herpes genital, las verrugas genitales u otras infecciones por el VPH, según del tipo de interacción física que se produzca. Estas ITS pueden transmitirse a través del contacto cutáneo.
- Esta estrategia depende de la buena comunicación, de la confianza y del autocontrol.
- Si ésta es la estrategia de primera elección de la pareja, conviene tener preservativos a mano en caso de que tengan relaciones sexuales con penetración.

Muchos usuarios necesitarán ayuda, apoyo y orientación para que su estrategia de protección doble tenga éxito. Por ejemplo, pueden necesitar ayuda para prepararse para hablar con sus parejas sobre la protección contra a las ITS, para aprender a utilizar preservativos y otros métodos anticonceptivos, y para ocuparse de cuestiones prácticas como dónde conseguir suministros y dónde guardarlos. Los proveedores que no puedan ayudar con estos asuntos deben derivar al usuario a alguien que pueda proporcionarle más asesoramiento o desarrollar sus habilidades como, por ejemplo, un juego de roles para practicar la negociación sobre el uso del preservativo.

Anticonceptivos para usuarios con ITS, incluida la infección por el VIH

Las personas con ITS y las personas con infección por el VIH, tanto si están tomando tratamiento ARV como si no, pueden comenzar a utilizar y seguir utilizando con seguridad la mayoría de los métodos anticonceptivos. Sin embargo, existen unas pocas limitaciones, que se describen en el cuadro siguiente. En cada capítulo sobre un método anticonceptivo de este manual (capítulos 1 a 20) se ofrece más información y se presentan aspectos a tomar en consideración en lo que respecta a los usuarios con infección por el VIH, incluidos los que toman medicamentos ARV.

Consideraciones especiales en materia de planificación familiar para los usuarios con ITS, incluida la infección por el VIH

Método	Tiene ITS	Tiene la infección por el VIH
Dispositivo intrauterino (DIU): DIU de cobre o DIU de levonorgestrel (DIU-LNG)	<ul style="list-style-type: none">No coloque un DIU a una usuaria con un riesgo individual muy alto de gonorrea y clamidiasis, o que actualmente tenga una gonorrea, una clamidiasis, una cervicitis purulenta o una enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). Sin embargo, una usuaria actual del DIU que contraiga una gonorrea o una clamidiasis o que presente una EIP puede seguir usando con seguridad el DIU durante el tratamiento y después del mismo.	<ul style="list-style-type: none">Se puede colocar un DIU a una usuaria con una enfermedad clínica por el VIH leve que sea leve o asintomática (estadios 1 o 2 según la clasificación de la OMS), incluida la usuaria que sigue un tratamiento antirretroviral (ARV).En general, no se debe insertar un DIU a una usuaria que tenga una enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS).Si una usuaria de un DIU contrae la infección por el VIH o si padecía una enfermedad clínica que se vuelve grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS), puede seguir usando el DIU con seguridad.Si una mujer está usando un DIU, puede mantenerlo insertado cuando comience el tratamiento ARV.

(Continúa en la página siguiente)

Consideraciones especiales en materia de planificación familiar para los usuarios con ITS, incluida la infección por el VIH (*continuación*)

Método	Tiene ITS	Tiene la infección por el VIH
Esterilización femenina	<ul style="list-style-type: none">• Si la usuaria tiene gonorrea, clamidiasis, cervicitis purulenta o una EIP, postergue la esterilización hasta que se haya tratado y se haya curado la afección.	<ul style="list-style-type: none">• Las usuarias con infección por el VIH, incluidas las que siguen tratamiento ARV, pueden someterse con seguridad a la esterilización femenina.• Puede ser necesario retrasar el procedimiento en usuarias con enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS) si la usuaria tiene actualmente una enfermedad relacionada con el VIH.
Vasectomía	<ul style="list-style-type: none">• Si el usuario tiene una infección cutánea escrotal, una ITS activa, o hinchazón o dolor en la punta del pene, los conductos espermáticos o los testículos, postergue la esterilización hasta que se trate y cure la afección.	<ul style="list-style-type: none">• Los usuarios con infección por el VIH, incluidos los que siguen tratamiento ARV, pueden someterse con seguridad a la vasectomía.• Puede ser necesario retrasar el procedimiento en usuarios con enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadios 3 o 4 según la clasificación de la OMS) si el usuario tiene actualmente una enfermedad relacionada con el VIH.
Espermicidas	<ul style="list-style-type: none">• Se pueden utilizar.	<ul style="list-style-type: none">• En general, los usuarios con infección por el VIH no deben utilizar espermicidas (los riesgos suelen ser mayores que las ventajas).
Todos los métodos hormonales (excepto los DIU liberadores de hormonas) pueden ser utilizados por cualquier usuario con ITS, incluida la infección por el VIH.		

Cáncer cervicouterino

¿Qué es el cáncer cervicouterino?

El cáncer cervicouterino es el resultado de un crecimiento incontrolado y no tratado de células anormales en el cuello uterino. La infección por un virus de transmisión sexual, el virus del papiloma humano (VPH), provoca la aparición y el crecimiento de tales células.

El VPH se encuentra en la piel de la zona genital y también en los tejidos de la vagina, el cuello uterino y la boca. Se contagia principalmente por contacto cutáneo. También puede transmitirse en las relaciones sexuales vaginales, anales u orales, al igual que en el contacto con las manos. Hay más de 40 tipos de VPH que pueden infectar el cuello uterino, pero solo 14 de estos (denominados tipos de VPH oncogénicos o de alto riesgo) pueden provocar alteraciones precancerosas en las células del cuello uterino. De los de alto riesgo, 2 tipos (VPH 16 y 18) causan más del 70% de los cánceres de cervicouterinos, y otros 5 tipos de VPH (VPH 31, 33, 45, 52 y 58) causan un 20% adicional de los cánceres cervicouterinos. En general, más del 95% de todos los cánceres cervicouterinos se deben al VPH, mientras que aproximadamente el 5% son atribuibles al VIH (las mujeres con infección por el VIH tienen más probabilidades de desarrollar cáncer cervicouterino). Otros dos tipos de VPH (VPH 6 y 11) causan la mayoría de los casos de verrugas genitales.

La mayoría de las mujeres sexualmente activas tienen una infección por el VPH al menos una vez en su vida. En la mayoría de los casos, la infección por el VPH se resuelve espontáneamente; sin embargo, en algunas usuarias, el VPH persiste y causa proliferaciones precancerosas, que pueden evolucionar hacia un cáncer. En general, menos del 5.5% de las usuarias entre 30 y 44 años con infección persistente por el VPH desarrollan un cáncer cervicouterino.

El cáncer del cuello uterino generalmente tarda de 10 a 20 años en desarrollarse, de modo que existe un largo período de oportunidad para detectar y tratar las alteraciones precancerosas antes de que se transformen en un cáncer. Esta es la meta del tamizaje y del tratamiento de las lesiones precancerosas cervicouterinas.

¿Quién está en mayor riesgo de tener cáncer cervicouterino?

Algunos factores hacen que las usuarias sean más propensas a contraer la infección por el VPH. Otros hacen que la infección por los tipos más riesgosos del VPH avance más rápidamente hacia el cáncer de cuello uterino. Todas las usuarias se benefician del tamizaje y del tratamiento de las lesiones precancerosas cervicouterinas, pero los siguientes factores y características aumentan el riesgo contraer una infección por el VPH, desarrollar una infección persistente por el VPH y desarrollar un estado precanceroso o cáncer de cuello uterino:

- Tener muchas parejas sexuales o tener una pareja que tenga muchas parejas sexuales.
- Haber tenido muchas parejas sexuales en el transcurso de los años o tener una pareja sexual que haya tenido muchas parejas sexuales en el transcurso de los años.
- Tener un sistema inmunitario débil (incluidas las personas con infección por el VIH, que tienen un riesgo 6 veces mayor de desarrollar cáncer de cuello uterino en comparación con las que no tienen infección por el VIH).

- Tener otras infecciones de transmisión sexual, como el herpes simple, la clamidiasis y la gonorrea.
- Ser joven en el momento de la primera relación sexual/del primer parto.
- Fumar tabaco.
- Tener una pareja que no esté circuncidada.

Tamizaje y tratamiento

El tamizaje de las lesiones precancerosas cervicouterinas es sencillo, rápido y, generalmente, indoloro. Se debe hacer el tamizaje del cáncer cervicouterino a partir de los 30 años; o a partir de los 25 en el caso de las personas con infección por el VIH. La frecuencia recomendada del tamizaje depende de la prueba de tamizaje utilizada y de si la usuaria tiene infección por el VIH. Cualquier lesión precancerosa cervicouterina (alteraciones celulares) que se detecte debe tratarse, ya sea inmediatamente después de una prueba primaria con resultado positivo, o después de una segunda prueba de “triaje” con resultado positivo. A continuación, se ofrecen más detalles sobre las pruebas de tamizaje, la frecuencia y el tratamiento.

Pruebas de tamizaje

Hay 3 pruebas de tamizaje diferentes que pueden utilizarse, dependiendo de la capacidad y las condiciones de una región. Si está disponible, la prueba de tamizaje primaria recomendada es una prueba de amplificación de ácidos nucleicos (NAAT) del VPH. Los otros 2 tipos de pruebas de tamizaje son la citología y la inspección visual con ácido acético (IVAA).

1. Hay 2 tipos disponibles de **NAAT de VPH**: NAAT del ADN del VPH o NAAT del ARNm del VPH.
 - Las NAAT del ADN del VPH detectan la presencia de un virus mediante la detección del ADN viral.
 - Las NAAT del ARNm del VPH detectan las proteínas que provocan las alteraciones precancerosas de las células epiteliales mediadas por el VPH.

Para los usuarios que tienen infección por el VIH, solo se recomiendan las pruebas NAAT del ADN del VPH. En el caso de los usuarios sin infección por el VIH, pueden utilizarse ambos tipos de pruebas NAAT del VPH, pero se recomienda la prueba NAAT del ADN del VPH como prueba de tamizaje primaria preferida. Solo las muestras para las pruebas NAAT del ADN del VPH pueden ser autorecogidas.

2. La **Citología** (citología convencional [Papanicolaou] o en medio líquido [LBC]) requiere la recogida de una pequeña cantidad de células del cuello uterino. La muestra se envía a un laboratorio para analizarla. El uso de la citología requiere un laboratorio que funcione correctamente y disponga de sistemas de garantía de calidad.
3. La **IVAA** consiste en observar durante un 1 minuto el cuello uterino después de recubrirlo con una disolución débil de vinagre (entre un 3% y 5% de ácido acético). El mantenimiento de un programa de tamizaje con IVAA que funcione correctamente requiere la capacitación y la supervisión de los proveedores y un control de calidad continuo.

Enfoques de tamizaje

Se pueden considerar dos enfoques de tamizaje:

- a. En el **enfoque de tamizaje y tratamiento**, la decisión de proceder con el tratamiento se toma sin pruebas de triaje (sin segunda prueba de tamizaje y sin diagnóstico histopatológico). Las pruebas NAAT del VPH son la prueba de tamizaje recomendada en este enfoque, pero la IVAA también puede utilizarse en un enfoque de tamizaje y de tratamiento mientras se realiza la transición al uso de las pruebas NAAT del VPH.
- b. En un enfoque de **tamizaje, triaje y tratamiento**, cuando la prueba de tamizaje primaria es positiva, la decisión de proceder con el tratamiento se basa en el resultado de una segunda prueba/prueba de triaje. Las pruebas NAAT del VPH son la prueba de tamizaje recomendada en este enfoque, pero la citología también puede utilizarse en un enfoque de tamizaje, triaje y tratamiento mientras se realiza la transición al uso de las pruebas NAAT del VPH.
 - i. **Si se utiliza una prueba NAAT del VPH como prueba de tamizaje primaria**, entonces las pruebas de triaje pueden ser el genotipado del VPH 16/18, la IVAA, la colposcopia o la citología seguida de la colposcopia. Tras un resultado positivo en el tamizaje primario con una prueba NAAT del VPH pero negativo en la prueba de triaje, las usuarias no necesitan tratamiento, pero sí una evaluación de seguimiento adecuada, que debería ser a los 2 años para la población general de mujeres, y al año para las que tienen una infección por el VIH.
 - ii. **Si se utiliza la citología como prueba de tamizaje primaria**, entonces la prueba de triaje es la colposcopia. Las mujeres que tengan un resultado positivo en una prueba citológica de tamizaje primario y luego tengan resultados normales en la colposcopia deben volver a someterse a la prueba NAAT del ADN del VPH a los 12 meses y, si el resultado es negativo, pasar al intervalo del tamizaje recomendado (véase más adelante).

Tras un resultado positivo de la prueba de tamizaje primaria y un resultado positivo de la prueba de triaje, las usuarias deben recibir tratamiento inmediatamente o deben ser derivadas para tratamiento o evaluación adicional.

Edad de inicio e intervalo del tamizaje

- Para la población general de mujeres, a partir de los 30 años, las NAAT del ADN del VPH son la prueba de tamizaje recomendada con un enfoque de tamizaje y tratamiento, y también la prueba de tamizaje primaria recomendada con un enfoque de tamizaje, triaje y tratamiento, con un intervalo del tamizaje de entre 5 y 10 años. También pueden utilizarse las NAAT del ARNm del VPH, con un intervalo del tamizaje de 5 años.
- Para la población de mujeres que tiene infección por el VIH, a partir de los 25 años, las NAAT del ADN del VPH son la prueba de tamizaje primaria recomendada y se sugiere un enfoque de tamizaje, triaje y tratamiento en lugar de un enfoque de tamizaje y tratamiento, con un intervalo del tamizaje de entre 3 y 5 años.
- En los casos en que las pruebas de tamizaje del VPH aún no estén disponibles, la OMS sugiere un intervalo del tamizaje periódico cada 3 años cuando se utilice la IVAA o la citología como única o principal prueba de tamizaje, tanto entre la población general de mujeres como entre las que tienen infección por el VIH.

- Mientras se realiza la transición a un programa con un intervalo del tamizaje periódico recomendado, el tamizaje, aunque solo sea dos veces en la vida, es beneficioso tanto para la población general de mujeres como para las mujeres con infección por el VIH.

Métodos de tratamiento

El tamizaje sin tratamiento no previene el cáncer de cuello uterino. Si el resultado del tamizaje es positivo, debe proporcionarse tratamiento (inmediatamente o después de una nueva evaluación) para evitar la progresión del estado precanceroso a cáncer. Las zonas del cuello uterino que se han identificado como anormales pueden extirparse mediante ablación o escisión. La ablación es la destrucción del tejido anormal mediante congelación con una sonda (crioterapia) o utilizando calor (ablación térmica). La escisión consiste en la extirpación quirúrgica del tejido anormal mediante la escisión con asa grande de la zona de transformación (LLETZ) o la conización con bisturí frío (CKC). Solo el tratamiento por escisión dará lugar a una muestra de tejido para el examen histológico. La ablación es menos efectiva en caso de proliferaciones mayores, pero la escisión requiere una formación más amplia y el uso de anestesia local en el cuello uterino. No es necesaria la hospitalización para llevar a cabo ninguno de estos dos tratamientos. En general, ambos son efectivos y bien tolerados. Debe hacerse todo lo posible para proporcionar el tratamiento en el mismo establecimiento en el que se realiza el tamizaje, y en la misma visita en la que se realiza el tamizaje. Antes del tratamiento, las mujeres que aún no se han sometido a la IVAA deben someterse a una inspección visual con ácido acético para determinar el tipo de zona de transformación, descartar la sospecha de cáncer cervicouterino y determinar si reúnen las condiciones para la ablación. Tras el tratamiento, las mujeres deben someterse a un seguimiento al año.

Una vacuna disponible para la prevención

A mediados de la década del 2000, la Unión Europea y la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) aprobaron dos vacunas contra el cáncer cervicouterino, las lesiones precancerosas y las verrugas genitales. Ambas vacunas protegen contra los tipos 16 y 18 del VPH, que causan más del 70% de los cánceres cervicouterinos. Cervarix solo protege contra esos 2 tipos de VPH, mientras que Gardasil también protege contra la infección por los tipos 6 y 11 del VPH, que causan el 90% de las verrugas genitales. Ambas vacunas son más efectivas cuando se administran a las usuarias antes de que empiecen a ser sexualmente activas. En 2018, Gardasil 9 comenzó a estar disponible; esta vacuna más nueva contra el VPH protege contra 5 tipos adicionales del VPH que causan otro 20% de los cánceres cervicouterinos. Recientemente, Cecolin, una vacuna contra el VPH fabricada en China, también ha recibido la precalificación de la OMS.

Preguntas y respuestas sobre las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH

1. ¿Si una persona tiene otra ITS, aumenta su riesgo de infección si se expone al VIH?

Sí. En particular, las infecciones que producen úlceras en los genitales, tales como el chancroide y la sífilis, aumentan el riesgo de contraer la infección por el VIH en caso de exposición al virus. Además, otras ITS también pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH.

2. Si se usa el preservativo solo algunas veces, ¿ofrece alguna protección contra las ITS, incluida la infección por el VIH?

Para obtener la máxima protección, los preservativos se deben utilizar en cada acto sexual, y se deben utilizar correctamente. Sin embargo, en algunos casos, el uso ocasional puede resultar protector. Esto depende del riesgo de contraer una ITS al que están expuestas la persona (que depende del comportamiento sexual de la persona y de su pareja, del número de parejas sexuales y del número de personas infectadas en el mismo grupo de población o zona geográfica). Para las personas que están expuestas con frecuencia a las ITS, incluida la infección por el VIH, usar el preservativo únicamente en algunas ocasiones ofrece escasa protección.

3. ¿Quién tiene mayor riesgo de contraer una ITS?

En caso de exposición a las ITS, las mujeres son más proclives a contraer la infección que los hombres debido a factores biológicos, ya que tienen una zona de exposición (el cuello uterino y la vagina) mayor que los hombres, y durante las relaciones sexuales se pueden producir pequeños desgarros del tejido vaginal, que constituyen una vía fácil para contraer infecciones. Todas las personas que practican coito anal tienen un mayor riesgo de contraer una ITS por las mismas razones.

4. ¿Las ITS pueden transmitirse a través del sexo oral (boca en el pene o en la vagina)?

Sí. El herpes, la sífilis, la hepatitis B, la clamidiasis y la gonorrea pueden transmitirse a través de las relaciones sexuales orales.

5. ¿Pueden transmitirse las ITS a través del coito anal (pene en el ano)?

Sí. Las ITS, incluida la infección por el VIH, se transmiten comúnmente a través del coito anal. Las relaciones sexuales anales sin protección se asocian al mayor riesgo de transmisión sexual del VIH. El uso de preservativos con lubricantes es la mejor forma de protegerse contra las ITS durante el coito anal.

6. ¿Lavar el pene o la vagina después de tener relaciones sexuales reduce el riesgo de contraer una ITS?

La higiene genital es importante y constituye una buena práctica. Sin embargo, no existe evidencia de que el lavado de los genitales impida que se puedan contraer ITS. De hecho, la ducha vaginal aumenta el riesgo de la mujer de contraer ITS, incluida la infección por el VIH, y una enfermedad inflamatoria pélvica. Si es segura la exposición al VIH, el uso de la profilaxis posterior a la exposición (PEP) previene contraer la infección por el VIH. Si la exposición a otras ITS es segura, también debe utilizarse la PEP para las ITS.

7. ¿Hasta qué punto sirven los preservativos para proteger contra la infección por el VIH?

En promedio, entre las parejas heterosexuales, cuando uno de los miembros tiene la infección por el VIH y el otro no, los preservativos ofrecen al menos un 80% de protección contra el VIH cuando se utilizan en cada acto sexual. Para el coito anal insertivo, los preservativos ofrecen al menos un 63% de protección, y para el coito anal receptivo, la protección es de al menos un 72%. Sin embargo, estas estimaciones se basan en el uso autodeclarado del preservativo. Por lo tanto, pueden sobrestimar el verdadero grado de protección.

Las probabilidades de que una persona que está expuesta al VIH contraiga la infección varían considerablemente. Estas probabilidades dependen de varios factores:

- Etapa de la infección por el VIH: Las primeras semanas después de que una persona se infecta es cuando es más contagiosa y es probable que no se conozca su estado serológico en esta etapa temprana de la infección.
- Supresión vírica mediante tratamiento antirretroviral (ARV): No hay riesgo de transmisión del VIH si el ARV se toma correctamente y la carga vírica se ha vuelto indetectable.
- Tipo de acto sexual: El coito anal receptivo presenta el mayor riesgo, seguido de las relaciones sexuales vaginales; la transmisión a través de las relaciones sexuales orales es insignificante.
- Presencia de otras ITS: El VHS-2 (herpes genital) multiplica por 3 el riesgo de contraer la infección por el VIH, por 2 el de sífilis y por 1.5 el de tricomoniasis.
- Estado de la circuncisión masculina: La circuncisión masculina puede reducir el riesgo de infección por el VIH entre un 50% y 60% en los que tienen relaciones sexuales vaginales con una pareja de sexo femenino.

Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH

Puntos clave para proveedores y usuarios

- Todos los métodos de planificación familiar, excepto los espermicidas a base de nonoxinol-9,* son seguros para todas las personas con alto riesgo de contraer la infección por el VIH, incluidos los métodos hormonales (combinados o de progestágeno solo) y los no hormonales.
- Se debe ofrecer o se debe derivar a las adolescentes y a las mujeres para que se realicen una prueba para detectar el VIH si es necesario.
 - En entornos con *alta carga* de VIH ($\geq 5\%$ de prevalencia del VIH), se debe ofrecer o se debe derivar a las adolescentes y a las mujeres para que se realicen una prueba para detectar el VIH como parte rutinaria de los servicios de planificación familiar.
 - En entornos con una carga de VIH *baja y media* ($< 5\%$ de prevalencia del VIH), los proveedores de planificación familiar deben brindar información para ayudar a las adolescentes y a las mujeres a determinar si corren alto riesgo de contraer VIH y, por tanto, si necesitan someterse a una prueba para detectar el VIH.
- Todas las adolescentes y las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH deben recibir asesoramiento sobre cómo prevenir la infección por el VIH y deben someterse a pruebas de tamizaje para ver si se beneficiarían de la profilaxis previa a la exposición (PrEP) para la prevención de la infección por el VIH.
- La PrEP puede utilizarse de forma segura con todos los métodos de planificación familiar y durante la lactancia.
- Los preservativos masculinos y femeninos, cuando se utilizan sistemática y correctamente, son los únicos métodos que pueden prevenir tanto la infección por el VIH como otras infecciones de transmisión sexual (ITS), así como los embarazos no deseados.
- Realizar pruebas para detectar el VIH a las parejas de sexo masculino tiene muchas ventajas para las mujeres y los hombres.
- Independientemente del nivel de riesgo de una persona, es posible contraer la infección por el VIH tras tener relaciones sexuales sin protección aunque solo sea una vez, incluso en entornos de donde el riesgo es bajo.

* Se ha observado que el uso repetido y en dosis elevadas del espermicida a base de nonoxinol-9 se asocia a un mayor riesgo de lesiones genitales, lo que puede aumentar el riesgo de contraer la infección por el VIH (véase el capítulo 16, "Espermicidas y diafragmas", pregunta 3, p. 296). Por este motivo, la categoría CME para espermicidas y diafragmas es la categoría 4 (es decir, "Método que no debe utilizarse") para mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH (véase el apéndice D, "Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos").

Algunas adolescentes y mujeres corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH. Los proveedores de planificación familiar deben reconocer este hecho para prestar servicios de planificación familiar de alta calidad. Como se muestra en el mapa de la página siguiente, la incidencia del VIH es especialmente alta entre adolescentes y mujeres jóvenes en algunas zonas de África oriental y meridional.

Las adolescentes y las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH pueden utilizar con seguridad todos los métodos de planificación familiar, excepto los espermicidas a base de nonoxinol-9. Los proveedores de planificación familiar también deben apoyar a las adolescentes y a las mujeres para que accedan a las pruebas para detectar el VIH (incluidas las autopruebas del VIH), tanto ellas como sus parejas, así como a los servicios de prevención y atención cuando estén indicados. Las adolescentes y las mujeres que corren el riesgo de contraer la infección por el VIH también pueden estar expuestas a la violencia de género, incluida la violencia sexual, la imposición o la coacción. Si un proveedor sospecha que este es el caso, o si una usuaria revela esta información, consulte la sección sobre “Violencia contra la mujer” en el capítulo 25, “Temas de salud reproductiva” (pp. 383-396) para obtener información sobre cómo apoyar y atender a la usuaria. La usuaria también puede correr un mayor riesgo de contraer una ITS, incluida la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Para obtener información más detallada sobre las ITS, incluida la infección por el VPH, consulte el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH” (pp. 339-356).

¿Quién corre un alto riesgo de contraer la infección por el VIH?

Un enfoque centrado en el usuario es un primer paso importante para proporcionar atención y servicios seguros y efectivos. Algunas adolescentes y mujeres sexualmente activas corren el riesgo de contraer la infección por el VIH solo porque viven en un lugar con una elevada carga de VIH. En estos lugares, todas las adolescentes y las mujeres que acuden a los servicios de planificación familiar deben considerarse de alto riesgo de contraer la infección por el VIH. Además, las mujeres y las adolescentes que tienen muchas parejas sexuales o una pareja con la infección por el VIH pueden correr un alto riesgo de contraer la infección, independientemente de la carga de VIH en el lugar donde vivan.

TÉRMINOS ÚTILES:

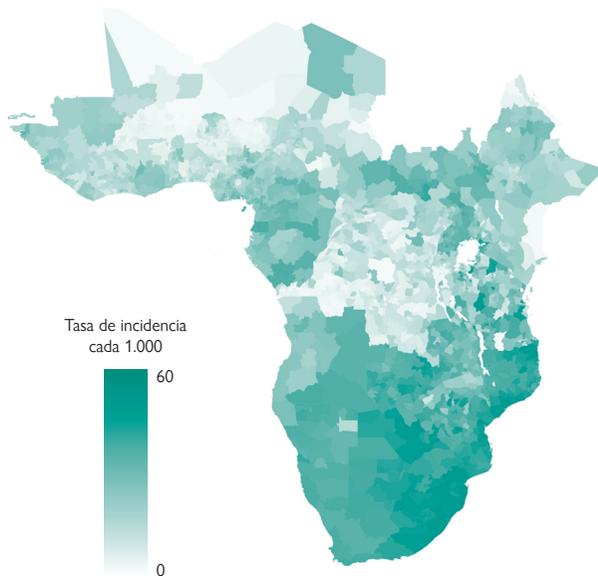
Prevalencia del VIH se refiere al porcentaje de personas de una población específica que tienen la infección por el VIH en un momento dado.

Incidencia del VIH se refiere a la tasa de nuevas infecciones por el VIH que se producen en una población específica durante un período concreto.

¿Qué son los entornos con alta carga de VIH?

En algunas partes de África oriental y meridional, un gran porcentaje de la población tiene la infección por el VIH y muchas personas se infectan por el virus. Estas zonas se denominan **entornos con alta carga de VIH** porque al menos 1 cada 20 personas tiene la infección por el VIH. Otra forma de decirlo es que la prevalencia del VIH es del 5% o superior. A veces, la prevalencia del VIH entre las mujeres es alta en todo el país y, a veces, hay lugares específicos dentro de un país con alta prevalencia de VIH entre las mujeres. Además, las necesidades de cada persona son diferentes.

Incidencia (nuevas infecciones cada 1.000) en 2019 entre mujeres de 15 a 24 años a escala subnacional en la región de África subsahariana



Fuente: Estimaciones epidemiológicas de ONUSIDA, 2020.

Nota: La incidencia del VIH se calcula como nuevas infecciones por el VIH cada 1.000 personas/año en situación de riesgo.

Países: Países seleccionados de la región de África subsahariana para los que se disponía de los datos necesarios para elaborar estimaciones subnacionales de la infección por el VIH.

Riesgo de contraer la infección por el VIH en entornos con una carga de VIH baja o media

Las adolescentes y las mujeres que viven en entornos con una carga de VIH baja o media (donde la prevalencia del VIH es inferior al 5%) también pueden correr un alto riesgo de contraer la infección por el VIH. Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a las adolescentes y a las mujeres a determinar si corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH entablando una conversación sobre los aspectos de su vida que pueden hacerlas más vulnerables a contraer el virus. Los proveedores de atención de salud deben recomendar la prueba para detectar el VIH a todos los usuarios que puedan estar en situación de alto riesgo de contraer la infección por el VIH en todos los entornos.

En estas conversaciones para ayudar a las adolescentes y a las mujeres a determinar si corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH, se puede empezar hablando de una serie de factores que pueden indicar que corren riesgo de contraer el virus, como se indica en el recuadro siguiente. Cuando sea posible, los proveedores deben utilizar las directrices nacionales sobre el VIH y las herramientas de su país para ayudar a los usuarios a determinar si corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH.

En estas conversaciones, el proveedor debe utilizar un lenguaje fácil de entender y debe evitar ser crítico o sentencioso; las adolescentes y las mujeres deben poder responder libremente a las preguntas y hablar de sus preocupaciones sin temor a ser juzgadas o a las repercusiones. Consulte el capítulo 26, “Provisión de servicios de planificación familiar” para obtener más consejos sobre cómo hablar de temas delicados (consulte la sección “Asesoramiento exitoso”, p. 398-400).

En el capítulo 22 sobre las ITS, se incluye información detallada para ayudar a comprender los comportamientos que aumentan el riesgo de contraer una ITS (véase “¿Quién corre el riesgo de contraer una ITS?”, p. 340 e “Identificación temprana de las ITS”, pp. 343-344).

Factores que pueden indicar un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH en cualquier entorno

- Tener muchas parejas sexuales en los últimos seis meses.
- Tener relaciones sexuales sin preservativo con una pareja con infección por el VIH que no tiene supresión vírica.
- Tener relaciones sexuales sin preservativo con una pareja cuyo estado respecto a la infección por el VIH se desconoce.
- Tener una ITS ahora o haber tenido una en el último año.
- Tener una pareja con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.
- Tener relaciones sexuales sin protección a cambio de dinero o bienes.
- Inyectarse drogas y compartir agujas para inyectarse.
- Sufrir violencia de género.

¿Qué métodos de planificación familiar pueden utilizar las adolescentes y las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH?

Todos los métodos anticonceptivos pueden ser utilizados con seguridad por adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH, siempre que no existan otras contraindicaciones médicas o fisiológicas, excepto los espermicidas (véase el apéndice D, “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”). En algunas investigaciones, se ha demostrado la eficacia y la seguridad de los métodos hormonales (combinados o de progestágeno solo) y no hormonales para las mujeres con riesgo de infección por el VIH, indicando que estos métodos no aumentarán las probabilidades de que una mujer contraiga el VIH, con la excepción de los espermicidas. Los preservativos (tanto masculinos como femeninos) son el único método de protección doble disponible en la actualidad para prevenir tanto las ITS (incluida la infección por el VIH) como los embarazos no deseados. Además, el asesoramiento sobre los beneficios del uso de dos métodos (preservativos más otro método anticonceptivo) ayuda a los usuarios a tomar decisiones informadas con respecto a la prevención del VIH, otras ITS y el embarazo (véase el Capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, en la sección sobre “Elección de una estrategia de protección doble”, pp. 347-348).

Provisión de pruebas para detectar el VIH y servicios de prevención

Los proveedores pueden derribar las barreras que impiden el acceso a las pruebas para detectar el VIH y a las medidas de prevención al prestar estos servicios cuando las adolescentes y las mujeres solicitan planificación familiar. En entornos con una alta carga de VIH, y cuando se prestan servicios de planificación familiar a personas con alto riesgo de contraer la infección por el VIH, esto implica proporcionar lo siguiente:

- Preservativos femeninos y masculinos y lubricantes
- Información sobre la prueba para detectar el VIH, y la derivación y la realización de la prueba, si está disponible (véanse las secciones “Hablar sobre la prueba para detectar el VIH”, p. 364 y “Opciones para la prueba para detectar el VIH”, p. 365).
- Información sobre todas las opciones de prevención y de tratamiento de la infección por el VIH
- *Para las mujeres que se enteran de que tienen la infección por el VIH durante la consulta:* Asesoramiento posterior a la prueba, tratamiento antirretroviral (ARV) o derivación para tratamiento inmediato y acceso a la atención de salud.
- *Para las mujeres que dan negativo durante la consulta:* Asesoramiento sobre la reducción del riesgo de contraer la infección por el VIH, acceso al tamizaje y al suministro de profilaxis previa a la exposición (PrEP) (véase la sección sobre “Prevención de la infección por el VIH”, pp. 365-366).

- Pruebas a la pareja o pruebas y asesoramiento sobre el VIH para parejas, para mujeres que estén acompañadas por sus parejas, y cuando ambos consentan.
- Derivación a pruebas a la pareja para mujeres que no están acompañadas por sus parejas, con el consentimiento de la mujer.
- Fomento del uso de preservativos entre las parejas de sexo masculino.

En la tabla de la página siguiente, se muestra la diferencia entre cómo se ofrecen las pruebas para detectar el VIH y los servicios de prevención a las mujeres que viven en entornos con una alta carga de VIH y en entornos con una carga baja y media. En los entornos con una alta carga de VIH, se ofrecen servicios de pruebas y de prevención a todas las adolescentes y mujeres que acuden a los servicios de planificación familiar, mientras que en los entornos con una carga baja y media, estos servicios no se ofrecen de forma rutinaria y, en su lugar, los proveedores ofrecen pruebas a las personas con un alto riesgo de contraer la infección por el VIH.

¿A quién se debe ofrecer la prueba para detectar el VIH?

Deben ofrecerse servicios de pruebas para detectar el VIH a todos los usuarios de planificación familiar con un alto riesgo de contraer la infección por el VIH, ya sea porque viven en una región con una alta carga de VIH o porque corren un alto riesgo a pesar de vivir en un entorno con una carga de VIH baja o media (véase la tabla de la página siguiente). **Para estos usuarios, la prueba para detectar el VIH debe ofrecerse de forma rutinaria** con todos los servicios de planificación familiar, ya que es un primer paso fundamental para obtener atención y tratamiento adecuados del VIH, asesoramiento sobre la reducción del riesgo y servicios de prevención.

- En entornos de **alta carga de VIH**, se debe ofrecer a todas las adolescentes y mujeres una prueba para detectar el VIH (con información y asesoramiento completos) cuando busquen servicios de planificación familiar, o derivarlas a otro lugar para que se hagan la prueba si no está disponible en el establecimiento.
- En entornos con una carga de VIH **baja y media**, se debe ofrecer la prueba para detectar el VIH a todas las adolescentes y mujeres que presenten un alto riesgo de contraer la infección por el VIH tras hablar de los factores de riesgo con un proveedor (véase el recuadro anterior en este capítulo). Se incluye a las trabajadoras del sexo y a las mujeres que se inyectan drogas. Si la prueba para detectar el VIH no está disponible en el establecimiento de planificación familiar, se las debe derivar a otro lugar para que se hagan la prueba.

¿Con qué frecuencia las mujeres deben volver a hacerse la prueba de para detectar el VIH?

En todos los entornos, independientemente de la carga de VIH, las adolescentes y las mujeres **pueden someterse a la prueba cada año si presentan alguno de los factores de riesgo** descritos en el recuadro de la p. 360 de este capítulo. También deben volver a hacerse la prueba si quedan embarazadas, como servicio de rutina durante la atención prenatal. Para obtener más información, consulte la sección “Preguntas y respuestas” al final de este capítulo.

Ofrecer sistemáticamente servicios de prevención y pruebas para detectar el VIH a los usuarios que acuden a los servicios de planificación familiar (PF), al establecer

Servicio para el VIH	Entornos con una carga de VIH baja y media (<5% de prevalencia del VIH)		Entornos con alta carga de VIH (≥5% de prevalencia del VIH)
	Usuarios de PF sin alto riesgo de contraer la infección por el VIH	Usuarios de PF con alto riesgo de contraer la infección por el VIH	Todos los usuarios de PF
Preservativos femeninos y masculinos y lubricantes	Sí	Sí	Sí
Conversación para evaluar el riesgo de contraer la infección por el VIH antes de ofrecer (o remitir a) la prueba para detectar el VIH (véase la sección anterior sobre quién corre un alto riesgo y el recuadro en el que se enumeran los posibles factores de riesgo).	Sí	Sí	<i>No es obligatoria: la prueba para detectar el VIH debería ser una propuesta habitual</i>
Ofrecer o derivar para la prueba para detectar el VIH y proporcionar información sobre la prueba	<i>No es una propuesta habitual</i>	Sí	Sí
Para las mujeres que dan positivo durante la consulta de PF: asesoramiento posterior a la prueba, suministro de tratamiento antirretroviral (ARV) o derivación al mismo, y acceso a la atención de salud.	Sí	Sí	Sí
Para las mujeres que dan negativo durante la consulta de PF: asesoramiento sobre la reducción del riesgo de contraer la infección por el VIH y acceso al tamizaje y al suministro de profilaxis previa a la exposición (PrEP)	<i>No es una propuesta habitual</i>	Sí	Sí
Pruebas de pareja (o derivación de la pareja) o pruebas y asesoramiento sobre el VIH para parejas	<i>No es una propuesta habitual</i>	Sí, si ambos miembros de la pareja dan su consentimiento	Sí, si ambos miembros de la pareja dan su consentimiento
Fomento del uso de preservativos entre las parejas de sexo masculino	Sí	Sí	Sí

Hablar sobre la prueba para detectar el VIH

Los proveedores pueden ayudar a los usuarios a entender lo que significa someterse a una prueba para detectar el VIH y cómo los beneficiará hacerse la prueba y conocer su estado. Los usuarios deben estar plenamente informados y recibir asesoramiento. Los siguientes mensajes pueden proporcionarse mediante sesiones informativas individuales o en grupo o a través de otros medios, como carteles, folletos o videos. Para obtener información sobre otras ITS, consulte el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”.

Aspectos clave que hay que saber sobre la prueba para detectar el VIH, los resultados y el seguimiento antes de someterse a ella:

- La situación con respecto a las pruebas, las conversaciones y el estado respecto a la infección por el VIH serán **confidenciales** y no se divulgarán.
- **Los resultados de las pruebas para detectar el VIH son fiables**, siempre que se hayan seguido los algoritmos nacionales para pruebas.
- **Un resultado negativo en la prueba** significa que el usuario no tiene el VIH en ese momento (no necesita ningún tratamiento).
 - Un usuario que haya dado negativo en la prueba recibirá asesoramiento sobre cómo protegerse del VIH y se le harán pruebas de tamizaje para recibir (o se le dará acceso a) servicios de prevención del VIH para ayudarlo a seguir sin tener el virus (incluida la PrEP o el uso de preservativos), especialmente si corre un alto riesgo de contraer la infección por el VIH (véase “Prevención de la infección por el VIH”, en la página siguiente).
- **Un resultado positivo en la prueba** significa que se han detectado anticuerpos del VIH y que la persona tiene la infección por el VIH.
 - Aunque se sienta bien, una usuaria que ha dado positivo debe recibir información completa y ser derivada/tener acceso inmediatamente a los servicios para el VIH; es prioritario iniciar un tratamiento efectivo para la infección por el VIH y acceder a la atención y el apoyo adecuados lo antes posible.
- **Deben analizarse las opciones de pruebas a la pareja o de derivación.** Informar de manera voluntaria a las parejas de sexo masculino de los resultados positivos y negativos de las pruebas para detectar el VIH y animarlas a que también se sometan a ellas tiene sus ventajas. **Divulgar información a cualquier persona (parejas de sexo masculino, maridos y cualquier miembro de la familia) debe ser siempre voluntario.**
- **El tratamiento para la infección por el VIH** (también llamado tratamiento antirretroviral o ARV) es muy efectivo, se tolera bien y funciona mejor cuando se inicia temprano.
 - El tratamiento para la infección por el VIH permite a una persona que tiene el virus mantenerse sana. Las personas que toman el ARV sistemática y correctamente pueden llegar a tener supresión vírica, etapa en la que no transmiten el VIH a otras personas.
 - El tratamiento para la infección por el VIH puede estar disponible en el mismo establecimiento que el consultorio de planificación familiar, o los usuarios pueden tener que acceder a él a través de la derivación a otro establecimiento.

Después de proporcionar esta información sobre la prueba para detectar el VIH individualmente o en grupo, los proveedores deben dar a los usuarios la oportunidad de hacer preguntas y de aceptar o rechazar la prueba de manera individual y en privado. Es importante que los proveedores den a los usuarios la oportunidad de hacer preguntas tanto antes como después de someterse a la prueba para detectar el VIH. Al final de este capítulo, se incluyen algunas preguntas y respuestas frecuentes.

Opciones para la prueba para detectar el VIH

Los proveedores de planificación familiar deben sentirse cómodos al hablar de los comportamientos de riesgo de contraer el VIH y las pruebas, así como al ofrecer y realizar las pruebas para detectar el VIH y el asesoramiento posterior a la prueba y las derivaciones, especialmente en entornos con una alta carga de VIH. En los entornos de planificación familiar, las pruebas para detectar el VIH más comunes disponibles serán las pruebas rápidas del VIH y las autopruebas del VIH. Los proveedores de planificación familiar deben asesorar sobre TODAS las opciones de pruebas disponibles y permitir que los usuarios elijan la opción que prefieran.

Pruebas rápidas del VIH: La mayoría de los usuarios se someterán a una prueba rápida del VIH en la que se analiza una pequeña cantidad de sangre. Si el resultado de la prueba es negativo, la mujer no tiene la infección por el VIH. Si el resultado de la prueba es positivo, esto debe confirmarse con otra prueba rápida. Es importante seguir el algoritmo nacional para pruebas de diagnóstico del VIH, en el que se incluirán muchas pruebas para diagnosticar la infección por el VIH.

Kits de autopruebas del VIH (HIVST): Es posible que algunos usuarios prefieran hacerse la prueba ellos mismos mediante los kits de HIVST, ya sea en el establecimiento o en casa. En algunas, se utiliza sangre; en otras, saliva. Dado que puede haber falsos positivos con el HIVST, todos los resultados positivos deben confirmarse en el consultorio mediante pruebas rápidas, de acuerdo con el algoritmo nacional para pruebas de diagnóstico del VIH.

Prevención de la infección por el VIH

Los proveedores de planificación familiar pueden ayudar a las adolescentes y a las mujeres con riesgo de contraer el VIH a mantenerse sin la infección. Pueden hacerlo al compartir información precisa sobre las medidas de prevención del VIH y al proporcionar preservativos y acceso a la profilaxis previa y posterior a la exposición (PrEP y PEP) según sea necesario.

Formas en que las mujeres pueden **prevenir** la infección por el VIH:

- Utilizar correctamente los preservativos masculinos o femeninos y los lubricante cada vez que tengan relaciones sexuales; así se prevendrá la infección por el VIH y otras ITS.
- Evitar el contacto sexual sin protección con parejas con la infección por el VIH y con aquellas que desconozcan su estado respecto a la infección por el VIH; utilizar siempre preservativos y considerar la posibilidad de tomar la PrEP.
- Animar a las parejas a que se hagan la prueba para detectar el VIH.
- Conocer el estado de su pareja y animarla a iniciar el tratamiento para la infección por el VIH si es que la tiene.
- Tomar la PrEP tal y como se receta.

- Utilizar agujas/jeringas esterilizadas en caso de inyectarse drogas.
- A las mujeres que han sufrido violencia o abusos sexuales se les debe ofrecer profilaxis posterior a la exposición (PEP) y píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU) en un entorno de apoyo y sin prejuicios (para más detalles, véase el capítulo 3, “Píldoras anticonceptivas de urgencia”).

Las mujeres que tienen relaciones sexuales a cambio de bienes o dinero, que tienen muchas parejas sexuales, que se inyectan drogas o que tienen relaciones sexuales con hombres que se inyectan drogas corren un riesgo especialmente alto de contraer la infección por el VIH. Según la situación, también se les debe proporcionar preservativos y lubricantes y se les debe ofrecer la PrEP o la PEP. Es importante recordar que todos los métodos de planificación familiar son seguros (excepto los espermicidas) y eficaces para estas mujeres y deben iniciarse lo antes posible, si así lo desean.

La PrEP, o profilaxis previa a la exposición,¹ es una píldora que toma diariamente una persona que no tiene el virus para evitar infectarse por el VIH si se expone al virus. La PrEP es una combinación de medicamentos contra el VIH, pero no es un tratamiento para el VIH. La PrEP es segura y puede ofrecerse a adolescentes y mujeres que viven en zonas con una alta carga de VIH o que corren un alto riesgo de contraer la infección por el VIH por otros motivos. La PrEP puede utilizarse de forma segura con todo tipo de métodos anticonceptivos, incluidos los hormonales, y es segura durante la lactancia. Se puede encontrar más información sobre la PrEP en el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, sección “Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual” (pp. 345-346).

La PEP, o profilaxis posterior a la exposición, es un método de urgencia para prevenir la infección por el VIH. Una persona que no tiene el virus tendría que tomar un tratamiento antirretroviral (ARV) durante 4 semanas que empezaría muy poco después (y nunca pasadas las 72 horas) de que esa persona pudiera haber estado expuesta al VIH. Se trata de una medida de emergencia, más que de un método habitual para prevenir la transmisión del VIH. Se trata de un valioso tratamiento preventivo para quienes acuden a los servicios de planificación familiar después de sufrir violencia sexual, relaciones sexuales forzadas o bajo coacción, o tras haber tenido relaciones sexuales sin protección (o si el preservativo falló) con una persona que tiene la infección por el VIH y que no tiene la supresión vírica mediante el uso del tratamiento antirretroviral (ARV) o con alguien cuyo estado respecto a la infección por el VIH se desconoce. Al igual que la PrEP, la PEP puede utilizarse de forma segura con todo tipo de métodos anticonceptivos, incluidos los hormonales, y es segura durante la lactancia.

1 En la actualidad, existen varias opciones nuevas de prevención del VIH de acción prolongada (incluidos el anillo vaginal de dapivirina y el inyectable de acción prolongada de cabotegravir) y productos combinados de prevención del VIH y anticonceptivos que han demostrado recientemente su eficacia o están en fase de desarrollo. En el futuro, ofrecer estas opciones en los servicios de anticoncepción podría ser aceptable y factible para las mujeres. Está previsto un programa de investigación operativa para comprender cómo se podrían ofrecer estas nuevas opciones de forma segura para permitir el mayor impacto.

Pruebas del VIH en la pareja masculina y mensajes de prevención

Es importante que todas las personas sexualmente activas se hagan la prueba para detectar el VIH y conozcan el estado respecto a la infección por el VIH de sus parejas sexuales. Como proveedor de servicios de planificación familiar, es probable que los usuarios sean principal o exclusivamente mujeres. Pero las parejas sexuales de una mujer pueden transmitirle la infección por el VIH, y ella puede transmitir el VIH a sus parejas sexuales. La prueba a la pareja beneficia a la pareja de sexo masculino porque conocerá su propio estado respecto a la infección por el VIH. Si se descubre que tiene la infección por el VIH, puede ser derivado para recibir atención y tratamiento inmediatos contra el virus. Si da negativo, puede tomar medidas para seguir siéndolo.

Deben ofrecerse sistemáticamente derivaciones a los siguientes servicios:

Servicios para la pareja: Si una adolescente o una mujer da positivo y decide revelar su respecto a la infección por el VIH a su pareja, el proveedor puede poner a las parejas en contacto con servicios para y asesoramiento sobre el VIH. Esto debe hacerse de manera confidencial y debe ser totalmente voluntario. Si la usuaria no desea revelar su estado respecto a la infección por el VIH a su pareja, el proveedor puede derivar el caso al personal capacitado del servicio de pruebas para detectar el VIH para ayudar a garantizar servicios confidenciales de gestión de la pareja, lo que incluye informar a sus parejas sexuales de que pueden haber estado expuestas al VIH y ofrecerles una prueba sin revelar la identidad de la mujer. Informar a la pareja de sexo masculino de los resultados de las pruebas y animarla a someterse a ellas es beneficioso, pero siempre debe ser voluntario.

Autopruueba del VIH (HIVST): Las parejas de sexo masculino también pueden conocer su estado mediante un kit de HIVST. Algunos consultorios de planificación familiar pueden proporcionar kits de pruebas del VIH para que las mujeres se los lleven a sus parejas.

Pruebas en pareja: Una forma de animar a la pareja de sexo masculino a hacerse la prueba es ofrecer pruebas en pareja, en las que ambos miembros de la pareja reciben asesoramiento y se hacen la prueba al mismo tiempo, lo que puede facilitar que decidan compartir sus resultados entre ellos. **Ambos miembros deben estar de acuerdo en conocer su propio estado respecto a la infección por el VIH y también en revelar su estado al otro miembro.**

Otros mensajes importantes sobre los hombres y la transmisión del VIH:

- Si un adolescente o un hombre es seronegativo, puede continuar siéndolo al usar preservativos y lubricantes de forma sistemática y correcta o al tomar la PrEP. El riesgo de contraer la infección por el VIH se reducirá si solo tiene una pareja sexual y, si no está circuncidado, accede a la circuncisión médica masculina voluntaria (CMMV).
- Si un adolescente o un hombre tiene la infección por el VIH y toma tratamiento ARV, no transmitirá el VIH a su pareja seronegativa mientras su carga viral esté suprimida. Lo mismo ocurre si una adolescente o una mujer vive con la infección por el VIH y toma tratamiento ARV, y su pareja es seronegativa.
- El tratamiento ARV no protege contra otras ITS. Para reducir el riesgo de otras ITS, las parejas deben utilizar preservativos con lubricante.

Preguntas y respuestas sobre la planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH

1. ¿Es seguro que las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH utilicen anticonceptivos hormonales?

Sí, todos los métodos de planificación familiar, incluidos los hormonales, se consideran seguros para todas las mujeres independientemente del riesgo de contraer la infección por el VIH, siempre que no existan otras contraindicaciones médicas o fisiológicas. La única excepción es el espermicida a base de nonoxinol-9, que no deben utilizar las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH.²

2. ¿Qué significa un resultado reactivo (“positivo”) en la autoprueba del VIH?

La autoprueba del VIH (HIVST) es solo para el tamizaje y no proporciona un diagnóstico positivo definitivo de la infección por el VIH. Una HIVST muestra resultados **reactivos** (“positivos”) o **no reactivos** (“negativos”). **Un resultado reactivo (“positivo”) de la HIVST no es un diagnóstico positivo de la infección por el VIH.** Todas las personas con un resultado reactivo (“positivo”) a la HIVST necesitan que un proveedor capacitado realice pruebas adicionales para **diagnosticar la infección por el VIH**, empezando por la primera prueba del algoritmo nacional de pruebas. Un resultado no válido de la HIVST significa que es necesario repetir la prueba con otro kit de HIVST nuevo. **Se debe animar a toda persona que no esté segura del resultado en la HIVST a que acuda a un proveedor capacitado.**

3. ¿Qué significa un resultado no reactivo (“negativo”) en la autoprueba del VIH?

Un resultado no reactivo (“negativo”) en la autoprueba del VIH (HIVST) puede considerarse un resultado negativo correcto. No es necesario realizar un seguimiento inmediato ni más pruebas para detectar el VIH (excepto en el caso de las personas que toman profilaxis previa a la exposición [PrEP]). Si el usuario corre un alto riesgo de contraer la infección por el VIH, puede tomar medidas para mantenerse seronegativo (como asesoramiento sobre la reducción del riesgo de contraer la infección por el VIH, pruebas de tamizaje para la PrEP o tomar la PrEP). Un resultado no válido de la HIVST significa que es necesario repetir la prueba con otro kit de HIVST nuevo. **Se**

2 Se ha observado que el uso repetido y en dosis elevadas del espermicida a base de nonoxinol-9 se asocia a un mayor riesgo de lesiones genitales, lo que puede aumentar el riesgo de contraer la infección por el VIH (véase el capítulo 16, “Espermicidas y diafragmas”, pregunta 3, p. 296). Por este motivo, la categoría CME para espermicidas y diafragmas es la categoría 4 (es decir, “Método que no debe utilizarse”) para mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH (véase el apéndice D, “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”).

debe animar a toda persona que no esté segura de su resultado en la prueba para detectar el VIH a que acuda a un proveedor capacitado.

4. ¿Por qué son útiles las autopruebas del VIH?

A pesar de no dar un diagnóstico positivo definitivo, la autoprueba del VIH (HIVST) es una importante herramienta de tamizaje y una buena opción para muchas personas, ya que proporciona un método cómodo y confidencial para someterse a la prueba para detectar el VIH. La HIVST es una forma eficaz de llegar a las personas que de otro modo no se someterían a la prueba para detectar el VIH, incluidos los adolescentes y los grupos de población clave.³

5. ¿Es seguro quedarse embarazada tomando la PrEP?

Sí. La PrEP es una forma segura y eficaz de prevenir la infección por el VIH cuando se intenta concebir. Muchas parejas serodiscordantes (en la que uno de los miembros de la pareja tiene una infección por el VIH y tiene el virus suprimido gracias al tratamiento antirretroviral, y el otro no tiene el virus) desean tener un hijo, y el uso de la PrEP puede considerarse una estrategia para una concepción más segura. Por lo tanto, a las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH que estén intentando concebir se les debe ofrecer la PrEP durante el tiempo que sea necesario, con el fin de prevenir la infección por el VIH. La PrEP no previene el embarazo ni otras ITS. (Véase el capítulo 22, "Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH", sección "Una concepción más segura para las parejas serodiscordantes respecto al VIH", p. 347).

6. ¿Es seguro tomar la PrEP durante el embarazo o la lactancia?

Sí. Tomar la PrEP es seguro para las mujeres embarazadas o en período de lactancia. La PrEP es una combinación de fármacos antirretrovirales que pueden tomar las mujeres embarazadas y en período de lactancia sin ningún problema para la mujer o para su bebé.

En la región de África subsahariana, la infección por el VIH puede producirse en altas tasas durante el embarazo y el riesgo de transmitir el VIH al bebé es mayor si la madre contrae el VIH durante el embarazo. La PrEP es una opción segura e importante para prevenir la infección por el VIH entre las mujeres embarazadas y sus bebés.

7. ¿Durante cuánto tiempo puede una mujer tomar la PrEP?

Las adolescentes y las mujeres pueden tomar la PrEP de forma segura mientras corran riesgo de contraer la infección por el VIH. Deben someterse a una prueba para detectar el VIH cada 3 meses para asegurarse de que se siguen sin tener la infección por el VIH mientras toman la PrEP. Si una persona da positivo en la prueba para detectar el VIH mientras toma la PrEP, debe ser derivada inmediatamente a los servicios de tratamiento antirretroviral (ARV).

3 Las poblaciones clave son "grupos definidos que, debido a comportamientos específicos de mayor riesgo, corren un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH, independientemente del tipo de epidemia o del contexto local". Para obtener una definición más completa, véase: "Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH para grupos de población clave"; actualización del 2016. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246200>).

8. ¿La PrEP reduce la efectividad de los anticonceptivos hormonales?

No. La PrEP no afecta a la efectividad de los anticonceptivos hormonales, y los anticonceptivos hormonales no afectan a la efectividad de la PrEP. Esto se debe a que los medicamentos de la PrEP no modifican los niveles de anticonceptivos hormonales en el organismo. La PrEP se puede tomar con seguridad con cualquier método anticonceptivo, y cualquier método anticonceptivo se puede usar con seguridad con la PrEP.

9. ¿Qué significa estar en el “período ventana”?

El “período ventana” es un corto período (por lo general, menos de 3 semanas) en el que una persona ha contraído la infección por el VIH pero aún no ha desarrollado una respuesta inmunitaria (anticuerpos antirretrovíricos) frente al virus. Dado que las pruebas del VIH detectan anticuerpos antirretrovíricos, un algoritmo estándar de pruebas del VIH podría indicar que una mujer es seronegativa durante el “período ventana” cuando en realidad es seropositiva (tiene la infección por el VIH en el cuerpo). Si una mujer tuvo una exposición reciente al VIH y da negativo en la prueba del VIH, debe hacerse otra prueba en 2 semanas para confirmar su estado respecto a la infección por el VIH.

Salud materna y neonatal

Puntos clave para proveedores y usuarias

- **Espere a que su último hijo tenga al menos 2 años antes de intentar quedarse embarazada otra vez.** Espaciar los nacimientos es bueno para la salud de la madre y del bebé.
- **Realice el primer contacto de atención prenatal en las 12 primeras semanas de embarazo y programe al menos 8 contactos durante el embarazo.**
- **Planifique por adelantado la planificación familiar que se llevará a cabo después del parto.**
- **Prepárese para el parto.** Haga planes para un parto normal, pero tenga también un plan de urgencia.
- **Amamante al bebé para que sea más sano.**

Los proveedores de atención de salud ven a muchas mujeres que quieren quedarse embarazadas, que están embarazadas o que han dado a luz recientemente. También ven a adolescentes que están embarazadas. Los proveedores pueden ayudar a las mujeres a planificar los embarazos, planificar la anticoncepción para después del parto, prepararse para el nacimiento y cuidar a sus bebés. La atención diligente puede ayudar a las mujeres a contemplar el embarazo como una experiencia positiva.

Planificación del embarazo

La mujer que quiere tener un hijo puede aprovechar el asesoramiento sobre cómo prepararse para tener un embarazo y un parto seguros y tener un hijo sano:

- Es mejor esperar al menos 2 años después del parto antes de suspender la anticoncepción para quedarse embarazada nuevamente.
- Por lo menos 3 meses antes de suspender la anticoncepción para quedarse embarazada, la mujer debe empezar a alimentarse con una dieta equilibrada y debe continuar haciéndolo durante todo el embarazo. Una alimentación saludable incluye una cantidad adecuada de energía, proteínas, vitaminas y minerales procedentes de hortalizas verdes y anaranjadas, carne, pescado, legumbres, frutos secos, cereales integrales y fruta. El ácido fólico y el hierro son particularmente importantes.

- El ácido fólico se encuentra en alimentos como las legumbres (frijoles, tofu, lentejas y guisantes), frutas cítricas, cereales integrales y hortalizas verdes. Se recomiendan los comprimidos de ácido fólico.
- El hierro se encuentra en alimentos como la carne y las aves, el pescado, las hortalizas verdes y las legumbres. Se recomiendan los comprimidos de hierro.
- Si una mujer tiene una infección de transmisión sexual (ITS) o si es posible que haya estado expuesta a una ITS, incluida la infección por el VIH, el tratamiento puede reducir la probabilidad de que el hijo nazca con la infección. Si una mujer cree que ha estado expuesta o que podría estar infectada, debe hacerse las pruebas de detección, de estar disponibles (véase también “Una concepción más segura para las parejas serodiscordantes respecto al VIH, p. 333).



Durante el embarazo

La primera consulta de atención prenatal debe hacerse en las etapas iniciales del embarazo (lo ideal es antes de la semana 12). Para la mayoría de las mujeres, lo adecuado es tener 8 contactos con un proveedor de atención de salud a lo largo del embarazo. Las mujeres con ciertas afecciones o complicaciones del embarazo pueden necesitar más contactos.

Promoción de la salud y prevención de enfermedades

- Asesore a las mujeres sobre cómo nutrirse bien. Las embarazadas deben comer alimentos que contienen hierro, folato, vitamina A, calcio y yodo. Deben evitar el consumo de tabaco y el tabaquismo pasivo, el consumo de bebidas alcohólicas y de drogas o medicamentos (salvo los medicamentos recomendados por algún proveedor de atención de salud). Las embarazadas deben tomar a diario suplementos de hierro y de ácido fólico por vía oral, si están disponibles.
- Aliente a las mujeres a mantenerse activas. La actividad física es saludable para las embarazadas y les ayuda a no aumentar demasiado de peso.
- Si una mujer ha tenido una hiperglucemia (concentración alta de glucosa [azúcar] en la sangre) diagnosticada por primera vez durante un embarazo, esta afección debe clasificarse como diabetes sacarina gestacional, que en la mayoría de las mujeres desaparecerá después del embarazo, o como diabetes sacarina en el embarazo, que requerirá tratamiento continuo después del embarazo. La hiperglucemia aumenta la probabilidad de resultados adversos del embarazo.
- Evalúe la edad gestacional con una ecografía, si está disponible, antes de las 24 semanas de gestación.

- Ayude a las embarazadas a protegerse de las infecciones y a recibir tratamiento si han contraído alguna.
 - Si la mujer corre el riesgo de contraer ITS, hable con ella sobre el uso de los preservativos o la abstinencia durante el embarazo (véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, p. 329).
 - Compruebe si la embarazada está vacunada contra el tétanos.
 - Para prevenir o tratar la anemia en zonas donde la anquilostomiasis sea común, proporcione tratamiento (terapia antihelmíntica) después del primer trimestre.
 - Realice el cribado de la bacteriuria (bacterias en la orina) en las embarazadas conforme a las directrices de los programas. Tanto los casos sintomáticos como los asintomáticos deben ser tratados con antibióticos. La bacteriuria asintomática aumenta la probabilidad de parto prematuro y de peso bajo al nacer.
- Ayude a la mujer embarazada a proteger a su hijo de las infecciones.
 - Realice pruebas de detección de la sífilis lo antes posible en el embarazo y trátela si corresponde.
 - Ofrezcale pruebas de detección y asesoramiento sobre el VIH.
 - Las embarazadas son particularmente propensas a contraer la malaria. En las zonas donde la enfermedad sea generalizada, proporcione a todas las embarazadas mosquiteros tratados con insecticida para la prevención, así como un tratamiento antimalárico efectivo, tanto si se ha diagnosticado la malaria como si no (tratamiento de presunción). Haga el seguimiento de las embarazadas para detectar la malaria y proporcione de inmediato tratamiento si se diagnostica.
- En lo que se refiere a los síntomas comunes durante el embarazo, las medidas que se mencionan a continuación pueden ser de ayuda:
 - Náuseas en las primeras etapas del embarazo: jengibre, manzanilla, vitamina B6, acupuntura.
 - Ardor de estómago (pirosis): evitar las comidas abundantes, las comidas grasas y el alcohol; dejar de fumar; tomar antiácidos (al menos 2 horas antes o después de tomar los suplementos de hierro y ácido fólico).
 - Calambres en las piernas: magnesio, calcio.
 - Lumbago y dolor pélvico: ejercicio regular, fisioterapia, cinturones de apoyo, acupuntura.
 - Estreñimiento: salvado de trigo u otros suplementos de fibra.
 - Venas varicosas (várices) y edema: medias de compresión, elevación de las piernas, inmersión de las piernas en agua.
- Para mejorar la continuidad y la calidad de la atención, a cada mujer embarazada se le deben entregar las notas o registros clínicos sobre su embarazo y se le debe pedir que los lleve consigo a cualquier establecimiento de salud que visite.

Plan para la planificación familiar después del parto

Ayude a las embarazadas y a las nuevas madres a decidir cómo evitar el embarazo después del parto. Lo ideal es que el asesoramiento sobre la planificación familiar comience durante las consultas de atención prenatal.

- Lo mejor para el bebé y para la madre es esperar a que el bebé tenga al menos 2 años antes de que la mujer intente quedarse embarazada de nuevo.
- Una mujer que no esté alimentando a su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia materna puede quedarse embarazada ya a las 4 a 6 semanas después del parto.
- Una mujer que esté alimentando a su bebé exclusiva o casi exclusivamente con lactancia materna puede quedarse embarazada ya a los 6 meses después del parto (véase “Método de la amenorrea de la lactancia”, p. 309).
- Para obtener la máxima protección, la mujer no debe esperar hasta el restablecimiento de la menstruación para comenzar a utilizar un método anticonceptivo, sino que debería comenzar tan pronto como lo permita la orientación (véase “Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto”, p. 351).

Preparación para el parto y sus complicaciones

En cerca de 15% de los embarazos se producen complicaciones potencialmente mortales, y es necesario brindar atención inmediata a todas estas mujeres. Más de 70% de las defunciones maternas se deben a complicaciones del embarazo y el parto, como la hemorragia, la hipertensión, la infección y el aborto. La mayoría de las complicaciones no son predecibles, pero el proveedor puede ayudar a la mujer y a su familia a estar preparadas por si se produjeran.

- Ayude a la mujer a organizar la atención en el parto por una proveedor de atención de salud competente y asegúrese de que sepa cómo contactar con esta persona en cuanto aparezcan los primeros signos del trabajo de parto.
- Explique a la mujer y a su familia los signos de peligro durante el embarazo y el parto (véase la página siguiente).
- Ayude a la mujer y a su familia a planificar la manera en que puede obtener atención de urgencia si aparecen complicaciones:
¿Adónde ir? ¿Quién la llevará? ¿Qué transporte utilizar? ¿Cómo pagar la asistencia médica? ¿Hay personas dispuestas a donar sangre?



Los establecimientos de salud que atienden a embarazadas deben contar con proveedores capacitados para:

- monitorizar el parto;
- prestar atención al bebé al nacer y durante la primera semana de vida;

- tratar la preeclampsia y la eclampsia y sus complicaciones;
- atender partos difíciles;
- controlar la hemorragia posparto, la principal causa de mortalidad materna prevenible;
- realizar la reanimación del recién nacido;
- atender partos prematuros y atender a los bebés prematuros y a los bebés pequeños para la edad gestacional;
- tratar las infecciones maternas y del recién nacido;
- comunicarse de manera efectiva. Los proveedores deben brindar apoyo, ser respetuosos y sensibles a las necesidades de la embarazada y de su familia. Las mujeres deben sentirse involucradas e informadas, de modo que puedan tomar decisiones con conocimiento de causa acerca de su atención.

Los establecimientos deben tener implantado un sistema de derivación para las complicaciones que deban atenderse en un establecimiento de nivel superior.

Signos de peligro durante el embarazo y el parto

En caso de aparecer alguno de estos signos, la familia deberá seguir su plan de urgencia y llevar inmediatamente a la mujer para que reciba atención de urgencia.

- Fiebre (38 °C o más)
- Flujo vaginal con mal olor
- Cefalea intensa o visión borrosa
- Reducción o ausencia de movimientos fetales
- Pérdidas de líquido verde o marrón por la vagina
- Hipertensión
- Sangrado vaginal
- Dificultad respiratoria
- Convulsiones, desvanecimientos
- Dolor abdominal intenso

Después del parto

- Las madres y los recién nacidos deben recibir atención posnatal de rutina. Se recomiendan cuatro contactos de rutina después del parto:
 1. en el establecimiento durante las primeras 24 horas o en casa en las primeras 24 horas;
 2. en el día 3 después del parto;
 3. en los días 7 a 14 después del parto;
 4. 6 semanas después del parto.
- Hay que coordinar las consultas de planificación familiar con el esquema de vacunación del bebé.
- La lactancia materna óptima tiene un valor triple: mejorías significativas de la supervivencia y la salud del bebé, mejor salud para la madre y anticoncepción transitoria (véase “Método de la amenorrea de la lactancia”, p. 309). Aun así, cualquier lactancia materna es mejor que nada (excepto si la madre tiene una infección por el VIH; véase “Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH”, p. 352).

Pautas para una lactancia mejor

1. Empiece a amamantar al recién nacido cuanto antes: en la hora posterior al parto.

- Esto estimula las contracciones uterinas que pueden ayudar a prevenir la hemorragia profusa.
- Ayuda al lactante a comenzar a succionar pronto, lo que estimula la producción de leche materna.
- El calostro (la leche amarillenta producida en los primeros días después del parto) aporta importantes nutrientes al bebé y transfiere inmunidad de la madre al hijo.

2. Alimente a su bebé con lactancia natural exclusiva o casi exclusiva durante 6 meses.

- La leche materna sola puede aportar una nutrición completa al bebé durante los 6 primeros meses de vida.
- Evita el riesgo de alimentar al bebé con líquidos o alimentos contaminados.
- La lactancia materna exclusiva proporciona beneficios anticonceptivos durante los 6 primeros meses, siempre y cuando no se haya restablecido la menstruación (véase “Método de la amenorrea de la lactancia”, p. 309).

3. A los 6 meses agregue a la lactancia materna otros alimentos.

- Una vez cumplidos los 6 meses, los bebés necesitan una serie de alimentos además de la leche materna.
- Cada vez que alimente al bebé, dele primero de mamar antes de ofrecerle otros alimentos.
- La lactancia materna puede y debería mantenerse a lo largo del segundo año de vida o más.



Fecha más temprana en que la mujer puede iniciar el uso de un método de planificación familiar después del parto

Método de planificación familiar	Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva	Lactancia materna parcial o no está amamantando
Método de la amenorrea de la lactancia	De inmediato	(No procede)
Vasectomía	Inmediatamente o durante el embarazo de la pareja [‡]	
Preservativos masculinos o femeninos Espermicidas	De inmediato	
Píldoras de progestágeno solo Implantes anticonceptivos	De inmediato	
DIU de cobre DIU de levonorgestrel	En un plazo de 48 horas. De lo contrario, esperar 4 semanas.	
Esterilización femenina	En un plazo de 7 días. De lo contrario, esperar 6 semanas.	
Anillo vaginal liberador de progesterona	4-9 semanas después del parto	Si amamanta por lo menos 4 veces al día, comenzar entre 4 y 9 semanas después del parto. Si no está amamantando: No procede
Diafragma	Se puede ajustar 6 semanas después del parto.	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	Comenzar cuando se hayan restablecido las secreciones normales (en el caso de los métodos basados en síntomas) o cuando haya tenido 3 ciclos menstruales regulares (en el caso de los métodos basados en el calendario). Este plazo será más largo en las mujeres que amamantan que en las que no amamantan.	

[‡] Si el hombre se somete a la vasectomía durante los 6 primeros meses del embarazo de su pareja, la vasectomía será efectiva para el momento del parto.

(Continúa en la página siguiente)

Método de planificación familiar	Lactancia materna exclusiva o casi exclusiva	Lactancia materna parcial o no está amamantando
Inyectables de progestágeno solo	6 semanas después del parto [§]	De inmediato si no está amamantando [§] 6 semanas después del parto si amamanta parcialmente [§]
Anticonceptivos orales combinados Inyectables mensuales Parche combinado Anillo vaginal combinado	6 meses después del parto [§]	21 días después del parto si no está amamantando [§] 6 semanas después del parto si amamanta parcialmente [§]

[§] Por lo general, no se recomienda iniciar el uso del método antes de esa fecha a menos que no se disponga de otros métodos anticonceptivos más adecuados o si los métodos disponibles no son aceptables.

Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH

Una mujer con infección por el VIH puede transmitir el VIH a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna. El tratamiento de la infección puede reducir considerablemente la probabilidad de transmisión.

Se recomienda el tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida para todos los adultos y niños desde el momento en que se detecta la presencia de VIH. Una mujer que haya comenzado el TAR antes del embarazo o cuando se haya hecho una prueba de detección del VIH durante el embarazo reduce enormemente la probabilidad de que el hijo contraiga la infección en el útero o durante el parto. El TAR para la madre también disminuye considerablemente la probabilidad de transmitir el VIH a su hijo a través de la leche materna.

Además, los recién nacidos de madres con infección por el VIH deben recibir 2 medicamentos antirretrovirales (ARV) durante las 6 primeras semanas de vida. Esto disminuye aún más la probabilidad de transmisión del VIH de la madre al hijo en el periodo posnatal.

¿Cómo puede el proveedor de planificación familiar ayudar a prevenir la transmisión maternoinfantil del VIH?

- *Ayude a las mujeres—y a los hombres—a evitar la infección por el VIH* (véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual” p. 336). Las mujeres y hombres con alto riesgo de infección por el VIH pueden tomar la PrEP, la profilaxis previa a la exposición, un tratamiento diario con ARV por vía oral.
- *Prevenga los embarazos no deseados*: Ayude a la mujer que no desea tener hijos a elegir un método anticonceptivo que pueda utilizar de manera efectiva.

- *Ofrezca pruebas de detección y asesoramiento sobre el VIH:* En todos los entornos, ofrezca asesoramiento y pruebas de detección en centros de planificación familiar a todas las embarazadas y a las parejas de mujeres con infección por el VIH. En los lugares donde el VIH es común, ofrezca las pruebas de detección a todas las mujeres. Las pruebas en los centros de planificación familiar pueden ser útiles porque el estado con respecto a la infección por el VIH de una mujer puede afectar a su elección de un método de planificación familiar. Si no es posible hacer la prueba de detección en los centros de planificación familiar, derive a los usuarios u ofrézcales la posibilidad de hacerse la prueba ellos mismos para que puedan conocer su estado respecto a la infección por el VIH.
- *Derive a la mujer para la prevención de la transmisión del VIH:* Derive a la mujer con infección por el VIH que esté embarazada o quiera quedarse embarazada a servicios de prevención de la transmisión materno-infantil del VIH, si están disponibles. Si una pareja quiere tener un hijo y uno de los miembros de la pareja tiene una infección por el VIH y el otro no, pueden adoptar medidas para reducir la probabilidad de transmitir el VIH cuando intenten concebir (véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, Una concepción más segura para las parejas serodiscordantes respecto al VIH”, p. 333).
- *Promueva y apoye la alimentación apropiada para el lactante:* En cada país, las autoridades nacionales deciden cuál de las dos prácticas de alimentación de los lactantes debe promoverse entre las embarazadas y las madres con infección por el VIH; estas prácticas deben ser apoyadas por todos los establecimientos de salud. Estas dos prácticas son: 1) la lactancia materna mientras las madres reciben TAR o 2) la evitación absoluta de la lactancia materna (mientras las madres siguen recibiendo TAR). Los países deciden qué práctica hará que más niños sobrevivan sin contraer la infección por el VIH, dependiendo de las condiciones del país.

Cuando las autoridades nacionales hayan decidido promover y apoyar la lactancia materna y el TAR para las mujeres con infección por el VIH:

- Recomiende a todas las mujeres, incluidas las mujeres con infección por el VIH, la lactancia materna y, sobre todo, la lactancia materna temprana y plenamente exclusiva, ya que es la mejor manera de promover la supervivencia del hijo.
- Las madres con infección por el VIH y sus bebés deben recibir TAR apropiado, y las madres deben alimentar a sus hijos con lactancia natural exclusiva plena durante los 6 primeros meses de vida, y entonces introducir los alimentos complementarios apropiados y seguir amamantando al bebé. Todos los niños necesitan alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad.
- Las madres con infección por el VIH deben amamantar durante al menos 12 meses y pueden seguir haciéndolo hasta 24 meses o más (como otras mujeres) mientras reciben apoyo pleno para que sigan tomando el TAR.
- La lactancia natural debe interrumpirse solo cuando se pueda proporcionar al niño una alimentación nutricionalmente adecuada y segura sin la leche materna.

(Continúa en la página siguiente)

Prevención de la transmisión maternoinfantil del VIH (continuación)

- Cuando la madre decida suspender la lactancia natural, debe hacerlo gradualmente, en el plazo de un mes, y el bebé debe recibir alimentos sustitutivos inocuos y adecuados que permitan su crecimiento y desarrollo normales. No se aconseja suspender la lactancia materna repentinamente.
- Incluso cuando no se dispone de TAR, la lactancia materna (exclusiva plena en los 6 primeros meses de vida y continuada durante los 12 primeros meses de vida) aún podría aumentar la probabilidad de supervivencia de los bebés cuyas madres tienen una infección por el VIH y evitar la infección por el VIH, en comparación con la ausencia de lactancia materna.
- Si una mujer es temporalmente incapaz de amamantar—por ejemplo, si ella o su hijo están enfermos, si está destetando al bebé o si se ha agotado su suministro de medicamentos ARV—puede extraerse la leche y tratarla térmicamente para destruir el VIH antes de alimentar al bebé. La leche se debe calentar en una olla pequeña hasta que hierva y luego se deja enfriar o se coloca la olla en un recipiente con agua fría. Esta estrategia debe usarse solo a corto plazo, no durante toda la lactancia materna.
- Las mujeres con infección por el VIH que están amamantando necesitan apoyo para mantener su propio estado de nutrición y mantener los senos saludables. La infección de los conductos lácteos de la mama (mastitis), una acumulación de pus debajo de la piel (absceso de mama) y la existencia de grietas en los pezones aumentan el riesgo de transmisión del VIH. Si ocurre un problema, es importante brindar atención rápida y adecuada (véase “Pezones doloridos o agrietados”, p. 356).

Cuando las autoridades nacionales han decidido recomendar que las madres con infección por el VIH deben evitar toda lactancia materna, incluso si se les suministra TAR:

- Las madres con infección por el VIH deben recibir asesoramiento especializado para asegurarse de que proporcionen alimentos de reemplazo que sean inocuos y adecuados, y que los preparen, conserven y se los den a su hijo de manera segura.
 - Para los lactantes menores de 6 meses, la alternativa recomendada a la lactancia materna es una leche maternizada infantil comercial, siempre y cuando se cumplan en el hogar las condiciones que se describen a continuación. No se recomienda la leche animal modificada en el hogar como alimento de reemplazo en los 6 primeros meses de vida.
 - Para los lactantes mayores de 6 meses, las alternativas a la lactancia materna son:
 - Leche maternizada infantil comercial, siempre que se cumplan las condiciones del hogar que se señalan en la página siguiente.
 - Leche animal (hervida en el caso de los lactantes menores de 12 meses), como parte de una alimentación que proporcione los nutrientes adecuados. Los niños deben recibir alimentos, incluidos alimentos lácteos, otros alimentos, y una combinación de alimentos lácteos y otros alimentos, 4 o 5 veces al día.

- Todos los niños necesitan alimentos complementarios a partir de los 6 meses de edad.
- Las madres con infección por el VIH deben considerar la alimentación de reemplazo solo si se cumplen todas las condiciones que se indican a continuación:
 - se dispone de agua potable y saneamiento en el hogar y la comunidad; y
 - se puede confiar en que la madre o la persona encargada de cuidar al bebé pueden proporcionarle, de manera fiable, suficiente leche maternizada para apoyar el crecimiento y el desarrollo normal del lactante; y
 - la madre o la persona encargada de cuidar al bebé pueden preparar la leche maternizada con la suficiente limpieza y frecuencia para que sea suficientemente segura y conlleve un riesgo bajo de diarrea y desnutrición; y
 - la madre o la persona encargada de cuidar al bebé pueden proporcionar la alimentación de reemplazo exclusivamente en los 6 primeros meses; y
 - la familia apoya esta práctica; y
 - la madre o la persona encargada de cuidar al bebé puede obtener servicios de salud infantil integrales.
- Si se sabe que el lactante o el niño pequeño tiene una infección por el VIH, se debe recomendar enfáticamente a la madre que lo alimente con lactancia materna exclusiva plena durante los 6 primeros meses de vida y que siga amamantándolo hasta que cumpla 2 años o incluso más.

Manejo de los problemas vinculados a la lactancia materna

Si la usuaria refiere alguno de estos problemas comunes, escuche sus inquietudes, asesórela y apóyela. Asegúrese de que entienda su recomendación y está de acuerdo.

El bebé no recibe suficiente leche

- Tranquilice a la madre diciéndole que la mayoría de las mujeres producen suficiente leche para alimentar a sus bebés.
- Si el recién nacido está aumentando más de 500 gramos por mes, a las 2 semanas pesa más de lo que pesaba al nacer, u orina al menos 6 veces al día, asegúrele que el bebé está recibiendo suficiente leche materna.
- Dígale que amamante al recién nacido aproximadamente cada 2 horas para aumentar la producción de leche.
- Recomiéndele que reduzca cualquier alimento o líquido suplementario si el bebé es menor de 6 meses.

Mamas doloridas

- Si las mamas están llenas, tensas y doloridas, es posible que la mujer tenga las mamas ingurgitadas. Si una mama presenta bultos dolorosos, es posible que se

haya bloqueado algún conducto lácteo. Las mamas ingurgitadas o los conductos bloqueados pueden evolucionar hacia unas mamas infectadas, enrojecidas y dolorosas. Trate la infección mamaria con antibióticos según las pautas clínicas. Para ayudar a que se curen, aconséjele que:

- siga dando el pecho con frecuencia;
- se masajee los senos antes y después de amamantar;
- aplique calor o compresas tibias en los senos;
- pruebe distintas posiciones para amamantar;
- se asegure de que el bebé se prende al pecho correctamente;
- se saque un poco de leche antes de amamantar.

Pezones doloridos o agrietados

- La mujer que presente grietas en los pezones puede seguir amamantando. Manifiéstele que se curarán con el tiempo.
- Para ayudar a que se curen, aconséjele que:
 - se aplique algunas gotas de leche en los pezones después de amamantar y deje que se sequen al aire;
 - al terminar de amamantar, use un dedo para interrumpir la succión antes de retirar al bebé del pecho;
 - no espere a que los senos estén llenos para dar de mamar. Si están llenos, que extraiga antes un poco de leche mediante presión.
- Enséñele a poner al bebé a mamar correctamente y a detectar los signos de que el bebé no está prendido al pecho adecuadamente.
- Dígale que se limpie los pezones únicamente con agua y solo una vez al día y que evite utilizar jabones y soluciones alcohólicas.
- Examine los pezones de la madre y la boca y las nalgas del bebé en busca signos de infección micótica (candidiasis).

Temas de salud reproductiva

Puntos clave para proveedores y usuarias

Atención posaborto

- **Después de un aborto espontáneo o provocado, la fertilidad se restablece rápidamente entre 8 y 10 días y, en general, al cabo de un mes.** Es necesario que las mujeres y las parejas empiecen a usar un método de planificación familiar casi de inmediato para evitar un embarazo no deseado.
- Proporcionar información y asesoramiento (cuando se desee para apoyar la toma de decisiones) sobre el restablecimiento de la ovulación en un plazo de 2 semanas, los métodos anticonceptivos y el autocuidado en el hogar son componentes esenciales de la atención posaborto .

Violencia contra la mujer

- **La violencia no es culpa de la mujer.** Es muy frecuente. Todos los proveedores de atención de salud pueden hacer algo para ayudar.

Infertilidad

- **Con frecuencia es posible evitar la infertilidad.** Se puede reducir el riesgo de infertilidad de la usuaria evitando las infecciones de transmisión sexual y administrando tratamiento inmediato para esas y para otras infecciones del aparato reproductor

Planificación familiar en la atención posaborto

En la atención posaborto, se incluyen algunos o todos los elementos siguientes, según se necesiten o se deseen: Una visita de seguimiento posaborto opcional entre 7 y 14 días después del procedimiento, tratamiento de los efectos secundarios residuales o de las complicaciones y servicios de anticoncepción. Inmediatamente después de un aborto, antes de que la usuaria abandone el establecimiento, es importante proporcionar información sobre la planificación familiar y también ofrecer asesoramiento y métodos anticonceptivos. Son muchos los profesionales de salud que pueden ofrecer servicios de planificación familiar; incluidos los que prestan servicios de atención para el aborto y atención posaborto. Cuando tales servicios se integran con la atención posaborto y se ofrecen de inmediato después de un aborto, es más probable que las mujeres utilicen métodos anticonceptivos para reducir el riesgo de un embarazo no deseado.

Ayude a las mujeres a obtener planificación familiar

Proporcione información importante

Una mujer tiene importantes decisiones y oportunidades, antes, durante y después de la atención para el aborto. Para tomar decisiones sobre su salud y su fertilidad, tiene que saber lo siguiente:

- La fertilidad se restablece rápidamente. Tras un aborto provocado o espontáneo, la ovulación puede reaparecer entre 8 y 10 días después y, por lo general, en el plazo de un mes. Por lo tanto, comenzar con un método de planificación familiar inmediatamente después del aborto si es posible, o tan pronto como sea posible dentro del primer mes, es importante para las mujeres que desean retrasar o prevenir un futuro embarazo.
- Todas las opciones de métodos anticonceptivos pueden considerarse después de un aborto. Los deseos de la usuaria y sus planes futuros de maternidad son primordiales y la mujer debe poder tomar una decisión fundamentada. En la información proporcionada sobre los diferentes métodos, se deben incluir las tasas de eficacia, ya que algunas mujeres pueden haber recurrido al aborto debido al fracaso del método anticonceptivo que estaban utilizando. En última instancia, la mujer debe tomar una decisión, pero esta debe ser una decisión fundamentada.
- Si decide esperar antes de elegir un anticonceptivo para uso continuo, debe considerar la posibilidad de usar un método de respaldo si entretanto tiene relaciones sexuales. Entre los métodos de respaldo, se incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas¹ y el retiro (coito interrumpido); se debe informar a la usuaria de que los espermicidas y el retiro son los métodos anticonceptivos menos efectivos. Si es posible, se le deben dar preservativos y píldoras anticonceptivas de urgencia.
- Si la mujer decide no utilizar anticonceptivos en este momento, los proveedores pueden ofrecerle información sobre los métodos disponibles y dónde obtenerlos. Además, los proveedores pueden ofrecer preservativos, anticonceptivos orales y píldoras anticonceptivas de urgencia para que las mujeres se los lleven a casa y los utilicen posteriormente.
- Si está recibiendo tratamiento para una infección o una lesión vaginal o cervicouterina, la mujer debe esperar hasta completar el tratamiento de la infección o la lesión antes de volver a tener relaciones sexuales.
- Si una mujer que ha sufrido un aborto espontáneo desea volver a quedarse embarazada pronto, el profesional debe alentarla a esperar al menos 6 meses. Esto puede reducir la probabilidad de nacimiento de niños con bajo peso al nacer, parto prematuro, anemia materna y otro aborto espontáneo.
- Una mujer que recibe atención posaborto puede precisar otros servicios de salud reproductiva. En particular, un proveedor puede ayudar a que la

¹ Una usuaria puede utilizar espermicidas si no presenta ninguna lesión vaginal o cervicouterina

mujer considere si pudo haber estado expuesta a infecciones de transmisión sexual, y puede ser necesario preguntarle si ha sufrido violencia sexual (véase la sección sobre “Violencia contra la mujer”, pp. 388-392).

Asesore con empatía

El asesoramiento es más que el simple hecho de proporcionar información. Se trata de un proceso centrado e interactivo para proporcionar apoyo, información y orientación no directiva por parte de una persona formada y capacitada, en un entorno en el que la persona puede compartir abiertamente sus pensamientos, sentimientos, percepciones y experiencias personales. En el proceso, debe apoyarse la toma de decisiones final por parte de la usuaria sobre el tema tratado.

Antes o después de un aborto, algunas usuarias pueden desear recibir asesoramiento. En particular, una mujer que ha tenido complicaciones posaborto puede necesitar apoyo adicional. Una mujer que se ha afrontado el doble riesgo de quedarse embarazadas y de someterse a un aborto provocado necesita especialmente ayuda y apoyo, incluidos servicios psicológicos. El asesoramiento debe centrarse en la usuaria.

Al ofrecer y proporcionar asesoramiento, es esencial aplicar los siguientes principios rectores.

- Asegúrese de que la persona acepta recibir asesoramiento y ha tenido la oportunidad de elegir no recibirlo.
- Pídale a la usuaria que explique lo que quiere o necesita y cualquier preocupación que pueda tener, incluidos sus deseos en relación con el embarazo y la consideración de las ventajas y las desventajas de los distintos métodos, como el probable cambio en el sangrado menstrual, el dolor y el acné.
- Dedíquele el tiempo que necesite y escuche atentamente los valores, las necesidades y las preferencias que exprese (incluso si desea que alguien de su confianza esté presente durante el asesoramiento).
- Trátela con respeto y evite juicios y críticas.
- Garantice la privacidad y la confidencialidad.
- Comunique la información de manera sencilla y en un lenguaje que la persona entienda.
- Presente todas las opciones adecuadas adaptadas a la elegibilidad médica de la persona, las necesidades y las preferencias expresadas y evite imponerle los valores y las creencias personales.
- Déjele claro a la usuaria que será ella quien decida el método de planificación familiar.

Cuando comenzar a utilizar los métodos anticonceptivos

Después de descartar la presencia de cualquier condición médica que pueda afectar la elegibilidad (véase el apéndice D, “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”), los siguientes métodos pueden iniciarse de inmediato.

Método anticonceptivo	Aborto medicamentoso o quirúrgico en el primer trimestre	Aborto medicamentoso o quirúrgico en el segundo trimestre	Consideraciones especiales
<i>Métodos reversibles (por orden de eficacia)</i>			
Dispositivo intrauterino (DIU)	Puede colocarse en el momento en que se determina el éxito del aborto	Puede colocarse en el momento en que se determina el éxito del aborto, pero una persona especialmente capacitada debe realizar la colocación	Se debe evitar después de un aborto séptico
Implante Inyectables de progestágeno solo Anticonceptivos inyectables combinados (mensuales) Parche anticonceptivo combinado Anillo anticonceptivo combinado Anticonceptivos orales combinados Píldoras de progestágeno solo	Puede iniciarse inmediatamente después del aborto; en caso de un aborto medicamentoso, puede iniciarse inmediatamente después de la primera píldora del tratamiento de aborto medicamentoso		Se puede considerar la autoadministración de inyectables
Diafragma y capuchón cervicouterino	Puede iniciarse inmediatamente después del aborto	Esperar 6 semanas	
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FAB)	Puede iniciarse cuando vuelven los ciclos menstruales regulares		Puede ser necesario un asesoramiento especial para garantizar el uso correcto de los FAB
<i>Métodos irreversibles (permanentes)</i>			
Esterilización femenina	Puede someterse a esta intervención quirúrgica inmediatamente después del aborto		La decisión de someterse a esta intervención debe tomarse antes del aborto

Consideraciones adicionales:

- La colocación del DIU inmediatamente después de un aborto en el segundo trimestre se asocia a un mayor riesgo de expulsión, del que debe informarse a la mujer. Se requiere un proveedor específicamente capacitado para realizar la colocación.
- Se debe ofrecer a las mujeres la opción de autoinyección de anticonceptivos en el período posaborto como alternativa a las inyecciones administradas por el proveedor (véase “Enseñar a las usuarias a ponerse la inyección”, en el capítulo 4, “Inyectables de progestágeno solo”, p. 83-86).
- Si el método elegido son las píldoras, proporcione hasta 1 año de píldoras, según la preferencia de la mujer y el uso previsto.
- La esterilización es permanente y debe decidirse antes del aborto y no mientras la mujer se encuentra sedada, sometida a una situación de estrés o dolorida. Asesore cuidadosamente y asegúrese de que la usuaria comprenda que tiene la opción de elegir un método reversible (véase “Considere que la esterilización es permanente”, en el capítulo 12, “Esterilización femenina”, p. 230).
- Se debe instruir a las usuarias que opten por utilizar el anillo anticonceptivo para que comprueben la expulsión en caso de sangrado abundante durante o después del proceso de aborto medicamentoso.
- Tras un aborto espontáneo o un aborto provocado en el primer trimestre sin complicaciones, hay que ajustar nuevamente el diafragma. Tras un aborto espontáneo o un aborto provocado en el segundo trimestre sin complicaciones, hay que postergar su uso 6 semanas para que el útero recupere su tamaño normal, y después hay que ajustar nuevamente el diafragma.
- Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad (FAB): Una mujer puede comenzar a utilizar métodos basados en los síntomas cuando ya no tenga secreciones relacionadas con la infección ni sangrado debido a lesiones del aparato genital. Puede comenzar a utilizar métodos basados en el calendario en la próxima menstruación, si no presenta sangrado debido a una lesión del aparato genital (véase el capítulo 18, “Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad”, en particular las secciones sobre “Provisión de los métodos basados en el calendario” y “Provisión de los métodos basados en los síntomas”).



Violencia contra la mujer

Es probable que todos los proveedores de planificación familiar atiendan a muchas mujeres que han sufrido violencia. En la violencia física, se incluyen actos como golpear, abofetear, patear, dar puñetazos, dar palizas y usar un arma. En la violencia sexual, se incluyen el contacto o la atención sexual no deseados, la coerción sexual y las relaciones sexuales por la fuerza (violación). La violencia contra la mujer también puede ser psicológica: insultos, intimidación, amenazas de dañar a algún ser querido, humillación, aislamiento de la mujer de su familia y sus amigos, y limitación de su acceso a recursos.

Las mujeres que son víctimas de violencia tienen necesidades especiales en materia de salud, muchas de ellas relativas a la salud sexual y reproductiva. Los proveedores de servicios de atención de salud reproductiva están en una buena posición para identificar a las mujeres víctimas de violencia y atender sus necesidades en materia de salud física, así como para brindarles apoyo psicosocial y derivaciones.

Las mujeres que sufren violencia a menudo buscan servicios de atención de salud, aunque muchas de ellas no harán mención a la violencia. La violencia puede dar lugar a una serie de problemas de salud, como lesiones, embarazos no deseados, infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH, disminución del deseo sexual, dolor durante las relaciones sexuales y dolor pélvico crónico. La violencia puede comenzar o empeorar durante el embarazo, poniendo también en riesgo al feto. Además, la violencia o la amenaza de violencia por parte del hombre pueden privar a la mujer de su derecho a decidir por sí misma si quiere utilizar un método de planificación familiar y cuál utilizar.

¿Qué pueden hacer los proveedores de servicios de planificación familiar?

- 1. Ayude a que las mujeres se sientan bienvenidas, seguras y con libertad para hablar.** Ayúdela a sentirse cómodas para hablar libremente acerca de cualquier asunto personal, incluida la violencia. Garantice a cada mujer que su visita será confidencial.

Dele a la mujer la oportunidad de hablar sobre los temas que la preocupan—por ejemplo, las actitudes de su pareja respecto al uso de la planificación familiar o cualquier posible problema con el uso de la planificación familiar—o pregúntele si hay algo que le gustaría comentar. La mayoría de las mujeres no mencionarán que están siendo maltratadas, pero algunas pueden hablar del tema si se les pregunta. Esté alerta a los síntomas, las lesiones o los signos indicativos de violencia. La violencia en el hogar puede llevar a la mujer a rechazar un método específico de planificación familiar o a insistir en utilizar uno en concreto, a resistirse al asesoramiento en materia de planificación familiar, o a insistir en la reversión de la esterilización femenina. El hecho de que la mujer tenga muchos embarazos en poco tiempo o muchas solicitudes de interrupción del embarazo también puede ser indicativo de violencia en el hogar (Desde luego, podría haber muchas otras razones para estas preferencias y comportamientos).

2. Si usted sospecha que puede estar sufriendo violencia, pregúntele al respecto.

Algunos consejos para plantear el tema de la violencia:

- Para aumentar la confianza, explique por qué le está preguntando: porque quiere ayudar.
- Use un lenguaje con el que usted se sienta cómodo y que mejor se adapte a su propio estilo.
- No haga este tipo de preguntas en presencia de la pareja de la mujer o de alguna otra persona o cuando no se pueda garantizar la privacidad.

“¿Debo preguntar a todas las mujeres a las que atienda acerca de la violencia?”

Los proveedores de atención de salud deben preguntar sistemáticamente a todas las usuarias acerca de la violencia solo si están capacitados para preguntar al respecto y ofrecer apoyo de primera línea; si se pueden garantizar la privacidad y la confidencialidad; y si se cuenta con vínculos para la derivación a otros servicios de apoyo.

Para averiguar si una usuaria es víctima de la violencia de la pareja y para ayudarla a revelar que está sufriendo violencia, usted puede abordar primero este tema de forma indirecta. Por ejemplo, puede decirle:

- “Muchas mujeres tienen problemas con su marido o su pareja o con alguien con quien viven”.
- “He visto a mujeres con problemas como los suyos que han tenido dificultades en casa”.



Puede continuar con preguntas más directas, como estas:

- “¿Tiene miedo de su esposo (o pareja)?”
- “¿Su esposo (o pareja) o alguna otra persona en su casa la ha amenazado alguna vez con hacerle daño o le ha producido, de alguna manera, algún daño físico?
Si ha sido así, ¿cuándo ha sucedido?”
- “¿Su esposo (o pareja) o alguien en su casa la intimida, la insulta o trata de controlarla?”
- “¿Su esposo (o pareja) la ha forzado a tener relaciones sexuales o a tener algún contacto sexual que usted no quisiera?”

Para explorar más a fondo cómo afecta la violencia a la vida sexual y reproductiva de la mujer, puede hacerle estas 4 preguntas:

- “¿Alguna vez su pareja le ha dicho que no use anticonceptivos, le ha impedido que tenga acceso a un método anticonceptivo o le ha ocultado o quitado el anticonceptivo?”
- “¿Alguna vez su pareja ha intentado forzarla o presionarla para que se quede embarazada?”
- “¿Alguna vez su pareja se ha negado a usar un preservativo?”
- “¿Alguna vez su pareja la ha obligado a tener relaciones sexuales sin usar métodos anticonceptivos para que usted se quede embarazada?”

3. Ofrezca apoyo de primera línea.

Su respuesta a una mujer que revele que está sufriendo violencia debe consistir en ofrecerle apoyo de primera línea. En el apoyo de primera línea, se proporciona atención práctica y se responde a las necesidades emocionales, físicas, y de seguridad y apoyo de la mujer, sin entrometerse en su privacidad.

El apoyo de primera línea es la atención más importante que usted puede proporcionar. Incluso si esto es todo lo que puede hacer, habrá ayudado mucho a la usuaria a la que atiende. El apoyo de primera línea consta de 5 tareas sencillas. Las letras de la palabra “ANIMA” pueden recordarte estas 5 tareas que protegen la vida de las mujeres:

Atención al escuchar; **N**o juzgar y validar; **I**nformarse sobre las necesidades y preocupaciones; **M**ejorar su seguridad y **A**poyar.



ATENCIÓN AL ESCUCHAR

Escuche a la mujer atentamente, con empatía y sin juzgarla. Dele la oportunidad de decir lo que quiera en un lugar seguro, confidencial y privado a una persona afectuosa que quiera ayudar. **La escucha es la parte más importante de una buena comunicación y la base del apoyo de primera línea.** Si la mujer no quiere hablar de violencia, asegúrele que usted está a su disposición cuando le necesite y que todo lo que le diga será confidencial.

NO JUZGAR Y VALIDAR

Evalúe sus diversas necesidades e inquietudes y deles respuesta. Cuando escuche el relato de la mujer, preste especial atención a lo que dice sobre sus necesidades y preocupaciones, y atienda también a lo que no dice pero insinúa con palabras o con el lenguaje corporal. Ella puede informarle sobre sus necesidades físicas, emocionales o económicas, sus preocupaciones respecto a su seguridad o sobre el apoyo social que necesita.

Respete la capacidad y el derecho de la mujer de tomar sus propias decisiones acerca de su vida.

INFORMARSE SOBRE LAS NECESIDADES Y PREOCUPACIONES

Demuéstrele que la entiende y le cree. Validar la experiencia de otra persona significa hacerle saber que usted está escuchando atentamente, que entiende lo que dice y que cree lo que dice sin juicios ni condiciones. Algunas cosas importantes que usted puede decir:

- “No es su culpa. Usted no tiene la culpa”.
- “Esto les sucede a muchas mujeres”.
- “Usted no está sola y puede contar con ayuda”.

MEJORAR LA SEGURIDAD

Comente con ella un plan para evitar que sufra más daños si se vuelve a producir una situación de violencia. Explíquela que no es probable que la violencia infligida por su pareja se detenga por sí sola. Tiende a continuar y puede empeorar y ocurrir con más frecuencia. Puede preguntarle, por ejemplo:

- “¿Usted o sus hijos están ahora en peligro?”
- “¿Cree que es seguro volver a su casa?”
- “¿Tiene algún amigo o familiar que pueda ayudarla con la situación que tiene en casa?”

Si la mujer se enfrenta a un peligro inmediato, ayúdela a considerar diferentes medidas que puede adoptar. Si no está en peligro inmediato, ayúdela a elaborar un plan a largo plazo.

APOYAR

Apoye a la mujer ayudándola a obtener información, a ponerse en contacto con los servicios y con el apoyo social. Las necesidades de las mujeres generalmente van más allá de lo que usted puede proporcionar en el consultorio. Usted puede ayudar comentando con la mujer sus necesidades, informándole sobre otras fuentes de ayuda, como alojamiento, servicios sociales, protección infantil, policía, asistencia legal, ayuda financiera, apoyo de pares, y asistiéndola para que obtenga ayuda si así lo desea.

4. Proporcione la atención adecuada. Adapte la atención y el asesoramiento a las circunstancias de cada mujer.

- **Trate cualquier lesión que presente** o asegúrese de que reciba tratamiento.
- **Comente con ella** cómo puede tomar las mejores decisiones para la planificación familiar en sus circunstancias.
 - Si la usuaria quiere utilizar un método que sea difícil de detectar por su pareja o en el que no pueda interferir su pareja, un inyectable puede ser su mejor opción. También podría hablarle sobre los DIU y los implantes. Asegúrese de señalar que, en ocasiones, incluso estos métodos pueden detectarse.
 - Aclárele que estos métodos no la protegen contra las ITS, incluida la infección por el VIH. Los preservativos son el único método de planificación familiar que protege contra las ITS y el embarazo. Proporcione información y ofrezca la derivación a servicios de apoyo, si los hubiera, para el empoderamiento de las mujeres y el fortalecimiento de las competencias para negociar el uso del preservativo y de prácticas sexuales más seguras.
 - Proporcione las píldoras anticonceptivas de urgencia si fuera apropiado y si la mujer quiere.

5. **Documente el maltrato que ha sufrido la mujer.** Documente cuidadosa y confidencialmente los antecedentes de maltrato sufrido por la mujer, además de sus síntomas y lesiones y la causa de las lesiones si fuera pertinente. Registre qué relación existe entre el agresor y la mujer.

Infertilidad

¿Qué es la infertilidad?

La infertilidad involuntaria es una enfermedad del aparato reproductor: la incapacidad de que una mujer se quede embarazada cuando desea. La imposibilidad de procrear involuntaria es la incapacidad de tener los hijos deseados, ya sea porque la mujer no se queda embarazada, porque da a luz a un mortinato o porque tiene un aborto espontáneo. Estas circunstancias se dan en parejas que nunca han tenido hijos (infertilidad primaria) y, con más frecuencia, en parejas que han tenido hijos anteriormente (infertilidad secundaria). La infertilidad se define como la incapacidad de lograr un embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales regulares sin protección. (Por término medio, el 85% de las mujeres se habrían quedado embarazadas para entonces).

En todo el mundo, la infertilidad afecta a cerca del 12% de las parejas que quieren tener un hijo: aproximadamente al 2% que nunca han tenido hijos y cerca del 10% que ya han tenido algún hijo. Hay diferencias entre las regiones.

En algunos países o comunidades, la infertilidad o la imposibilidad de procrear pueden tener consecuencias drásticas, sobre todo en las mujeres, pero también una repercusión importante en los hombres. Entre estas consecuencias, se encuentran las privaciones económicas, el divorcio, el estigma y la discriminación, el aislamiento, la violencia de la pareja, el asesinato, los trastornos de salud mental y el suicidio.

¿Qué causa la infertilidad?

A nivel mundial, la infertilidad tiene muchas causas, que varían según el entorno. Aunque a menudo se culpa a la mujer, la causa de la infertilidad puede estar en el hombre, en la mujer o en ambos.

Desde el punto de vista médico, las causas de la infertilidad van desde los efectos de las ITS en uno o ambos miembros de la pareja hasta los desequilibrios hormonales y los defectos del útero en las mujeres, y la cifra baja de espermatozoides y las alteraciones de la movilidad y de la morfología de los espermatozoides en los hombres. Entre los factores relacionados con el modo de vida que influyen, se encuentran el tabaquismo, el abuso de drogas, así como la obesidad y las carencias nutricionales. También se sospecha que pueden influir la exposición a sustancias químicas en el medio ambiente que alteran el sistema endocrino, así como otros factores ambientales y relacionados con el estrés.

En un gran estudio de la OMS realizado a finales de la década de 1970, se encontró que las ITS eran una de las principales causas de infertilidad en los países en desarrollo. No se sabe en qué medida influyen las ITS actualmente.

Sin embargo, hay datos probatorios claros de que la gonorrea y la clamidiasis, si no se tratan, pueden provocar en la mujer una infección de las trompas de Falopio, del útero y de los ovarios. Es lo que se conoce como enfermedad inflamatoria pélvica (EIP). La EPI clínica es dolorosa, pero algunas veces es asintomática y pasa inadvertida (EPI silente). La gonorrea y la clamidiasis pueden producir cicatrices en las trompas de Falopio, lo que impide que los óvulos avancen por las trompas para encontrarse con los espermatozoides. De igual modo, en los hombres, la gonorrea y la clamidiasis no tratadas pueden producir cicatrices y la obstrucción del conducto espermático (epidídimo) y de la uretra (véase las guías de ayuda “Anatomía femenina” y “Anatomía masculina”).

Otros factores, afecciones o circunstancias que pueden reducir la fertilidad o producir infertilidad son:

- otras infecciones del aparato genital, incluida la tuberculosis (TB) genital, tanto en los hombres como en las mujeres;
- VIH
- procedimientos médicos que dan lugar a infecciones en la parte superior del aparato reproductor o el útero, incluidas las infecciones posparto y posaborto;
- paperas que tienen lugar después de la pubertad en los hombres;
- ciertos trastornos del aparato reproductor, como la endometriosis, los ovarios poliquísticos y los fibromas (miomas);
- problemas anatómicos, endocrinos, genéticos o del sistema inmunitario tanto en los hombres como en las mujeres;
- intervenciones quirúrgicas que afectan negativamente a los tejidos o a los órganos reproductores;
- tratamientos del cáncer que afectan a la salud reproductiva y a la capacidad de reproducirse;
- el envejecimiento, tanto en las mujeres como en los hombres.

Prevención de la infertilidad involuntaria

La infertilidad involuntaria a menudo se puede prevenir. Los proveedores pueden:

- Aconsejar a los usuarios acerca de la prevención de las ITS (véase la sección “Cómo evitar las infecciones de transmisión sexual”, en el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, p. 345). Alentar a los usuarios a consultar en cuanto crean que podrían tener una ITS o que podrían haber estado expuestos.
- Tratar o derivar a las usuarias con signos y síntomas de ITS o de EPI clínica (véase la sección “Signos y síntomas de las ITS”, en el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, p. 343). El tratamiento de estas infecciones puede ayudar a prevenir la infertilidad.
- Evitar causar infecciones adoptando las prácticas correctas de prevención de infecciones cuando realice procedimientos médicos que impliquen el paso de instrumentos desde la vagina hasta el interior del útero, como la colocación del DIU (véase la sección “Prevención de infecciones en el consultorio”, en el capítulo 26, “Provisión de servicios de planificación familiar”, p. 404).
- Tratar o derivar a las usuarias con signos o síntomas de infección posparto o posaborto.
- Ayudar a los usuarios con problemas de fertilidad a tomar conciencia de los riesgos para la fertilidad, no solo de las infecciones, sino también del modo de vida y de factores ambientales.
- Asesorar a los usuarios sobre las opciones disponibles para su futura procreación —es decir, técnicas de preservación de la fertilidad como la congelación de espermatozoides en el caso de los hombres y la fecundación in vitro o la congelación de óvulos en el caso de las mujeres— si están recibiendo tratamiento o se están sometiendo a intervenciones quirúrgicas para un cáncer u otras enfermedades que puedan afectar a los tejidos u órganos reproductores.

Orientación a los usuarios con problemas de fertilidad

- Si es posible, asesore a ambos miembros de la pareja juntos. Un hombre puede culpar a su pareja de la infertilidad si no comprende que el problema puede deberse a él o a ambos miembros de la pareja.
- Explique que el hombre es tan proclive a tener problemas de fertilidad como la mujer. En más del 40% de las parejas con problemas de fertilidad, estos se deben a alteraciones en el semen o en los espermatozoides o a otros problemas de salud de la pareja de sexo masculino. En el 20% de las parejas con problemas de fertilidad, hay tanto factores masculinos como femeninos que reducen la fertilidad. A veces, no es posible encontrar la causa del problema.
- Recomiende a la pareja que intente concebir manteniendo relaciones sexuales sin protección durante al menos 12 meses antes de que sospechen que tienen infertilidad. Proporcione materiales didácticos y orientación sobre los riesgos para la fertilidad. (Véase la sección “Una concepción más segura para las parejas serodiscordantes respecto al VIH”, en el capítulo 22, “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, p. 347.)

- El momento más fértil del ciclo de la mujer va desde varios días antes de la ovulación al momento de la ovulación (cuando el ovario libera un óvulo) (véase la guía de ayuda “El ciclo menstrual” en este manual). Los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad pueden ayudar a la pareja a identificar el período más fértil de cada ciclo (véase el capítulo 18, “Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad”). Proporcione material didáctico sobre estos métodos o derive la pareja a un proveedor de atención o un especialista en fertilidad.
- Si al cabo de un año siguiendo estas indicaciones la pareja no ha conseguido que la mujer se quede embarazada o haya dado a luz a un niño vivo, derive a ambos miembros de la pareja para que sean evaluados por un proveedor de atención de salud especializado en fertilidad, si existe esta posibilidad. La derivación a un proveedor o a un especialista en fertilidad puede ser particularmente útil en las siguientes situaciones: la pareja está afectada por el VIH o se sospecha una tuberculosis genital; la mujer tiene 35 años o más, tiene un síndrome de ovario poliquístico o se le ha diagnosticado una endometriosis; la mujer o el hombre sospecha que tuvo una ITS y no recibió tratamiento; la mujer o el hombre ha recibido tratamiento por un cáncer o se ha sometido a una intervención quirúrgica que puede haber afectado a los tejidos o a los órganos reproductores.
- La pareja también puede considerar la adopción u otras alternativas a tener hijos o más hijos propios, como acoger a sobrinos y sobrinas.

Los anticonceptivos no causan infertilidad

- Con la mayoría de los métodos anticonceptivos modernos, no se produce un retraso importante en el tiempo que transcurre hasta que tiene lugar el embarazo después de interrumpir la anticoncepción. Por término medio, el embarazo se produce al cabo de 3 a 6 meses de tener relaciones sexuales sin protección. Sin embargo, existe una gran variación en torno a este promedio, relacionada con la edad y el estado de salud de ambos miembros de la pareja. Al asesorar a las parejas que dejan de utilizar métodos anticonceptivos y quieren tener un hijo, es necesario tener en cuenta el envejecimiento y otros factores que afectan a la fertilidad de la mujer y del hombre.
- El restablecimiento de la fertilidad después de interrumpir los anticonceptivos inyectables suele tardar más en comparación con la mayoría de los otros métodos (véase el capítulo 4, “Inyectables de progestágeno solo”, preguntas 7 y 8, pp. 93 y 94, y el capítulo 5, “Inyectables mensuales”, preguntas 10 y 11, p. 118). Sin embargo, con el tiempo, la mujer es tan fértil como antes de usar el método anticonceptivo, teniendo en cuenta el envejecimiento.
- En mujeres con gonorrea o clamidiasis en curso, la inserción del DIU aumenta levemente el riesgo de padecer una enfermedad inflamatoria pélvica en los 20 primeros días después de la inserción. Sin embargo, en investigaciones realizadas, no se ha encontrado que las antiguas usuarias del DIU tengan más probabilidad de ser infértiles que otras mujeres (véase el capítulo 10, “DIU de cobre”, pregunta 4, p. 189).

Provisión de servicios de planificación familiar

Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar

En el cuadro de la página siguiente se muestra la importancia de las diversas exploraciones y pruebas a la hora de proporcionar métodos específicos de planificación familiar.

La mayoría de los métodos anticonceptivos no requieren que se realice ninguna de estas exploraciones o pruebas (clase C). Sin embargo, estas exploraciones y pruebas quizá sean útiles como parte de un chequeo general de salud o para el diagnóstico o el seguimiento de otras afecciones.

Clave del gráfico:

Clase A: Esencial y obligatorio en todas las circunstancias para el uso efectivo y seguro del método anticonceptivo. La exploración ginecológica o genital es esencial para la inserción del DIU, la mayoría de los diafragmas, la esterilización femenina y la vasectomía. Antes de insertar el DIU es esencial evaluar el riesgo de ITS. La determinación de la tensión arterial es esencial antes de la esterilización femenina.

Clase B: Contribuye sustancialmente al uso efectivo y seguro. Sin embargo, si no se puede realizar la prueba o la exploración, se debe sopesar el riesgo de no llevarla a cabo frente a los beneficios de hacer que el método anticonceptivo esté disponible. La detección de ITS mediante pruebas de laboratorio y el análisis de la hemoglobina contribuirían a hacer que la inserción del DIU sea más segura. El análisis de la hemoglobina también contribuiría a la seguridad de la esterilización femenina.

Clase C: No contribuye considerablemente al uso efectivo y seguro del método anticonceptivo. Estas pruebas y exploraciones no son necesarias ni útiles en lo que respecta a los métodos anticonceptivos hormonales, los preservativos masculinos o femeninos o los espermicidas.

Estas clasificaciones se aplican a personas que presumiblemente están sanas. Para las personas con una afección conocida u otra circunstancia especial, consúltese los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos”, p. 388.

Para obtener información sobre cómo descartar el embarazo, véase la p. 439. Descartar el embarazo es esencial para la inserción del DIU y útil para decidir cuándo comenzar a utilizar métodos hormonales.

Situación específica	Anticonceptivos orales combinados*	Anticonceptivos inyectables	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	DIU de cobre y DIU LNG	Preservativos masculinos y femeninos	Diafragmas y capuchones cervicouterinos	Espermicidas	Esterilización femenina	Vasectomía
Exploración de las mamas realizada por el proveedor	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NP
Exploración ginecológica o genital	C	C	C	C	C	A	C	A	C	A	A
Tamizaje del cáncer cervicouterino	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	NP
Pruebas de laboratorio habituales	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C	C
Análisis de la hemoglobina	C	C	C	C	C	B	C	C	C	B	C
Evaluación del riesgo de ITS: antecedentes médicos y exploración física	C	C	C	C	C	A**	C	C [†]	C [†]	C	C
Tamizaje de las ITS y la infección por el VIH: pruebas de laboratorio	C	C	C	C	C	B**	C	C [†]	C [†]	C	C
Determinación de la tensión arterial	‡	‡	‡	‡	‡	C	C	C	C	A	C [§]

Nota: No se necesitan pruebas o exploraciones antes de usar métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el método de la amenerola de la lactancia o las píldoras anticonceptivas de urgencia.

NP: No procede.

* Incluye el parche y el anillo vaginal combinado.

** Si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de exposición a las ITS, en general no se le debe colocar un DIU a menos que no se disponga de otros métodos o los métodos disponibles no sean aceptables. Si en la actualidad tiene una cervicitis purulenta, la gonorrea o una clamidiasis, no se le debe insertar un DIU hasta que estas afecciones se resuelvan y, por otra parte, cumpla los requisitos médicos para usar un DIU.

† Las mujeres con alto riesgo de infección por el VIH no deben usar espermicidas. En general, no se recomienda que las mujeres con infección por el VIH utilicen espermicidas solos o diafragmas ni capuchones cervicouterinos con espermicidas, a menos que no se disponga de otros métodos más apropiados o que sean aceptables.

‡ Aconsejable, pero en situaciones en las que los riesgos de embarazo son altos y los métodos hormonales están entre los pocos métodos ampliamente disponibles, no se debe negar a la mujer el uso de métodos anticonceptivos hormonales únicamente porque no se le pueda medir la tensión arterial.

§ Para procedimientos realizados usando solo anestesia local.

Asesoramiento exitoso

Un buen asesoramiento ayuda a los usuarios a elegir y utilizar los métodos de planificación familiar que más les convienen. Los usuarios son diferentes, sus situaciones son diferentes y necesitan diferentes tipos de ayuda. El mejor asesoramiento se adapta a cada usuario o usuaria.

Tipos de usuarios	Tareas de asesoramiento habituales
Usuarios que regresan sin problemas	<ul style="list-style-type: none">• Proporcione más suministros o realice el seguimiento habitual.• Pregúnteles amablemente cómo les va con el método anticonceptivo.
Usuarios que regresan con problemas	<ul style="list-style-type: none">• Entienda el problema y ayude a resolverlo, ya se trate de efectos secundarios, problemas para usar el método, falta de cooperación de la pareja u otro problema.
Nuevos usuarios con un método en mente	<ul style="list-style-type: none">• Compruebe si lo que entiende la usuaria o el usuario es correcto.• Apoye la elección de la usuaria o el usuario si cumple las condiciones médicas para utilizarlo.• Comente cómo se utiliza el método anticonceptivo y cómo manejar los efectos secundarios.
Nuevos usuarios sin un método en mente	<ul style="list-style-type: none">• Analice la situación de la usuaria o el usuario, sus planes y lo que considera importante de un método anticonceptivo.• Ayude a la usuaria o el usuario a considerar los métodos que podrían convenirle. Si fuera necesario, ayúdela o ayúdele a tomar una decisión.• Apoye la decisión de la usuaria o del usuario, dele instrucciones sobre cómo utilizarlo y comente cómo se pueden manejar los efectos secundarios.

Dedique tiempo a los usuarios que lo necesiten. Muchos no tienen problemas cuando vuelven y precisan poco asesoramiento. Los usuarios que requieren más tiempo son los que regresan con problemas y los nuevos usuarios que no tienen un método en mente, pero generalmente son pocos.

Consejos para tener éxito en el asesoramiento

- Sea respetuoso con todos los usuarios, y ayude a cada usuaria o usuario a sentirse a gusto.
- Aliente a la usuaria o el usuario a explicar sus necesidades, expresar sus preocupaciones y hacer preguntas.
- Deje que los deseos y las necesidades de la usuaria o el usuario orienten la conversación.
- Esté alerta a las necesidades referidas, como la protección frente a las infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH, y el apoyo para el uso del preservativo.
- Converse con la usuaria o el usuario en un lugar privado, donde nadie más pueda oírlos.

- Garantice la confidencialidad a la usuaria o el usuario, es decir, que usted no hablará con otras personas sobre su conversación o sobre las decisiones que tome.
- Escuche atentamente. Escuchar es tan importante como dar información correcta.
- Dé solo la información y las instrucciones clave. Use palabras que la usuaria o el usuario entienda.
- Respete y apoye las decisiones informadas de la usuaria o el usuario.
- Refiérase a los efectos secundarios, de haberlos, y tome en serio las preocupaciones de la usuaria o el usuario.
- Compruebe qué ha entendido la usuaria o el usuario.
- Invite a la usuaria o al usuario a regresar cuando quiera y por cualquier motivo.

El asesoramiento ha tenido éxito cuando:

- Los usuarios sienten que obtuvieron la ayuda que querían.
- Los usuarios saben qué hacer y se sienten seguros de que pueden hacerlo.
- Los usuarios se sienten respetados y apreciados.
- Los usuarios regresan cuando lo necesitan.
- Y, lo más importante, los usuarios utilizan los métodos anticonceptivos efectiva y satisfactoriamente.

Orientación acerca de efectividad

La efectividad de un método de planificación familiar es muy importante para la mayoría de los usuarios. La efectividad de los métodos de planificación familiar varía enormemente (véase el apéndice A, “Eficacia de los anticonceptivos”, p. 383). Una parte importante del asesoramiento consiste en describir y comentar la efectividad de los métodos anticonceptivos.

Describir la efectividad a los usuarios requiere reflexión y atención. En vez de hablar de las tasas de embarazo, que pueden ser difíciles de comprender, quizá sea más útil comparar la efectividad de los métodos y comentar si la usuaria o el usuario se siente capaz de usar el método de forma efectiva.

El cuadro de la contraportada puede ser de ayuda. En este cuadro se agrupan los métodos anticonceptivos según su efectividad tal como suelen usarse. Además, se señala de qué manera los usuarios pueden obtener la mayor eficacia posible.

- En general, **los métodos que requieren poca o ninguna acción por parte de los usuarios son los más efectivos.** Los 4 métodos más eficaces—implantes, DIU, esterilización femenina y vasectomía—se muestran en la fila superior de la tabla. Para comenzar a usar estos 4 métodos se necesita la ayuda de un proveedor de atención de salud, pero luego necesitan poca o ninguna acción por parte de la usuaria o del usuario. Estos métodos son muy efectivos en todas las personas que los utilizan: menos de 1 embarazo por cada 100 mujeres en 1 año de uso. Por otro lado, los implantes y los DIU son sumamente efectivos durante 4-5 años o más, mientras que la esterilización femenina y la vasectomía son permanentes.

- Los métodos de la segunda fila pueden ser sumamente efectivos cuando se usan correcta y sistemáticamente. Sin embargo, requieren alguna acción repetida por parte del usuario: con algunos métodos esto ocurre en raras ocasiones (por ejemplo, ponerse 4 inyecciones al año); con otros, más a menudo (por ejemplo, tomar una píldora al día durante los 365 días del año). Como resultado, los métodos de la segunda fila son por término medio menos efectivos que los métodos de la fila superior, pero siguen siendo efectivos. Las tasas de embarazo con estos métodos van de 2 a 7 embarazos en 100 mujeres en un año.
- Los métodos de las dos filas inferiores del cuadro suelen asociarse a tasas de embarazo mucho mayores, que llegan incluso a 20 o más embarazos por cada 100 mujeres en 1 año de uso en el caso de los métodos con la menor efectividad. La efectividad de estos métodos depende enormemente de que la usuaria o el usuario realice correctamente las acciones pertinentes repetidamente (por ejemplo, utilizar un preservativo en cada acto sexual). En particular, en lo que se refiere a estos métodos, algunas parejas muy motivadas tienen mucho más éxito que la media. Otras cometen más errores y la probabilidad de embarazo es superior a la media.

Las mujeres tienden a infravalorar la efectividad de los métodos de las filas superiores del cuadro y a sobrevalorar la efectividad de los métodos de las filas inferiores. Esto puede llevarlas a adoptar decisiones sin conocimiento de causa y a elegir un método anticonceptivo que no satisface sus necesidades. Quizá sea necesario aclarar estos malentendidos mediante el asesoramiento.

Al dar asesoramiento no es posible o necesario suministrar información completa acerca de cada método. Sin embargo, los usuarios se benefician de la información clave, especialmente sobre el método que quieren utilizar. El objetivo del asesoramiento acerca de la elección del método anticonceptivo es ayudar a la usuaria o al usuario a encontrar un método que pueda utilizar con éxito y satisfactoriamente. La probabilidad de que los usuarios estén satisfechos con el método escogido y lo utilicen durante más tiempo es mayor si están bien informados. Los usuarios necesitan entender cómo funciona el método, cuán efectivo es y cómo hacer que sea lo más efectivo posible, cuáles son sus efectos secundarios más probables y qué hacer si se producen tales efectos secundarios. Con este conocimiento y comprensión, los usuarios son más capaces de ejercer su derecho a tomar una decisión verdaderamente fundamentada.

¿Quién proporciona servicios de planificación familiar?

Muchas personas diferentes pueden aprender a informar y asesorar acerca de la planificación familiar y a proporcionar métodos de planificación familiar. Cuando se autoriza y capacita a más tipos de trabajadores de atención de salud para que proporcionen métodos de planificación familiar, aumenta el número de personas que tienen acceso a ellos.

A continuación se detallan los tipos de proveedores de atención de salud que pueden proporcionar y proporcionan planificación familiar.

Tipos de trabajadores de salud	Ejemplos
Médicos especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Ginecólogo, obstetra (tocólogo)
Médicos no especialistas	<ul style="list-style-type: none"> • Médico de familia, médico general
Profesionales clínicos adjuntos y profesionales clínicos adjuntos avanzados	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionario médico adjunto, funcionario clínico, profesional sanitario médico licenciado, oficial de salud, asistente médico, técnico quirúrgico, enfermera de atención primaria
Parteras	<ul style="list-style-type: none"> • Partera titulada, partera, partera comunitaria, enfermera partera
Enfermeras	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermera titulada, especialista en enfermería clínica, enfermera diplomada
Enfermeras parteras auxiliares	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de partería
Auxiliares de enfermería	<ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar de enfermería, asistente de enfermería, enfermera habilitada
Farmacéuticos	<ul style="list-style-type: none"> • Farmacéutico, químico, farmacéutico clínico, farmacéutico comunitario
Trabajadores de farmacia	<ul style="list-style-type: none"> • Asistente de farmacia, dispensador técnico de farmacia, auxiliar farmacéutico
Trabajadores de salud no profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajador de salud comunitario, trabajador de salud de aldea, voluntario de salud comunitario
Usuarios	<ul style="list-style-type: none"> • Mujeres, hombres

Además, algunos métodos pueden ser ofrecidos por trabajadores de salud, pero no requieren de trabajadores de salud. Por ejemplo, los preservativos se venden en tiendas y en máquinas expendedoras. Además, los trabajadores de salud no profesionales de la comunidad y los usuarios con experiencia y éxito en el uso de determinados métodos anticonceptivos pueden enseñar a otros cómo usarlos—por ejemplo, el método basado en el conocimiento de la fertilidad, los preservativos masculinos y femeninos, el método de la amenorrea de la lactancia y el coito interrumpido—y pueden apoyar e informar a nuevos usuarios de muchos otros métodos. Las usuarias de inyectables pueden aprender a ponerse a sí mismas las inyecciones con una formulación especial de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) mediante el dispositivo de administración Uniject (véase “Inyectables de progestágeno solo, La autoinyección puede ser una alternativa”, p. 83). Los programas pueden apoyar la autoinyección mediante la información y la capacitación, a través de sólidos vínculos de derivación a proveedores de atención de salud, y mediante la vigilancia y el seguimiento.

Reparto de tareas: Recomendaciones de la OMS

Muchos países y programas están cambiando sus políticas o reglamentos para permitir que haya más tipos de proveedores que ofrezcan métodos anticonceptivos, lo que se conoce como reparto de tareas. El concepto del reparto de tareas se refiere a la ampliación de los niveles de los proveedores de atención de la salud que pueden prestar servicios de salud de manera adecuada. El reparto de tareas ayuda a:

- abordar la escasez y la distribución desigual de los proveedores, en particular en las zonas rurales y remotas;
- dar a los médicos profesionales clínicos de nivel más alto más tiempo para poner en práctica sus aptitudes especializadas;
- proporcionar más métodos de planificación familiar en el nivel de atención primaria; y
- en general, aumentar el acceso a una atención segura y oportuna.

Para alentar y orientar el reparto de tareas, la OMS ha formulado recomendaciones sobre los tipos de trabajadores de salud que pueden proporcionar de manera segura y efectiva métodos específicos de planificación familiar. La OMS basó estas recomendaciones en la evidencia de que una amplia gama de proveedores pueden proporcionar servicios de anticoncepción de manera segura y efectiva. En el cuadro de la página siguiente se resumen las recomendaciones de la OMS.

La capacitación específica basada en competencias y el apoyo educativo continuo ayudan a todos los tipos de proveedores de atención de salud a realizar un mejor trabajo en la prestación de servicios de planificación familiar. Son particularmente importantes cuando los proveedores asumen nuevas tareas. Algunas tareas y algunos proveedores requieren más capacitación y apoyo que otros. La capacitación debe cubrir las habilidades para informar y asesorar a los usuarios sobre la elección y el uso de métodos anticonceptivos específicos, incluidos sus efectos secundarios, así como cualquier habilidad técnica específica, tales como poner inyecciones o insertar y extraer un DIU o un implante. Incluso los médicos especialistas necesitan capacitación en técnicas específicas, como la vasectomía sin bisturí y la esterilización tubárica laparoscópica. Las listas de verificación y otras guías de ayuda pueden ayudar de distintas maneras a una amplia gama de proveedores y directores—por ejemplo, a seleccionar a los usuarios conforme a los criterios médicos de elegibilidad, a asegurarse de que se lleven a cabo todos los pasos del proceso (tales como la prevención de infecciones) y a garantizar la buena calidad de los servicios—.

A medida que en los programas se planifica y se lleva a cabo el reparto de tareas, las principales inquietudes son el mantenimiento de la calidad y la seguridad. Para que el reparto de tareas sea exitoso, los programas deben prestar atención a las siguientes cuestiones:

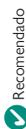
- capacitación y apoyo;
- suministro del método a los nuevos proveedores;
- supervisión;
- derivación para el manejo de cualquier complicación;
- cambios en los protocolos, los reglamentos y los programas de capacitación;
- sueldos o pagos que reflejen el alcance de la práctica de los proveedores.

Métodos y servicios de planificación familiar que suelen ofrecer varios tipos de proveedores de servicios

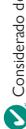
Las políticas y las directrices de prestación de servicios nacionales especifican qué cuadros de proveedores pueden ofrecer servicios específicos de planificación familiar. El siguiente gráfico muestra los métodos de planificación familiar que suelen ofrecer estos cuadros de proveedores según las recomendaciones de la OMS.

	Trabajadores de salud no profesionales (como los trabajadores de salud comunitarios)	Trabajadores de farmacia	Farmacéuticos	Auxiliares de enfermería	Enfermeras parteras auxiliares	Enfermeras	Parteras	Profesionales clínicos adjuntos y profesionales clínicos adjuntos avanzados	Médico no especialista	Médico especialista
SERVICIO DE ANTICONCEPCIÓN										
<ul style="list-style-type: none"> • Orientación para la toma de decisiones fundamentada • Anticonceptivos orales combinados (AOC) • Anticonceptivos orales de progestágeno solo (AOP) • Píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU) • Método de los días fijos y método de los dos días • Método de la amenorrea de la lactancia • Preservativos (masculinos y femeninos), diafrágramas, capuchones anticonceptivos y espermicidas 	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*	✓*
<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos inyectables (AMPD, EN-NET, inyectables mensuales combinados) 	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Inserción y extracción de implantes 	✓	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos intrauterinos (DIU) 	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Vasectomía (esterilización masculina) 	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
<ul style="list-style-type: none"> • Ligadura de trompas (esterilización femenina) 	✗	✗	✗	✗	✗	✗	✓	✓	✓	✓

LEYENDA



Recomendado



Considerado dentro del ámbito típico de la práctica; no se ha evaluado la evidencia.



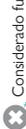
Recomendado en circunstancias específicas



Recomendado en el contexto de una investigación rigurosa



Recomendado contra



Considerado fuera del ámbito típico de la práctica; no se ha evaluado la evidencia.

Todas las recomendaciones suponen que los trabajadores de salud asignados recibirán capacitación específica de tareas antes de ofrecer servicios. La adopción del reparto de tareas también requiere mecanismos efectivos de seguimiento, supervisión y derivación.

Las recomendaciones son aplicables en entornos tanto de recursos altos como de recursos bajos. Proporcionan una amplia gama de tipos de trabajadores de salud que pueden realizar la tarea de manera segura y efectiva. Las opciones tienen por objeto ser inclusivas y no implican la preferencia o la exclusión de ningún tipo de proveedor en particular. La elección del tipo de trabajador de salud para una tarea específica dependerá de las necesidades y las condiciones locales.

Prevención de las infecciones en el consultorio

Los procedimientos de prevención de infecciones son sencillos, efectivos y económicos. Los gérmenes (microorganismos infecciosos) a tener en cuenta en el consultorio son: bacterias (como el estafilococo), virus (en particular el VIH y el virus de la hepatitis B), hongos y parásitos. En el consultorio, los microorganismos infecciosos pueden encontrarse en la sangre, en líquidos y secreciones corporales con sangre visible y en tejidos (Las heces, las secreciones nasales, la saliva, el esputo, el sudor, las lágrimas, la orina y el vómito no se consideran potencialmente infecciosos a menos que contengan sangre). Los microorganismos pueden transmitirse a través de las membranas mucosas o de la piel con heridas, tales como cortes y rasguños, y por pinchazos de agujas usadas y otras heridas punzantes. Los microorganismos infecciosos pueden pasar de los consultorios a las comunidades cuando los desechos no se eliminan de manera apropiada o cuando los miembros del personal no se lavan las manos adecuadamente antes de salir del consultorio.

Reglas básicas para la prevención de infecciones

Estas reglas aplican las precauciones universales para la prevención de infecciones a los consultorios de planificación familiar.

Lávese las manos



- *El lavado de manos puede ser el procedimiento de prevención de infecciones más importante.*
- Lávese las manos antes y después de examinar o tratar a cada usuaria o usuario. (No es preciso lavarse las manos si no es necesario explorar o tratar a la usuaria o al usuario.)
- Utilice agua limpia y jabón común y frótese las manos por lo menos durante 10 a 15 segundos. Asegúrese de limpiar entre los dedos y debajo de las uñas. Lávese las manos tras manipular instrumentos y otros objetos sucios o después de tocar membranas mucosas, sangre u otros líquidos corporales. Lávese las manos antes de ponerse los guantes, después de quitárselos y cada vez que sus manos se ensucien. Lávese las manos al llegar a trabajar, después de usar el baño o la letrina y al dejar el trabajo. Séquese las manos con una toalla de papel o una toalla de tela limpia y seca que nadie más utilice, o deje secar al aire.
- Si no se dispone de agua limpia y jabón, un desinfectante para manos que contenga al menos un 60% de alcohol puede reducir el número de gérmenes en las manos. Los desinfectantes no eliminan todos los tipos de gérmenes y es posible que no eliminen los productos químicos nocivos.

Procese los instrumentos que serán reutilizados

- Haga una desinfección de alto nivel o esterilice los instrumentos que entran en contacto con membranas mucosas intactas o con piel no intacta.
- Esterilice los instrumentos que entran en contacto con tejidos situados bajo la piel (véase “Los 4 pasos para procesar el equipo”, p. 379).

Utilice guantes

- Utilice guantes para cualquier procedimiento en que exista riesgo de tocar sangre, otros líquidos o secreciones corporales, membranas mucosas, piel no intacta, objetos sucios, superficies sucias o desechos. Use guantes quirúrgicos para procedimientos quirúrgicos tales como la inserción de implantes. Utilice guantes de exploración desechables para procedimientos que impliquen tocar membranas mucosas intactas o, en general, para evitar la exposición a líquidos o secreciones corporales. No se necesitan guantes para poner inyecciones.
- Cámbiese los guantes entre distintos procedimientos realizados en la persona y entre un usuario o usuaria y el siguiente.
- No toque superficies ni equipos limpios con los guantes sucios o las manos descubiertas.
- Lávese las manos antes de ponerse los guantes. No se lave las manos con los guantes puestos en lugar de cambiarse los guantes. Los guantes no sustituyen al lavado de manos.
- Utilice guantes de uso general limpios cuando limpie instrumentos y equipos sucios, manipule desechos y limpie salpicaduras de sangre o líquidos y secreciones corporales.

Realice exploraciones ginecológicas solo cuando sea necesario

- Para la mayoría de los métodos de planificación familiar no es necesaria una exploración ginecológica: solo para la esterilización femenina, el DIU, el diafragma y el capuchón cervicouterino (véase “Importancia de determinados procedimientos para la provisión de métodos de planificación familiar”, p. 368). Las exploraciones ginecológicas solo deben hacerse cuando exista un motivo, como la sospecha de infecciones de transmisión sexual (ITS), cuando la exploración ginecológica pueda ayudar al diagnóstico o al tratamiento.

Para las inyecciones utilice jeringas y agujas autoinutilizables nuevas

- Las jeringas y agujas autoinutilizables son más seguras y fiables que las jeringas y agujas desechables comunes, y las jeringas y agujas desechables son más seguras que esterilizar jeringas y agujas reutilizables. Se debe evitar la esterilización y reutilización de jeringas y agujas. Podría considerarse solo si no se dispone de equipo de inyección de un solo uso y el programa puede documentar la calidad de la esterilización.
- No es necesario limpiar la piel de la usuaria antes de la inyección, a menos que la piel esté sucia. Si lo está, lávela con agua y jabón y séquela con una toalla limpia. No se obtiene un mejor resultado si se limpia con un antiséptico.

Limpie las superficies con una solución de cloro

- Limpie las mesas o camillas de exploración, las banquetas y otras superficies que entran en contacto con la piel intacta con una solución de cloro al 0,5% después de atender a cada usuaria o usuario.

Deseche los equipos y suministros de un solo uso de manera apropiada y segura



- Use equipo de protección personal—gafas protectoras, mascarilla, delantal y zapatos de protección cerrados—cuando manipule desechos.
- No se deben reutilizar las agujas y jeringas de un solo uso. No separe la aguja de la jeringa. Evite romper, doblar o volver a poner el capuchón a las agujas usadas. Para eliminar las agujas y las jeringas usadas, póngalas de inmediato en un recipiente para objetos punzocortantes. (Si las agujas y jeringas no van a ser incineradas, es necesario descontaminarlas mediante una descarga de una solución de cloro al 0,5% antes de arrojarlas al recipiente para objetos punzocortantes.) El recipiente para objetos punzocortantes debe ser sellado y quemado, incinerado o enterrado profundamente cuando esté lleno en tres cuartas partes.
- Las prendas de vestir y otros desechos sólidos sucios se deben recoger en bolsas de plástico y, en un plazo de 2 días, hay que quemarlos y enterrarlos en un hoyo profundo. Los desechos líquidos deben verterse en el desagüe de un fregadero o en un inodoro con cisterna, o bien en un hoyo profundo y enterrarse.
- Limpie los contenedores de basura con detergente y enjuague con agua.
- Quítese los guantes de uso general y límpielos cuando se ensucien, por lo menos una vez al día.
- Lávese las manos antes y después de desechar el equipo sucio y la basura.

Lave la ropa blanca

- Lave la ropa blanca (por ejemplo, ropa de cama, gorros, batas y paños quirúrgicos) a mano o a máquina y séquela al aire o a máquina. Cuando manipule ropa blanca sucia, use guantes, manténgala alejada del cuerpo y no la agite.

Riesgo bajo de contraer la infección por el VIH en el consultorio

Los proveedores de atención de salud pueden estar expuestos al VIH a través de las agujas, las membranas mucosas, o la piel no intacta, pero el riesgo es bajo:

- La mayor parte de las infecciones en entornos de atención de salud se deben a pinchazos de agujas y cortes. El riesgo medio de contraer la infección por el VIH después la exposición a sangre infectada por el VIH a través de un pinchazo de aguja es de 3 infecciones por cada 1.000 pinchazos de aguja.
- Se calcula que el riesgo después de la exposición de los ojos, la nariz o la boca a sangre infectada por el VIH es de aproximadamente 1 infección por cada 1.000 exposiciones.

Seguir las precauciones universales es la mejor manera en que los proveedores pueden evitar la exposición en el lugar de trabajo al VIH y otras infecciones transmitidas por líquidos. La profilaxis posterior a la exposición (PEP) con medicamentos antirretrovirales (ARV) ayudará a prevenir la infección por el VIH si un proveedor puede haber estado expuesto al VIH debido a un pinchazo de aguja.

Haga de la prevención de infecciones un hábito

Con todos los usuarios, el proveedor de atención de salud debe preguntarse: “¿Qué prevención de infecciones se necesita?”. Los usuarios y los proveedores pueden tener una infección sin saberlo y sin tener síntomas obvios. La prevención de infecciones es un signo de buena atención de salud que puede atraer a los usuarios. Para algunos usuarios, la pulcritud es uno de los signos más importantes de calidad.



Los 4 pasos para procesar el equipo

1. *Descontamine para eliminar microorganismos infecciosos como el VIH y el virus de la hepatitis B y para hacer que los instrumentos, los guantes y otros objetos sean más seguros para la gente que los limpia. Remoje en una solución de cloro al 0,5% durante 10 minutos. Enjuague con agua limpia fría o limpie de inmediato.*
2. *Limpie para eliminar los líquidos y secreciones corporales, los tejidos y la suciedad. Lave o friegue con un cepillo con jabón líquido o detergente y agua. Evite el jabón en barra o en polvo, que puede permanecer en el equipo. Enjuague y seque. Al limpiar, utilice guantes de uso general y equipo de protección personal: gafas, mascarilla, delantal y calzado cerrado.*
3. *Realice una desinfección de alto nivel o esterilice.*
 - Realice una desinfección de alto nivel para eliminar todos los microorganismos infecciosos, excepto algunas endosporas bacterianas (una forma de bacteria latente y resistente), por ebullición, mediante vapor o con productos químicos. Realice una desinfección de alto nivel de los instrumentos o el material que hayan estado en contacto con membranas mucosas intactas o con piel no intacta, como los espéculos vaginales, las sondas uterinas y los guantes para exploración ginecológica.
 - Esterilice para eliminar todos los microorganismos infecciosos, incluidas las endosporas bacterianas, con un autoclave de vapor a alta presión, un horno de calor seco, productos químicos o radiación. Esterilice instrumentos tales como bisturís y agujas que entran en contacto con tejidos situados bajo la piel. Si la esterilización no es posible o no resulta práctica (por ejemplo, en el caso de los laparoscopios), se debe someter a los instrumentos a una desinfección de alto nivel.
4. *Guarde los instrumentos y el material para protegerlos de la contaminación. Deberán guardarse en un recipiente sometido a desinfección de alto nivel o a esterilización en una zona limpia apartada del tránsito del consultorio. El equipo utilizado para esterilizar y hacer la desinfección de alto nivel de los instrumentos y el material también debe estar protegido de la contaminación.*

Gestión de los suministros de anticonceptivos

La atención de salud reproductiva de buena calidad requiere el suministro continuo de anticonceptivos y otros artículos básicos. Los proveedores de planificación familiar son el eslabón más importante en la cadena de suministro de anticonceptivos que lleva los productos desde el fabricante hasta los usuarios.

La precisión y la puntualidad de los pedidos e informes del proveedor ayudan a los administradores de la cadena de abastecimiento a determinar qué productos se necesitan, cuánto comprar y dónde distribuirlos. Los miembros del personal del consultorio colaboran cuando gestionan adecuadamente el inventario de anticonceptivos, registran e informan con precisión acerca de lo que se proporciona a los usuarios y encargan rápidamente nuevos suministros. En algunos establecimientos se asignan todas las tareas de logística a un miembro del personal; en otros, distintos miembros del personal pueden ayudar en las tareas de logística según sea necesario. Los miembros del personal del consultorio necesitan familiarizarse con el sistema que se aplique y trabajar con él para asegurarse de que tienen los suministros que necesitan.

Responsabilidades logísticas en el consultorio

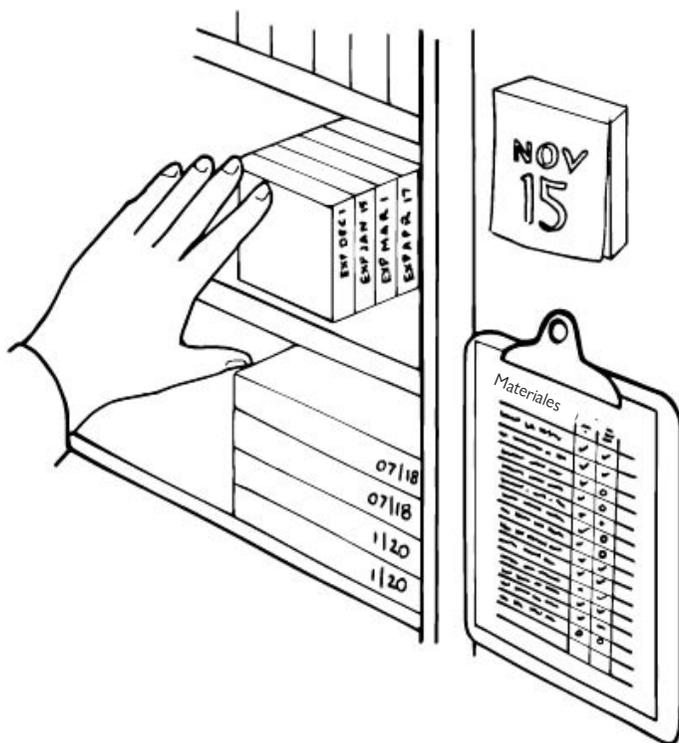
Cada cadena de suministro opera según procedimientos específicos que funcionan en situaciones específicas, pero las responsabilidades típicas del personal de la clínica con respecto a la logística de la anticoncepción incluyen estas actividades comunes:

Diariamente

- Llevar cuenta del tipo y la cantidad de anticonceptivos entregados a los usuarios usando el formulario de registro correspondiente (normalmente llamado “registro de actividad diaria”).
- Mantener las condiciones adecuadas de almacenamiento de todos los materiales en un entorno limpio, seco, alejado de la luz solar directa y protegido del calor extremo.
- Suministrar anticonceptivos a los usuarios mediante la gestión de la reserva de suministros que consiste en distribuir o entregar antes los suministros cuya fecha de caducidad está más próxima. Con esta estrategia se da primero salida a las existencias más antiguas para evitar que se desperdicien suministros debido a su caducidad.

Regularmente (mensual o trimestralmente, dependiendo del sistema logístico)

- Contar la cantidad de suministros para cada método de los que se dispone en el consultorio y determinar la cantidad de anticonceptivos que deben encargarse (esto se realiza a menudo con un farmacéutico clínico). Este es un buen momento para inspeccionar los suministros, buscando problemas como productos caducados, envases y paquetes dañados, envases de DIU o implantes que se han abierto, o cambios de color de los preservativos.



- Trabajar con distribuidores comunitarios supervisados por personal del consultorio, revisando sus registros de consumo y ayudándolos a cumplimentar sus formularios de pedido. Distribuir suministros de anticonceptivos a los agentes comunitarios en función de sus pedidos. Un registro de la fecha de caducidad de estos suministros puede ayudar a recuperar los que no se han distribuido y han caducado.
- Notificar al coordinador del programa de planificación familiar o al funcionario encargado de los suministros de material de salud (generalmente en el nivel del distrito) y hacer los pedidos usando el formulario o los formularios correspondientes para las notificaciones y los pedidos. La cantidad que se encarga es la cantidad que hará que las reservas lleguen a un nivel que satisfaga las necesidades previstas hasta recibir el próximo pedido. (Se debe hacer por adelantado un plan para hacer pedidos urgentes o pedir prestados suministros de establecimientos vecinos si se producen aumentos repentinos de la demanda, si se agotan las reservas o si se producen grandes pérdidas, por ejemplo, si un almacén se inunda).
- Recibir los suministros de anticonceptivos solicitados del farmacéutico clínico u otra persona apropiada en la cadena de abastecimiento. Hay que cotejar lo que se recibe con lo que se había encargado.

Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia

Puntos clave para proveedores y usuarios

- Los servicios de planificación familiar deben continuar durante toda la epidemia.
- Los criterios médicos de elegibilidad para el uso seguro de métodos anticonceptivos no cambian durante una epidemia.
- Algunos métodos anticonceptivos pueden iniciarse y continuarse de forma segura y efectiva, con o sin el apoyo de proveedores de atención de salud.
- Un uso más extendido de las tecnologías de salud digital y el acceso directo a las farmacias pueden mejorar el acceso durante una epidemia.

Introducción

Las epidemias de enfermedades infecciosas potencialmente mortales son cada vez más frecuentes y causan importantes trastornos en el sistema de salud, lo que afecta a la atención y a la prestación de servicios de salud, tanto de rutina como urgentes. Los proveedores de planificación familiar deben equilibrar las demandas de respuesta a los brotes epidémicos y, al mismo tiempo, continuar con los servicios de planificación familiar en las tres etapas de la respuesta a una epidemia: mitigación y preparación, urgencia y posurgencia.

En las epidemias, una gran cantidad de personas puede requerir atención médica, los sistemas de salud pueden verse desbordados y el orden público puede verse amenazado. La repercusión de una epidemia en la salud reproductiva puede ser resultado directo de la enfermedad infecciosa o consecuencia indirecta de las presiones excesivas sobre el sistema de salud en general, como la limitación de recursos, el desabastecimiento de productos básicos, las dificultades de acceso a los lugares habituales de prestación de servicios, la menor disponibilidad de proveedores de atención de salud, el temor a transmitir o contraer enfermedades y las ideas erróneas sobre la seguridad.

Cuando los sistemas de salud se ven desbordados debido a un brote epidémico, es probable que aumente tanto la mortalidad directa por la enfermedad del brote como la indirecta por otras afecciones prevenibles y tratables. La planificación familiar promueve la salud física y mental, y reduce la morbilidad y mortalidad materna e infantil mediante la prevención de embarazos no deseados y abortos inseguros. Los embarazos no deseados durante una epidemia se asocian a mayores riesgos. La planificación familiar es un servicio esencial que salva vidas y que debe continuar durante toda la epidemia.

Continuar con los servicios de planificación familiar en una epidemia

La capacidad de las personas para acceder a los servicios de planificación familiar y utilizarlos eficazmente depende del tiempo, ya que el uso incorrecto o tardío de los anticonceptivos reduce enormemente su efectividad.

Al prestar servicios de planificación familiar durante una epidemia, los proveedores deben:

- Evaluar a los usuarios para detectar síntomas de la epidemia y, si los hay, tratarlos o derivarlos de acuerdo con los protocolos locales.
- Proteger su propia seguridad y la de los usuarios durante las interacciones siguiendo las normas de prevención de infecciones apropiadas para el tipo de epidemia, incluida la desinfección del equipo y de las habitaciones mediante los protocolos correctos (véase el capítulo 26, “Provisión de servicios de planificación familiar”, sección “Prevención de las infecciones en el consultorio”, pp. 404-407).
- Asegurarse de que el usuario elige el método anticonceptivo de forma voluntaria y fundamentada, y de que se respetan la intimidad y la confidencialidad.
- Proporcionar toda la variedad de métodos cuando los recursos y las circunstancias lo permitan, pero ser franco sobre lo que no está disponible y cuándo puede haber métodos adicionales disponibles. Ofrecer al usuario un método de transición si el método de su elección no está disponible.
- Proporcionar suministros para varios meses de anticonceptivos orales y acetato de medroxiprogesterona de depósito subcutáneo (AMPD SC) para autoinyección, y dosis múltiples de píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU), según sea necesario, para cubrir un período de uso más prolongado.
- Comentar y asesorar sobre los DIU (véanse los capítulos 10 y 11) y los implantes (véase el capítulo 9) que pueden ser efectivos más allá de la duración de uso indicada en la etiqueta.

Uso seguro de métodos anti-conceptivos en una epidemia

Los criterios médicos de elegibilidad (CME) para el uso de anticonceptivos no cambian durante una epidemia.

Para proporcionar una atención de planificación familiar segura durante una epidemia, los proveedores deben:

- Compartir tareas con otros cargos de trabajadores de salud, cuando los servicios y los métodos de planificación familiar puedan prestarse con seguridad, para permitir que los médicos especialistas utilicen sus conocimientos para prestar servicios especializados.
- Seguir utilizando los *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos* (CME) de la OMS y la rueda o la aplicación de los CME para evaluar la seguridad de los métodos anticonceptivos para cada usuario (véase “Herramientas de salud digital” al final de este capítulo).
- Reconocer los riesgos para la salud, incluidos los signos y síntomas de afecciones graves que pueden ser más frecuentes durante una epidemia prolongada. Si un usuario refiere de tales signos o síntomas, déVELO para que reciba atención o trate las afecciones.
- Volver a evaluar la seguridad de los métodos anticonceptivos para los usuarios que presenten afecciones de salud graves. (Véase el apéndice B, “Signos y síntomas de afecciones graves”).

Autocuidados para la anticoncepción

Muchos métodos anticonceptivos pueden autoadministrarse de forma segura y efectiva sin una exploración física. Los anticonceptivos orales combinados (AOC), las píldoras de progestágeno solo (PPS), las píldoras anticonceptivas de urgencia (PAU), los espermicidas, algunos diafragmas, los preservativos masculinos y femeninos, los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y la amenorrea de la lactancia son métodos que las usuarias pueden autoadministrarse. Las usuarias pueden iniciar y continuar estos métodos con o sin el apoyo de un trabajador de salud. Las usuarias también pueden ponerse la inyección de AMPD SC después de la capacitación (véase el capítulo 4, “Inyectables de progestágeno solo”, sección “La autoinyección puede ser una alternativa”, pp. 83-86).

Al prestar servicios de planificación familiar durante una epidemia, los proveedores deben:

- Dispensar AMPD SC, AOC, PPS, PAU, espermicidas, diafragmas flexibles y preservativos masculinos y femeninos en farmacias sin receta, cuando lo permitan las normativas nacionales.
- Distribuir estos métodos en programas de divulgación comunitaria sin receta, cuando lo permitan las normativas nacionales.

Uso de las tecnologías de salud digital

Las tecnologías de salud digital pueden ayudar a los proveedores de atención de salud a que los usuarios continúen con el acceso a la planificación familiar incluso durante una epidemia. Hay muchos formatos y usos para las tecnologías de salud digital; estas pueden ser especialmente valiosas durante una epidemia, cuando se restringen los servicios en el consultorio.

Entre los ejemplos de algunas de las tecnologías utilizadas en un marco de salud digital para conectar a los proveedores con los usuarios, se incluyen: SMS o mensajes de texto, “consultas” telefónicas o por video, podcasts informativos, aplicaciones móviles y herramientas basadas en la web como el correo electrónico o los historiales médicos abiertos (historiales médicos que los usuarios pueden revisar directamente o a los que pueden acceder ellos mismos). A excepción de los DIU, los implantes, algunos diafragmas y los métodos permanentes (esterilización masculina y femenina), los métodos anticonceptivos no requieren una exploración física antes de su empezar a usarlos.

Al prestar servicios de planificación familiar durante una epidemia, los proveedores deben:

- Utilizar las tecnologías de salud digital para conectar con los usuarios, asesorarlos y recomendarles métodos anticonceptivos que no requieran una exploración física.
- Aprovechar las tecnologías de salud digital para compartir información importante sobre la seguridad de los métodos anticonceptivos y sobre cómo acceder a los servicios y autoadministrarse los métodos seleccionados.

Herramientas de salud digital



Herramienta de distribución de anticonceptivos en contextos humanitarios

Para acceder e instalar la aplicación para Android o Apple, siga este enlace y obtenga información: <https://www.who.int/news/item/07-12-2018-delivering-contraceptive-services-in-humanitarian-settings>



Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Para acceder e instalar la aplicación para Android o Apple, siga este enlace y obtenga información: <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

APÉNDICE A

Efectividad de los anticonceptivos

Tasas de embarazos no deseados por 100 mujeres

Método de planificación familiar	Tasa de embarazo en el primer año ^a (Trussell y Aiken ^b)		Tasa de embarazo a los 12 meses ^c (Polis et al. ^d)	Clave
	Uso sistemático y correcto	Como se usa comúnmente	Como se usa comúnmente	
Implantes	0,1	0,1	0,6	0-0.9
Vasectomía	0,1	0,15		Muy efectivo
Esterilización femenina	0,5	0,5		
DIU de levonorgestrel	0,5	0,7		1-9
DIU de cobre	0,6	0,8	1,4	Efectivo
Método de la amenorrea de la lactancia (por 6 meses)	0,9 ^e	2 ^e		
Inyectables mensuales	0,05 ^e	3 ^e		10-19
Inyectables de progestágeno solo	0,2	4	1,7	Moderadamente efectivo
Anticonceptivos orales combinados	0,3	7	5,5	
Píldoras de progestágeno solo	0,3	7		20+
Parche anticonceptivo combinado	0,3	7		Menos efectivo
Anillo vaginal combinado	0,3	7		
Preservativo masculino	2	13	5,4	
Método de los días fijos	5	12		
Método de los dos días	4	14		
Método de la ovulación	3	23		
Otros métodos basados en el conocimiento de la fertilidad		15		
Diafragma con espermicidas	16	17		
Retiro (coito interrumpido)	4	20	13,4	
Preservativo femenino	5	21		
Espermicidas	16	21		
Capuchón cervicoterino ^f	26 ^g , 9 ^h	32 ^g , 16 ^h		
Ningún método	85	85		

^a Tasas principalmente de los Estados Unidos. Datos procedentes de la mejor fuente disponible, a criterio de los autores.

^b Trussell J y Aiken ARA. Contraceptive efficacy. En: Hatcher RA et al. Contraceptive Technology, 21.ª edición revisada. Nueva York, Ardent Media, 2018.

^c Tasas de países en desarrollo. Datos suministrados por los países de encuestas poblacionales.

^d Polis CB et al. Contraceptive failure rates in the developing world: an analysis of Demographic and Health Survey data in 43 countries. Nueva York: Guttmacher Institute, 2016.

^e Fuente: Hatcher R et al. Contraceptive technology. 20.ª ed. Nueva York, Ardent Media, 2011.

^f Fuente: Trussell J. Contraceptive failure in the United States. Contraception. 2004;70(2): 89-96.

^g Tasa de embarazo de las mujeres que han dado a luz.

^h Tasa de embarazo para mujeres que nunca han dado a luz.

Signos y síntomas de afecciones graves

En la siguiente tabla se exponen los signos y síntomas de algunas afecciones graves, las cuales se mencionan en las secciones Riesgos para la salud o Manejo de problemas de los capítulos sobre los métodos anticonceptivos. Se trata de afecciones raras o extremadamente raras entre las usuarias y los usuarios del método. En general también se registran en raras ocasiones en las personas en edad de procrear. Aun así, es importante reconocer sus posibles signos y tomar medidas o derivar a los servicios de atención de salud a la usuaria o el usuario que refiera estos signos y síntomas. En algunos casos, las usuarias o los usuarios que presenten alguna de estas afecciones tendrán que elegir otro método anticonceptivo.

Afección o circunstancia	Descripción	Signos y síntomas
Trombosis venosa profunda	Coágulo sanguíneo que se forma en las venas profundas del cuerpo, generalmente en las piernas.	Dolor intenso y persistente en una pierna, a veces con hinchazón o piel enrojecida.
Embarazo ectópico	Embarazo en el que el óvulo fecundado se implanta en tejido fuera del útero, generalmente en las trompas de Falopio, pero a veces en el cuello uterino o en la cavidad abdominal.	<p>En las etapas iniciales del embarazo ectópico, los síntomas pueden estar ausentes o ser leves, pero con el tiempo se vuelven graves. Una combinación de estos signos y síntomas debe aumentar la sospecha de embarazo ectópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dolor abdominal inusual o abdomen doloroso a la palpación; • sangrado vaginal anormal o ausencia de menstruación, especialmente si esto supone un cambio respecto al patrón de sangrado habitual de la usuaria; • vahído o mareo; • desmayo.
Infarto de miocardio	Ocurre cuando se bloquea el suministro de sangre al corazón, generalmente debido a una acumulación de colesterol y otras sustancias en las arterias coronarias.	Molestia o sensación incómoda de presión en el tórax; sensación de plenitud, opresión o dolor en el centro del tórax que dura más que unos pocos minutos o que va y viene; dolor irradiado o sensación de entumecimiento en uno o ambos brazos, la espalda, la mandíbula o el estómago; dificultad para respirar; sudores fríos; náuseas.

Afección o circunstancia	Descripción	Signos y síntomas
Trastornos hepáticos	La infección por el virus de la hepatitis inflama el hígado; la cirrosis produce tejido cicatricial que bloquea el flujo de sangre a través del hígado.	Coloración amarillenta de los ojos o la piel (ictericia) y distensión abdominal, dolor a la palpación o dolor en el abdomen, en especial en la parte alta.
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)	Infección de la parte superior del aparato genital, causada por diversos tipos de bacterias.	Dolor en la parte baja del abdomen; dolor durante las relaciones sexuales, la exploración ginecológica o la micción; sangrado o flujo vaginal anormal; fiebre; sangrado del cuello uterino al tocarlo. Entre los signos de EIP en la exploración ginecológica se encuentran los siguientes: dolor a la palpación en los ovarios o las trompas de Falopio, flujo cervicouterino amarillento que contiene moco y pus, sangrado fácil al tocar el cuello uterino con el hisopo o un resultado positivo en el estudio de muestras obtenidas mediante el hisopo, así como dolor al movilizar el cuello uterino o el útero durante la exploración ginecológica.
Embolia pulmonar	Coágulo sanguíneo que llega a los pulmones por el torrente sanguíneo.	Dificultad para respirar repentina, que puede empeorar al hacer una respiración profunda, tos, a veces con presencia de sangre, taquicardia y sensación de mareo.
Ruptura de un embarazo ectópico	Rotura de la trompa de Falopio por un embarazo ectópico.	Dolor repentino intenso o punzante en la zona inferior del abdomen, a veces en un lado. Es posible que duela el hombro derecho. Generalmente, en pocas horas, el abdomen se vuelve rígido y la mujer entra en choque.
Reacción alérgica grave al látex	El organismo de la persona afectada tiene una reacción grave al entrar en contacto con el látex.	Erupción en buena parte del cuerpo, mareos causados por un repentino descenso de la tensión arterial, dificultad respiratoria, pérdida de conocimiento (choque anafiláctico).
Accidente cerebrovascular	Se produce por bloqueo o rotura de arterias del encéfalo, lo que impide el flujo normal de la sangre y provoca la muerte del tejido encefálico.	Entumecimiento o debilidad de la cara, el brazo o la pierna, especialmente de un lado del cuerpo; confusión o dificultad para hablar o para comprender; dificultad para ver con un ojo o con ambos; dificultad para caminar, mareos, pérdida del equilibrio o de la coordinación; cefalea grave sin otra causa conocida. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.
Síndrome de choque tóxico	Reacción grave generalizada a toxinas liberadas por bacterias.	Fiebre alta, erupción difusa, vómitos, diarrea, mareos, dolores musculares. Los signos y síntomas aparecen repentinamente.

Afecciones que hacen que el embarazo sea especialmente riesgoso

Algunas afecciones comunes hacen que el embarazo sea más riesgoso para la salud de la mujer, por lo que la efectividad del método anticonceptivo es particularmente importante. Se puede consultar una comparación de la efectividad de los métodos de planificación familiar en la sección “Efectividad de los anticonceptivos”, p. 383.

La efectividad de algunos métodos depende más de la usuaria que de otros factores. En general, los métodos anticonceptivos que requieren un uso correcto en cada acto sexual o abstenerse de tener relaciones sexuales en los días fértiles son los métodos menos eficaces, tal como se suelen utilizar:

- espermicidas,
- retiro (coito interrumpido),
- métodos basados en el conocimiento de la fertilidad,
- capuchón cervicouterino,
- diafragma,
- preservativo femenino,
- preservativo masculino.

Si una mujer refiere alguna de las afecciones comunes que se mencionan a continuación:

- se le debe informar de que el embarazo puede ser especialmente riesgoso para su salud y, en algunos casos, para la salud del hijo;
- durante el asesoramiento, el proveedor debe prestar especial atención a la efectividad de los métodos. Las usuarias o los usuarios que estén considerando un método que requiera un uso correcto en cada relación sexual deben pensar cuidadosamente si lo pueden usar con efectividad.

Infecciones y trastornos del aparato reproductor

- Cáncer de mama
- Cáncer endometrial
- Cáncer de ovario
- Algunas infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidiasis)
- Algunas infecciones vaginales (vaginosis bacteriana)
- Enfermedad trofoblástica gestacional maligna

Trastornos cardiovasculares

- Hipertensión (tensión arterial sistólica superior a 160 mm Hg o tensión arterial diastólica superior a 100 mm Hg)
- Cardiopatía valvular complicada
- Cardiopatía isquémica (enfermedad cardíaca por estenosis arterial)
- Accidente cerebrovascular
- Mutaciones trombogénicas

Otras infecciones

- VIH (véase “Infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por el VIH”, pregunta 11, p. 343)
- Tuberculosis
- Esquistosomiasis con fibrosis hepática

Trastornos endocrinos

- Diabetes insulino dependiente, con daño a las arterias, los riñones, los ojos o el sistema nervioso (nefropatía, retinopatía, neuropatía), o de más de 20 años de duración

Anemia

- Anemia drepanocítica (anemia de células falciformes)

Trastornos gastrointestinales

- Cirrosis hepática grave (descompensada)
- Tumores malignos (cáncer) del hígado (hepatoma) y carcinoma hepatocelular

Trastornos neurológicos

- Epilepsia

Trastornos reumáticos

- Lupus eritematoso sistémico

APÉNDICE D

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

En los cuadros siguientes se resumen los “Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos” de la Organización Mundial de la Salud. Estos criterios son la base de las listas de verificación de los criterios médicos de elegibilidad mencionados en la mayoría de los capítulos de este manual sobre métodos de planificación familiar. Las listas de verificación se basan en el sistema de dos niveles para proveedores con juicio clínico limitado (véase el cuadro siguiente). Las preguntas de estas listas abordan afecciones o circunstancias que la mujer sabe que presenta y que se mencionan en las categorías 3 o 4 de los criterios médicos de elegibilidad. En los cuadros “Uso del juicio clínico en casos especiales” se encuentran afecciones o circunstancias de la categoría 3: el método anticonceptivo puede suministrarse cuando no se disponga de otro más apropiado o aceptable para la usuaria y un proveedor cualificado pueda evaluar cuidadosamente la situación y la afección específica de la mujer.

Categorías en el caso de los 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, salvo que no se disponga de otros más apropiados o los disponibles no sean aceptables.	No (No use el método)
4	No use el método.	

Nota: En la tabla que comienza en la página siguiente, las afecciones y circunstancias de las categorías 3 y 4 se encuentran sombreadas para indicar que no se debe suministrar el método cuando el juicio clínico es limitado. Las categorías nuevas o las que han variado con respecto a la edición del 2011 se muestran con un tipo de letra **más oscuro**.

En lo que respecta a la vasectomía, el preservativo masculino y el femenino, los espermicidas, el diafragma, el capuchón cervicouterino y el método de la amenorrea de la lactancia, véanse las pp. 397-399. Para obtener información sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, véase la p. 399.

Categorías en el caso de la esterilización femenina y la vasectomía

Acepte (A)	No hay razón médica para negar el método a una persona con esta afección o en esta circunstancia.
Tenga precaución (P)	El método suele suministrarse en un entorno ordinario, pero con preparación y precauciones adicionales.
Demore (D) o postergue	El uso del método deberá demorarse hasta que se haya evaluado o solucionado la afección. Deben suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos.
Caso especial (E)	El procedimiento debe llevarse a cabo en condiciones en que se disponga de un cirujano y personal experimentados, el equipo necesario para la administración de anestesia general y demás apoyo médico de respaldo. También es preciso tener la capacidad para decidir cuál es el procedimiento y el apoyo anestésico más apropiados. Deberán suministrarse métodos anticonceptivos temporales alternativos si resulta necesario derivar a otro servicio o si se demora el procedimiento por algún motivo.

Afección o circunstancia	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Use el método										
<input type="checkbox"/> = No use el método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Inicie el uso del método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Continúe el uso del método										
<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método										
NP = No procede										
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS										
Embarazo	NP	NP	NP	NP	NP	NP	NP	4	4	D
Edad	De la menarquia a <40 años			De la menarquia a <18 años				De la menarquia a <20 años		Joven
	1	1	1	1	2	1	—	2	2	P
	≥40 años			18 a 45 años				≥20 años		
	2	2	2	1	1	1	—	1	1	
Número de partos										
No ha tenido partos (núlpara)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	A
Ha tenido uno o más partos	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Lactancia materna										
<6 semanas después del parto	4	4	4	2	3 ^a	2	¹ AUP=2	b	b	*
≥6 semanas a <6 meses después del parto (básicamente amamantando)	3	3	3	1	1	1	¹ AUP=2	b	b	A
≥6 meses después del parto	2	2	2	1	1	1	¹ AUP=2	b	b	A
Posparto (mujeres que no amamantan)										
<21 días	3	3	3	1	1	1	—	b	b	
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	4	4	4							*
21-42 días	2	2	2	1	1	1	—	b	b	
Con otros factores adicionales de riesgo de tromboembolia venosa	3	3	3							
>42 días	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Después de un aborto										
En el primer trimestre	1	1	1	1	1	1	—	1	1	
En el segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	—	2	2	
Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	1	—	4	4	*

* Para obtener información sobre otras afecciones o circunstancias vinculadas con las píldoras anticonceptivas de urgencia y la esterilización femenina, véase la p. 397.

^a En condiciones en que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este es uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles, puede hacerse accesible inmediatamente después del parto a las mujeres que amamantan a sus bebés.

^b Uso del DIU después del parto: En lo que respecta al DIU de cobre, la colocación en un plazo <48 horas entra en la categoría 1. En cuanto al DIU-LNG, la colocación en un plazo <48 horas entra en la categoría 2 para las mujeres que están amamantando y en la categoría 1 para las mujeres que no están amamantando. Para todas las mujeres y ambos tipos de DIU, la colocación entre 48 horas y <4 semanas después del parto está en la categoría 3; si se hace 4 semanas después del parto, en la categoría 1; y en caso de sepsis puerperal, en la categoría 4.

	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
□ = Use el método										
■ = No use el método										
1 = Inicie el uso del método										
C = Continúe el uso del método										
□ = Afeción o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método										
NP = No procede										
Afección o circunstancia										
Antecedentes de embarazo ectópico	1	1	1	2	1	1	1	1	1	A
Antecedentes de cirugía pélvica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P*
Tabaquismo										
Edad <35 años	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Edad ≥35 años										
<15 cigarrillos al día	3	2	3	1	1	1	—	1	1	A
≥15 cigarrillos al día	4	3	4	1	1	1	—	1	1	A
Obesidad										
Índice de masa corporal ≥30 kg/m ²	2	2	2	1	1 [†]	1	1	1	1	C
Medición de la tensión arterial no disponible	NP ^c	NP ^c	NP ^c	NP ^c	NP ^c	NP ^c	—	NP	NP	NP
TRASTORNOS CARDIOVASCULARES										
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arterial (mayor edad, tabaquismo, diabetes e hipertensión)	3/4 ^d	3/4 ^d	3/4 ^d	2	3	2	—	1	2	S
Hipertensión^e										
Antecedentes de hipertensión, cuando NO se puede evaluar la tensión arterial (incluida la hipertensión en el embarazo)	3	3	3	2 ^c	2 ^c	2 ^c	—	1	2	NP
Hipertensión adecuadamente controlada, cuando SE PUEDE evaluar la tensión arterial	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P
Tensión arterial elevada (medida de la manera adecuada)										
Sistólica 140-159 mm Hg o diastólica 90-99 mm Hg	3	3	3	1	2	1	—	1	1	P ^f
Sistólica ≥160 mm Hg o diastólica ≥100 mm Hg ^g	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E ^f

[†] De la menarquia a <18 años, un índice de masa corporal >=30 kg/m² entra en la categoría 2 para el AMPD y en la categoría 1 para el EN-NET.

^c En situaciones en las que los riesgos de morbilidad y mortalidad en el embarazo son altos y este es uno de los pocos métodos anticonceptivos ampliamente disponibles, no se puede negar el acceso a este método simplemente porque no se pueda medir la tensión arterial.

^d Cuando hay varios factores de riesgo importantes, y cualquiera de ellos aumentaría considerablemente el riesgo de sufrir un trastorno cardiovascular, el uso de este método puede aumentar el riesgo de la mujer hasta un nivel inaceptable. Sin embargo, el objetivo no es simplemente agregar categorías para múltiples factores de riesgo. Por ejemplo, el hecho de que haya varios factores de la categoría 2 no justifica necesariamente una categoría mayor.

^e Suponiendo que no haya otros factores de riesgo relacionados con trastornos cardiovasculares. Una sola lectura de la tensión arterial no es suficiente para clasificar a una mujer como hipertensa.

^f La hipertensión debe controlarse antes del procedimiento y vigilarse durante el mismo.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*			
<input type="checkbox"/> = Use el método <input type="checkbox"/> = No use el método <input checked="" type="checkbox"/> = Inicie el uso del método <input checked="" type="checkbox"/> = Continúe el uso del método <input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método NP = No procede Afección o circunstancia													
Enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	—	1	2	E			
Antecedentes de hipertensión en el embarazo (cuando la tensión arterial actual puede medirse y es normal)	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Embolia pulmonar (EP)													
Antecedentes de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
TVP/EP aguda	4	4	4	3	3	3	*	1	3	D			
TVP/EP y con tratamiento anticoagulante	4	4	4	2	2	2	*	1	2	E			
Antecedentes familiares de TVP/EP (parientes de primer grado)	2	2	2	1	1	1	*	1	1	A			
Cirugía mayor													
Con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	—	1	2	D			
Sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Cirugía menor sin inmovilización prolongada	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
Mutaciones trombogénicas conocidas (p. ej., factor V de Leiden, mutación de la protrombina; deficiencias de proteína S, proteína C y antitrombina) ⁸	4	4	4	2	2	2	*	1	2	A			
Trombosis venosa superficial													
Venas varicosas (várices)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A			
Trombosis venosa superficial	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A			
Cardiopatía isquémica				I	C		I	C		I	C		
En curso	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	D
Antecedentes	4	4	4	2	3	3	2	3	*	1	2	3	P
Accidente cerebrovascular (antecedentes de accidente cerebrovascular)⁸	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A			

(Continuación)

⁸ Esta afección o circunstancia puede hacer del embarazo un riesgo inaceptable para la salud. Se debe advertir a la mujer que los espermicidas, el retiro (coito interrumpido), los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad, el capuchón cervicouterino, el diafragma y el preservativo masculino o femenino quizá no sean la opción más apropiada, dado que las tasas de embarazo con estos métodos, tal como suelen utilizarse, son relativamente mayores.

	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*										
<input type="checkbox"/> = Use el método																				
<input type="checkbox"/> = No use el método																				
I = Inicie el uso del método																				
C = Continúe el uso del método																				
<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método																				
NP = No procede																				
Afección o circunstancia																				
Dislipidemias conocidas sin otros factores de riesgo cardiovascular^h																				
Sin complicaciones	2	2	2	1	1	1	—	1	1	P ⁱ										
Complicada [‡]	4	4	4	1	1	1	—	2 ⁱ	2 ⁱ	E*										
Lupus eritematoso sistémico																				
Presencia de anticuerpos antifosfolípidicos positivos (o se desconoce si los presenta)	4	4	4	3	3	3	—	1	1	3	E									
Trombocitopenia grave	2	2	2	2	3	2	2	—	3	2	2	E								
Tratamiento inmunodepresor	2	2	2	2	2	2	2	—	2	1	2	E								
Ninguna de las anteriores	2	2	2	2	2	2	2	—	1	1	2	P								
TRASTORNOS NEUROLÓGICOS																				
Cefaleasⁱ																				
No migrañosas (leves o intensas)	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	—	1	1	1	1	A
Migraña															2					
Sin aura	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C					I	C
Edad <35 años	2	3	2	3	2	3	1	2	2	2	2	2	2	—	1	2	2	2	2	A
Edad ≥35 años	3	4	3	4	3	4	1	2	2	2	2	2	2	—	1	2	2	2	2	A
Con aura, a cualquier edad	4	4	4	4	4	4	2	3	2	3	2	3	—	1	2	3	3	3	3	A
Epilepsia	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	1 ^k	—	1											P
TRASTORNOS DEPRESIVOS																				
Trastornos depresivos	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	1 ^l	—	1	1 ^l										P
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTOR																				
Patrones de sangrado vaginal																				
Patrón irregular sin sangrado profuso	1	1	1	2	2	2	—	1	1	1										A
Sangrado profuso o prolongado (incluidos los patrones regulares e irregulares)	1	1	1	2	2	2	—	2	1	2										A
Sangrado vaginal sin causa aparente (sospecha de una afección grave), antes de la evaluación	2	2	2	2	3	3	—	I	C	I	C									D
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	—	2	1											E
Tumores benignos de ovario (incluidos los quistes)	1	1	1	1	1	1	—	1	1											A
Dismenorrea grave	1	1	1	1	1	1	—	2	1											A

[‡] Hipertensión pulmonar; fibrilación auricular; antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda.

^h La detección sistemática no es adecuada, dado que la afección se presenta rara vez y las pruebas de detección tienen un costo alto.

ⁱ Se recomienda administrar tratamiento antibiótico profiláctico antes de proporcionar el método.

	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Use el método										
<input type="checkbox"/> = No use el método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Inicie el uso del método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Continúe el uso del método										
<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método										
NP = No procede										
Afección o circunstancia										
Enfermedad trofoblástica gestacional										
Concentraciones de β-hCG bajos o no detectables	1	1	1	1	1	1	—	3	3	A
Concentraciones de β-hCG persistentemente elevadas o enfermedad maligna ²	1	1	1	1	1	1	—	4	4	D
Ectopión del cuello uterino	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Neoplasia intraepitelial cervicouterina (NIC)	2	2	2	1	2	2	—	1	2	A
Cáncer cervicouterino	2	2	2	1	2	2	—	I C 4 2	I C 4 2	D
Enfermedad mamaria										
Tumoración no diagnosticada	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Antecedentes familiares de cáncer	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cáncer de mama										
En curso ³	4	4	4	4	4	4	—	1	4	P
En el pasado, sin evidencia de enfermedad durante un mínimo de 5 años	3	3	3	3	3	3	—	1	3	A
Cáncer endometrial³	1	1	1	1	1	1	—	I C 4 2	I C 4 2	D
Cáncer de ovario³	1	1	1	1	1	1	—	3 2	3 2	D
Miomas uterinos										
Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P
Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	—	4	4	P
Anomalías anatómicas										
Distorsión de la cavidad uterina	—	—	—	—	—	—	—	4	4	—
Otras anomalías que no distorsionan la cavidad uterina ni interfieren en la inserción del DIU (como estenosis o laceraciones del cuello uterino)	—	—	—	—	—	—	—	2	2	—
Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)										
Antecedentes de enfermedad inflamatoria pélvica (se supone que no hay factores de riesgo actuales de ITS)								I C	I C	
Con embarazo ulterior	1	1	1	1	1	1	—	1 1	1 1	A
Sin embarazo ulterior	1	1	1	1	1	1	—	2 2	2 2	P

^j Esta categoría es para mujeres sin ningún otro factor de riesgo de accidente cardiovascular.

^k Si toma anticonvulsivantes, consulte la sección sobre interacciones farmacológicas, p. 396.

^l Ciertos medicamentos pueden interactuar con el método, reduciendo su efectividad.

(Continuación)

	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*		
EIP actual	1	1	1	1	1	1	—	4	2 ^m	4	2 ^m	D
Infecciones de transmisión sexual (ITS)^g								I	C	I	C	
Cervicitis purulenta, clamidiasis o gonorrea actual	1	1	1	1	1	1	—	4	2	4	2	D
Otras ITS (salvo la infección por el VIH y la hepatitis)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Vaginitis (incluidas la infección por <i>Trichomonas vaginalis</i> y la vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Aumento del riesgo de ITS	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ⁿ	2	2/3 ⁿ	2	A
Infección por el VIH/sida^g								I	C	I	C	
Riesgo alto de infección por el VIH	1	1	1	1	2	1	—	2	2	2	2	A
Enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS)	1	1	1	1	1	1	—	2	2	2	2	A
Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS)	1	1	1	1	1	1	—	3	2	3	2	E ^o
Tratamiento antirretroviral												
Tratamiento con inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INTI)**	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	—
Tratamiento con inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa (INNTI)												
Efavirenz (EFV) o nevirapina (NVP)	2	2	2	2	AMPD 1 EN-NET 2	2	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	—
Etravirina (ETR) o rilpivirina (RPV)	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	—
Tratamiento con inhibidores de la proteasa (IP) ^{††}	2	2	2	2	AMPD 1 EN-NET 2	2	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	—
Tratamiento con inhibidores de la integrasa (raltegravir [RAL])	1	1	1	1	1	1	—	2/3 ^p	2	2/3 ^p	2	—

†† Entre los IP se encuentran el atazanavir potenciado con ritonavir (ATV/r), el lopinavir potenciado con ritonavir (LPV/r), el darunavir potenciado con ritonavir (DRV/r) y el ritonavir (RTV).

** Entre los INTI se encuentran el abacavir (ABC), el tenofovir (TDF), la zidovudina (AZT), la lamivudina (3TC), la didanosina (DDI), la emtricitabina (FTC) y la estavudina (D4T).

^m Trate la EIP usando antibióticos apropiados. En general no hay necesidad de extraer el DIU si la paciente quiere seguir usándolo.

ⁿ La afección o circunstancia es de categoría 3 si la mujer tiene una probabilidad individual muy alta de ITS.

^o Puede ser necesario postergar el procedimiento si existe una enfermedad relacionada con el sida.

^p La afección o circunstancia es de categoría 2 para la inserción de DIU en caso de enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS) y de categoría 3 en el caso de la enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS).

<input type="checkbox"/> = Use el método	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Inyectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = No use el método										
I = Inicie el uso del método										
C = Continúe el uso del método										
<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método										
NP = No procede										
Afección o circunstancia										

OTRAS INFECCIONES

Esquistosomiasis

Sin complicaciones	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Fibrosis hepática (si es grave, véase cirrosis, en la página siguiente) [§]	1	1	1	1	1	1	—	1	1	P

Tuberculosis[§]

No pélvica	1	1	1	1	1	1	—	I	C	I	C	A
Pélvica conocida	1	1	1	1	1	1	—	4	3	4	3	E

Malaria

	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

TRASTORNOS ENDOCRINOS

Diabetes

Antecedentes de diabetes gestacional	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A [¶]
Diabetes no vascular										
No insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	—	1	2	P [¶]
Insulino dependiente [§]	2	2	2	2	2	2	—	1	2	P [¶]
Con daño en riñones, ojos o nervios [§]	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E
Otro trastorno vascular o diabetes de >20 años de duración [§]	3/4 ^r	3/4 ^r	3/4 ^r	2	3	2	—	1	2	E

Trastornos tiroideos

Bocio simple	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	E
Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	—	1	1	C

TRASTORNOS GASTROINTESTINALES

Enfermedad de la vesícula biliar

Sintomática										
Tratada con colecistectomía	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Tratamiento médico	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Actual	3	2	3	2	2	2	—	1	2	D
Asintomática	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A

Antecedentes de colestasis

(Continuación)

[¶] Si la glucemia no está bien controlada, se recomienda remitir a un centro de nivel superior.

^r Hay que evaluar según la gravedad de la afección.

	Anticonceptivos orales combinados	Injectables mensuales	Parche combinado y anillo vaginal combinado	Píldoras de progestágeno solo	Injectables de progestágeno solo	Implantes	Píldoras anticonceptivas de urgencia*	Dispositivo intrauterino de cobre	Dispositivo intrauterino de levonorgestrel	Esterilización femenina*
<input type="checkbox"/> = Use el método										
<input type="checkbox"/> = No use el método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Inicie el uso del método										
<input checked="" type="checkbox"/> = Continúe el uso del método										
<input type="checkbox"/> = Afección o circunstancia no mencionada; no afecta a la elegibilidad para el uso del método										
NP = No procede										
Afección o circunstancia										
Relacionada con el embarazo	2	2	2	1	1	1	—	1	1	A
Relacionada con el uso de anticonceptivos orales combinados en el pasado	3	2	3	2	2	2	—	1	2	A
Hepatitis viral	I	C	I	C	I	C				
Aguda o activa	$\frac{3}{4^{\dagger}}$	2	3	2	$\frac{3}{4^{\dagger,5}}$	2	1	1	1	D
Estado de portador	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Crónica	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Cirrosis										
Leve (compensada)	1	1	1	1	1	1	—	1	1	A
Grave (descompensada) [§]	4	3	4	3	3	3	—	1	3	E [†]
Tumores hepáticos										
Hiperplasia nodular focal	2	2	2	2	2	2	—	1	2	A
Adenoma hepatocelular	4	3	4	3	3	3	—	1	3	P [†]
Maligno (hepatoma) [§]	4	3/4	4	3	3	3	—	1	3	P [†]
ANEMIAS										
Talasemia	1	1	1	1	1	1	—	2	1	P
Anemia drepanocítica[§]	2	2	2	1	1	1	—	2	1	P
Anemia ferropénica	1	1	1	1	1	1	—	2	1	D/P [‡]
INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS (para medicamentos antirretrovirales, véase Infección por el VIH/sida)										
Tratamiento anticonvulsivante										
Algunos anticonvulsivantes (barbitúricos, carbamazepina, oxcarbazepina, fenitoína, primidona, topiramato)	3 [†]	2	3 [†]	3 [†]	AMPD 1 EN-NET 2	2 [†]	—	1	1	—
Lamotrigina	3 [§]	3 [§]	3 [§]	1	1	1	—	1	1	—
Tratamiento antimicrobiano										
Antibióticos de amplio espectro	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Antimicóticos y antiparasitarios	1	1	1	1	1	1	—	1	1	—
Tratamiento con rifampicina y rifabutina	3 [†]	2	3 [†]	3 [†]	AMPD 1 EN-NET 2	2	—	1	1	—

[§] En mujeres con hepatitis viral sintomática, postergue estos métodos hasta que el hígado recupere su funcionamiento normal o hasta 3 meses después de que la mujer se torne asintomática, lo que ocurra primero.

[†] Se debe evaluar la función hepática.

[‡] Si la concentración de hemoglobina es <7 g/dl, postergue el uso del método; si es de ≥7 a <10 g/dl, tenga precaución.

[§] Los anticonceptivos hormonales combinados podrían disminuir la efectividad de la lamotrigina.

***Otras afecciones y circunstancias relacionadas con las píldoras anticonceptivas de urgencia:**

Categoría 1: Uso repetido; violación; **inductores del CYP3A4** como: rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutin, hierba de San Juan (*Hypericum perforatum*).

Categoría 2: Antecedentes de complicaciones cardiovasculares graves (cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular, u otras enfermedades tromboembólicas, y angina de pecho).

***Otras afecciones y circunstancias relacionadas con la esterilización femenina:**

Tener precaución: hernia diafragmática; nefropatía; deficiencias nutricionales graves; intervención quirúrgica abdominal o pélvica previa; concomitante con intervención quirúrgica programada.

Demorar o postergar: Infección cutánea abdominal; enfermedad respiratoria aguda (bronquitis, neumonía); infección sistémica o gastroenteritis; intervención quirúrgica de urgencia (sin asesoramiento previo); intervención quirúrgica por una enfermedad infecciosa; ciertas afecciones posteriores al parto (de 7 a 41 días después del parto); eclampsia o preeclampsia grave; ruptura de la bolsa de las aguas por un período prolongado (24 horas o más); fiebre durante el parto o inmediatamente después; sepsis posterior al parto; hemorragia grave; traumatismo grave en el aparato genital; desgarro cervicouterino o vaginal en el momento del parto; ciertas afecciones posteriores a un aborto (sepsis, fiebre o hemorragia grave; traumatismo grave en el aparato genital; desgarro cervicouterino o vaginal en el momento del aborto; hematometra aguda); endocarditis bacteriana subaguda; fibrilación auricular no controlada.

Preparativos especiales: : Trastornos de la coagulación; asma crónica, bronquitis, enfisema o infección pulmonar; útero fijo debido a una intervención quirúrgica previa o infección; hernia umbilical o de la pared abdominal; ruptura o perforación uterina posparto; perforación uterina posterior a un aborto.

Afecciones y circunstancias relacionadas con la vasectomía:

Sin consideraciones especiales: Alto riesgo de infección por el VIH, enfermedad clínica leve o asintomática por el VIH, anemia drepanocítica.

Tener precaución: Juventud; trastornos depresivos; diabetes; lesión escrotal previa; varicocele o hidrocele de gran tamaño; criptorquidia (puede requerir derivación); lupus con anticuerpos antifosfolípidicos (o si no se sabe si están presentes dichos anticuerpos); lupus con tratamiento inmunodepresor.

Demorar o postergar: ITS activa (salvo la infección por el VIH y la hepatitis); infección de la piel escrotal; balanitis; epididimitis u orquitis; infección sistémica o gastroenteritis; filariasis; elefantiasis; tumoración intraescrotal.

Preparativos especiales: Enfermedad clínica grave o avanzada por el VIH (puede requerir una demora o postergación); trastornos de la coagulación; hernia inguinal; lupus con trombocitopenia grave.

Afecciones o circunstancias vinculadas con los preservativos masculinos o femeninos, espermicidas, diafragmas, capuchones cervicouterinos y el método de la amenorrea de la lactancia:

Todas las afecciones y circunstancias mencionadas en las páginas anteriores que no aparecen aquí entran en la categoría 1 o no proceden en casos de uso de preservativos masculinos y femeninos, espermicidas, diafragmas y capuchones cervicouterinos, y no se mencionan en los Criterios médicos de elegibilidad para el método de la amenorrea de la lactancia.

	Preservativo masculino y femenino	Espermicida	Diafragma	Capuchón cervicouterino	Método de la amenorrea de la lactancia
<input type="checkbox"/> = Use el método					
<input checked="" type="checkbox"/> = Do not use the method					
<input type="checkbox"/> = Condition not listed; does not affect eligibility for method					
NA = Not applicable					
Afección o circunstancia					
ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS					
Número de partos					
No ha tenido partos (núlpara)	1	1	1	1	—
Ha tenido uno o más partos	1	1	2	2	—
<6 semanas después del parto	1	1	NP ^v	NP ^v	—
ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES					
Cardiopatía valvular complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedentes de endocarditis bacteriana subaguda) [§]	1	1	2	2	—
INFECCIONES Y TRASTORNOS DEL APARATO REPRODUCTIVO					
Neoplasia intraepitelial cervical	1	1	1	4	—
Cáncer cervicouterino	1	2	1	4	—
Anomalías anatómicas	1	1	NP ^w	NP ^x	—
INFECCIÓN POR EL VIH/SIDA[§]					
Riesgo alto de infección por el VIH	1	4	4	4	—
Enfermedad clínica por el VIH asintomática o leve (estadio 1 o 2 de la OMS)	1	3	3	3	Pr ^y
Enfermedad clínica por el VIH grave o avanzada (estadio 3 o 4 de la OMS)	1	3	3	3	Pr ^y
OTRAS					
Antecedentes de síndrome de choque tóxico	1	1	3	3	—
Infecciones urinarias	1	1	2	2	—
Alergia al látex ^z	3	1	3	3	—

^v Espere hasta que la involución uterina sea completa para ajustarlo o que la mujer lo use.

^w El diafragma no se puede utilizar en ciertos casos de prolapso uterino.

^x El uso del capuchón cervicouterino no es apropiado en las mujeres con una gran distorsión de la anatomía cervicouterina.

^y Tenga precaución: Las mujeres con infección por el VIH deben recibir el tratamiento ARV correspondiente y alimentar a su bebé con lactancia materna exclusiva plena durante los 6 primeros meses de vida del bebé, introducir alimentos suplementarios adecuados a los 6 meses y continuar amamantando hasta que el bebé cumpla 12 meses. (Véase “Prevención de la transmisión materno-infantil del VIH” en el capítulo “Salud materna y neonatal”, p. 352).

^z No es aplicable a los preservativos, diafragmas y capuchones cervicouterinos.

[‡] Para afecciones o circunstancias relacionadas con el método de la amenorrea de la lactancia, véase la página siguiente.

Afecciones y circunstancias adicionales relacionadas con el método de la amenorrea de la lactancia:

Afecciones y circunstancias que afectan al recién nacido y pueden dificultar la lactancia materna: Deformidades congénitas de la boca, la mandíbula o el paladar; recién nacidos pequeños para la edad gestacional o prematuros y que requieren cuidados intensivos neonatales; y algunos trastornos metabólicos.

Medicación usada durante la lactancia: Para proteger la salud del bebé, no se recomienda la lactancia materna si las mujeres utilizan medicamentos tales como antimetabolitos, bromocriptina, ciertos anticoagulantes, corticosteroides (dosis altas), ciclosporina, ergotamina, litio, fármacos que modifican el estado de ánimo, medicamentos radioactivos y reserpina.

Afecciones y circunstancias vinculadas a los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

A = Acepte C = Tenga precaución D = Demore	Métodos basados en los síntomas	Métodos basados en el calendario
Afección o circunstancia		
Edad: posmenarquia o perimenopausia	C	C
Lactancia materna <6 semanas después del parto	D	D ^{aa}
Lactancia materna ≥6 semanas después del parto	C ^{bb}	D ^{bb}
Posparto, sin lactancia materna	D ^{cc}	D ^{aa}
Después de un aborto	C	D ^{dd}
Sangrado vaginal irregular	D	D
Flujo vaginal	D	A
Toma medicamentos que afectan a la regularidad del ciclo u hormonas, o tiene signos de fertilidad	D/C ^{ee}	D/C ^{ee}
Enfermedades que elevan la temperatura corporal		
Agudas	D	A
Crónicas	C	A

^{aa} Postergue hasta que la mujer haya tenido 3 ciclos menstruales regulares.

^{bb} Tenga precaución después de que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (generalmente al menos 6 semanas después del parto).

^{cc} Postergue hasta que se restablezcan la menstruación o las secreciones normales (generalmente <4 semanas después del parto).

^{dd} Postergue hasta que la mujer tenga un ciclo menstrual regular.

^{ee} Postergue hasta que se determine el efecto del medicamento, luego tenga precaución.

Afecciones y circunstancias relacionadas con el uso del anillo vaginal liberador de progesterona

Embarazo	NP
Lactancia materna ≥4 semanas después del parto	1

Glosario

aborto espontáneo Pérdida espontánea del embarazo durante las 20 primeras semanas.

aborto séptico **Aborto espontáneo** o provocado con infección asociada.

absceso Colección localizada de **pus** rodeada de inflamación, provocada por una infección bacteriana y acompañada de dolor persistente.

accidente cerebrovascular Véase “Accidente cerebrovascular”, apéndice B, p. 385.

alergia al látex Reacción que presenta el organismo al entrar en contacto con el látex, con enrojecimiento, prurito o hinchazón intensos, persistentes o recidivantes. En casos extremos, puede dar lugar a un choque anafiláctico (véase “Reacción alérgica grave al látex”, apéndice B, p. 385).

amenorrea Véase **sangrado vaginal**.

anemia Afección en la que el organismo carece de la cantidad adecuada de **hemoglobina**, frecuentemente debido a una deficiencia de hierro o a una pérdida excesiva de sangre. Como resultado, los tejidos no reciben la cantidad apropiada de oxígeno.

anemia drepanocítica, anemia de células falciformes Forma de **anemia** hereditaria y crónica. Las células sanguíneas adoptan una forma anormal, de hoz o media luna, al faltarles el oxígeno.

antiinflamatorios no esteroideos (AINE) Grupo de fármacos utilizados para reducir el dolor, la fiebre y la hinchazón.

aura migrañosa Trastorno del sistema nervioso que afecta a la vista y algunas veces al tacto y al habla (véase “Identificación de las cefaleas y las auras migrañosas”, p. 436).

aura Véase **aura migrañosa**.

balanitis Inflamación de la punta del **pene**.

bocio Agrandamiento no canceroso de la glándula tiroides.

cáncer cervicouterino Crecimiento maligno (canceroso) que se produce en el **cuello uterino**, generalmente debido a una infección persistente por ciertos tipos de **virus del papiloma humano**.

cáncer de mama Crecimiento maligno (canceroso) que se desarrolla en el tejido mamario.

cáncer endometrial Crecimiento maligno (canceroso) del revestimiento del **útero**.

candidiasis Infección vaginal común causada por un hongo levaduriforme (levadura). También se la conoce como micosis candidiásica. No suele ser de transmisión sexual.

cardiopatía isquémica, isquemia La isquemia es la reducción del flujo sanguíneo a los tejidos. Cuando este flujo reducido tiene lugar en las arterias del corazón, se denomina cardiopatía isquémica.

cardiopatía valvular Problemas de salud debidos al mal funcionamiento de las válvulas cardíacas.

cervicitis Véase **cervicitis purulenta**.

cervicitis purulenta Inflamación del **cuello uterino** acompañada de una secreción de aspecto similar al **pus**. A menudo indica una gonorrea o una clamidiasis.

chancroide **Infección de transmisión sexual** causada por una bacteria, que produce una úlcera en los genitales.

choque anafiláctico Véase “Reacción alérgica grave al látex”, apéndice B, p. 385.

ciclo menstrual Serie repetida de modificaciones que tienen lugar en los **ovarios** y el **endometrio**, entre las que se encuentran la **ovulación** y la **menstruación**. La mayoría de las mujeres tienen ciclos que duran de 24 a 35 días cada uno (véase “El ciclo menstrual”, p. 434).

cirrosis hepática Véase “Trastornos hepáticos”, apéndice B, p. 385.

clamidiasis **Infección de transmisión sexual** causada por una bacteria. Si no se trata, puede causar infertilidad.

coito Véase **relaciones sexuales**.

colecistectomía Extirpación quirúrgica de la vesícula biliar.

colestasis Flujo reducido de la bilis secretada por el hígado.

conducto deferente Dos conductos musculares que transportan los **espermatozoides** desde los **testículos** hasta las **vesículas seminales**. Estos conductos se seccionan o se bloquean durante la vasectomía (véase “Anatomía masculina”, p. 435).

congestión o ingurgitación mamaria Trastorno que tiene lugar durante la lactancia materna cuando se acumula en las mamas más leche de la que consume el lactante. Puede hacer que la mujer sienta los senos llenos, duros, sensibles y calientes. Puede prevenirse (o aliviarse) amamantando al lactante a menudo y a demanda.

cordón espermático Cordón constituido por el **conducto deferente**, arterias, venas, nervios y vasos linfáticos que van desde la ingle hasta la parte posterior de cada **testículo** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

consentimiento informado Decisión tomada libremente en base a información clara, exacta y pertinente. Es una meta del asesoramiento en materia de planificación familiar.

criptorquidia Fallo del descenso de uno o ambos **testículos** al **escroto** después del nacimiento.

cuello uterino Porción inferior del útero, que se extiende hasta la parte superior de la **vagina** (véase "Anatomía femenina", p. 432).

densidad ósea Medida de la densidad y fortaleza de un hueso. Cuando el hueso antiguo se degrada a una velocidad superior a la velocidad de formación de hueso nuevo, los huesos se hacen menos densos, lo que aumenta el riesgo de fracturas.

depresión Afección mental caracterizada habitualmente por el abatimiento, la desesperación, la falta de esperanza y a veces cansancio o agitación extremos.

descontaminación (equipo médico) Eliminación de microorganismos infecciosos para hacer que los instrumentos, los guantes y otros objetos sean más seguros para las personas que los limpian.

desinfección Véase **desinfección de nivel alto**.

desinfección de nivel alto (instrumentos médicos) Se utiliza para destruir todos los microorganismos vivos excepto ciertas formas de bacterias. Compárese con la **esterilización**.

diabetes (diabetes sacarina o diabetes mellitus) Trastorno crónico que tiene lugar cuando la concentración de glucosa en sangre es demasiado alta debido a que el cuerpo no produce suficiente insulina o no puede usar la insulina adecuadamente.

dismenorrea Dolor durante el **sangrado vaginal**, también conocido como cólico menstrual.

eclampsia Afección que tiene lugar al final del embarazo, durante el parto y en el período inmediatamente posterior al parto, caracterizada por convulsiones. En casos graves, a veces evoluciona hacia el coma y la muerte.

ectropión cervicouterino Afección no grave en la cual las células productoras de moco que se encuentran en el conducto cervicouterino comienzan a crecer por fuera del orificio externo del **cuello uterino**.

elefantiasis Hinchazón y endurecimiento crónico y a menudo extremo de la piel y el tejido situado justo debajo de la piel, especialmente en las piernas y el **escroto**, debido a una obstrucción del sistema linfático (véase **filariasis**).

embarazo ectópico Véase "Embarazo ectópico", apéndice B, p. 384.

embolia pulmonar Véase "Embolia pulmonar", apéndice B, p. 385.

embrión Producto de la fecundación de un **óvulo** por un **espermatozoide** durante las 8 primeras semanas de desarrollo.

endocarditis bacteriana Infección que se produce cuando bacterias del torrente sanguíneo colonizan tejido cardíaco o válvulas cardíacas.

endometrio Membrana que recubre la superficie interna del útero. Se engrosa y luego se elimina una vez al mes, causando la **menstruación**. Durante el embarazo, este revestimiento no se desprende, sino que cambia y produce hormonas que ayudan a mantener el embarazo (véase "Anatomía femenina", p. 432).

endometriosis Afección 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 causar dolor pélvico y afectar a la fertilidad.

enfermedad benigna de la mama Crecimiento de tejido mamario anormal pero no canceroso.

enfermedad cardiovascular Cualquier enfermedad del corazón, los vasos sanguíneos o la circulación sanguínea.

enfermedad cerebrovascular Cualquier enfermedad de los vasos sanguíneos del encéfalo.

enfermedad inflamatoria pélvica (infección del aparato genital femenino) Véase "Enfermedad inflamatoria pélvica", apéndice B, p. 385.

enfermedad tiroidea Cualquier enfermedad de la glándula tiroidea (véase **hipertiroidismo**, **hipotiroidismo**).

enfermedad trofoblástica Véase **enfermedad trofoblástica gestacional**.

enfermedad trofoblástica gestacional Enfermedad que tiene lugar durante el embarazo y que implica el crecimiento anormal de las células del trofoblasto, la capa más externa de células del **embrión** en desarrollo, que se convierte en la **placenta**.

enfermedad vascular Cualquier enfermedad de los vasos sanguíneos.

enfermedades de la vesícula biliar Enfermedades que afectan a la vesícula biliar, un órgano en forma de bolsa que está situado debajo del hígado y donde se almacena la bilis utilizada en la digestión de las grasas. Entre ellas se encuentran las siguientes afecciones: inflamación, infección u obstrucción, cáncer de la vesícula biliar o cálculos biliares (cuando los componentes de la bilis se solidifican dentro del órgano).

epididimitis Inflamación del **epidídimo**.

epidídimo Conducto en espiral unido a los **testículos** y que descansa sobre ellos. Los **espermatozoides** en desarrollo llegan a la madurez y adquieren la capacidad de nadar en este conducto. Los espermatozoides maduros salen del epidídimo a través del **conducto deferente** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

epilepsia Trastorno crónico causado por una alteración de la función encefálica. Entre sus posibles manifestaciones se encuentran las convulsiones.

escroto Bolsa de piel situada detrás del **pene** y que contiene los **testículos** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

espéculo Instrumento médico que se utiliza para ampliar un orificio del cuerpo para ver mejor el interior. Se introduce un espéculo en la vagina para ayudar a ver el cuello uterino.

espermatozoide Célula sexual masculina. Los espermatozoides se producen en los **testículos** del hombre adulto, se mezclan con el **semen** en las **vesículas seminales** y son liberados durante la **eyaculación** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

esquistosomiasis Enfermedad parasitaria causada por un gusano platelminto que vive como huésped en un caracol. Las personas se infectan al vadear o bañarse en aguas que contienen larvas de los caracoles infectados.

estenosis cervicouterina Situación en la que el orificio del cuello uterino es más estrecho de lo normal.

esterilización (equipo médico) Destrucción de todos los microorganismos, incluidas las esporas que no son destruidas mediante la **desinfección de nivel alto**.

estrógeno Hormona responsable del desarrollo sexual femenino. Los estrógenos naturales, especialmente la **hormona** estradiol, son secretados por un **folículo** ovárico maduro, que rodea al **óvulo**. Asimismo, hay un grupo de fármacos sintéticos que tienen efectos similares a los de los estrógenos naturales; algunos se utilizan en ciertos anticonceptivos hormonales.

expulsión Circunstancia en la que un implante anticonceptivo o un dispositivo intrauterino se sale de su lugar total o parcialmente.

eyaculación Emisión de **semen** a través del **pene** en el orgasmo.

fecundación Unión de un **óvulo** con un **espermatozoide**.

feto Producto de la **fecundación** desde el final de la octava semana de embarazo hasta el nacimiento (véase **embrión**).

fibrilación auricular Trastorno del ritmo cardíaco en el que las cámaras superiores del corazón, las aurículas, se contraen de manera anormal o desorganizada.

fibrosis Formación excesiva de tejido fibroso como reacción al daño de los órganos.

filariasis Enfermedad parasitaria crónica causada por filarias (gusanos cilíndricos). Puede provocar inflamación y obstrucción permanente de los conductos del sistema linfático y **elefantiasis**.

folículo Pequeña estructura redonda del **ovario**, cada una de las cuales contiene un óvulo. Durante la **ovulación**, un folículo situado en la superficie del ovario se abre y libera un óvulo maduro.

gastroenteritis Inflamación del estómago y del intestino.

gonorrea **Infección de transmisión sexual** causada por una bacteria. Si no se trata, puede causar **infertilidad**.

hematócrito Proporción de la cantidad de eritrocitos (glóbulos rojos) en relación con la masa sanguínea total. Se usa como medida de la **anemia**.

hematoma Moretón, equimosis o zona en que la piel cambia de color debido a la ruptura de vasos sanguíneos situados debajo de la piel.

hematometra Acumulación de sangre en el **útero**, que puede ocurrir después de un aborto espontáneo o provocado.

hemoglobina Material de los eritrocitos (glóbulos rojos) que contiene hierro y transporta el oxígeno de los pulmones a los tejidos del organismo.

hemorragia menstrual, período menstrual Véase **menstruación**.

hepatitis Véase "Trastornos hepáticos", apéndice B, p. 385.

hepatopatía Enfermedad hepática, incluidos tumores, **hepatitis** y **cirrosis**.

hernia Proyección de un órgano, parte de un órgano, o cualquier estructura corporal a través de la pared que la contiene normalmente.

hernia inguinal **Hernia** en la ingle.

herpes Véase **herpes genital**.

herpes genital Enfermedad causada por un virus que se transmite por contacto sexual.

hidrocele Acumulación de líquido en una cavidad corporal, especialmente en los **testículos** o a lo largo del **cordón espermático**.

hiperlipidemia Concentración alta de grasas en la sangre que aumenta el riesgo de cardiopatía.

hipertensión Tensión arterial más alta de lo normal: 140 mm Hg o más (sistólica) o 90 mm Hg o más (diastólica).

hipertensión pulmonar **Hipertensión** continua en la arteria pulmonar, que impide el flujo sanguíneo del corazón a los pulmones.

hipertiroidismo Producción excesiva de **hormonas** tiroideas.

hipotiroidismo Producción insuficiente de **hormonas** tiroideas.

hormona Sustancia química formada en un órgano o parte del cuerpo y transportada en la sangre a otro órgano o parte, donde funciona por acción química. Además, sustancias químicas sintéticas que actúan como hormonas.

ictericia Color amarillento anormal de la piel y los ojos. Suele ser un síntoma de **hepatopatía**.

implantación Anidación del **embrión** en el **endometrio** del útero, donde se pone en contacto con el suministro de sangre de la madre para nutrirse.

infarto de miocardio Véase "Infarto de miocardio", apéndice B, p. 384. Véase también **cardiopatía isquémica**.

infección de transmisión sexual (ITS) Cualquier infección de un grupo de infecciones bacterianas, micóticas, virales y parasitarias que se transmiten durante la actividad sexual.

infección por levaduras Véase **candidiasis**.

infertilidad Incapacidad de una pareja para tener hijos vivos.

labios Labios internos (menores) y externos (mayores) de la **vagina**, que protegen los órganos internos femeninos (véase "Anatomía femenina", p. 432).

laceración Herida o desgarro irregular de tejidos en cualquier lugar del cuerpo, incluidos el **cuello uterino** y la **vagina**.

laceración cervicouterina Véase **laceración**.

lactancia materna Alimentación del lactante con leche producida por las mamas (véase también "Método de la amenorrea de la lactancia", p. 309). Existen los siguientes patrones de lactancia materna:

lactancia materna exclusiva plena Consiste en alimentar al lactante única y exclusivamente con lactancia materna, sin ningún tipo de suplemento —ni siquiera agua—, excepto, quizás, vitaminas, minerales o medicamentos.

lactancia materna exclusiva Consiste en darle al lactante prácticamente solo leche materna, aunque también se le pueden dar, con poca frecuencia, agua, zumos, vitaminas u otros nutrientes.

lactancia materna casi exclusiva Consiste en darle al lactante algo de líquido o alimentos además de la leche materna, aunque la mayoría de las ingestas (más de tres cuartas partes del total) son de leche materna.

lactancia materna parcial Cualquier alimentación a base de leche materna que no llegue a la proporción de la lactancia materna casi exclusiva, complementando la alimentación del bebé con más proporción de otros líquidos o alimentos. Menos de tres cuartas partes de las ingestas son de leche materna.

lactancia materna casi exclusiva Véase **lactancia materna**.

lactancia materna exclusiva Véase **lactancia materna**.

lactancia materna parcial Véase **lactancia materna**.

laparoscopia Procedimiento que se realiza con un laparoscopio.

laparoscopia Dispositivo que consiste en un tubo con lentes para ver el interior de un órgano o una cavidad corporal. Se utiliza con fines diagnósticos y en algunos procedimientos de esterilización femenina.

lesión Zona alterada o patológica de la piel u otro tejido del organismo.

manchado Véase **sangrado vaginal**.

mastitis Inflamación del tejido mamario debida a una infección que puede causar fiebre, enrojecimiento y dolor.

matriz Véase **útero**.

medidas preventivas Medidas adoptadas para prevenir enfermedades, como lavarse las manos o suministrar medicamentos u otro tipo de tratamientos.

membrana mucosa Membrana que recubre los conductos y cavidades del cuerpo que entran en contacto con el aire.

menarquia Comienzo de los ciclos menstruales (**menstruación**). Tiene lugar durante la pubertad, después de que las niñas comiencen a producir **estrógenos** y **progesterona**.

menopausia Período de la vida de una mujer en que la menstruación cesa permanentemente. Tiene lugar cuando los **ovarios** de la mujer dejan de producir óvulos. Se considera que una mujer es menopáusica cuando no ha tenido la menstruación durante 12 meses.

menorragia Véase **sangrado vaginal**.

menstruación Flujo mensual de líquido sanguinolento procedente del útero y que sale del cuerpo a través de la **vagina**. Tiene lugar entre la **menarquia** y la **menopausia**. También, el flujo vaginal mensual de líquido sanguinolento que presentan las mujeres cuando usan anticonceptivos hormonales combinados (sangrado por privación).

método de respaldo Método anticonceptivo que se usa cuando se cometen errores al utilizar un método anticonceptivo continuo, o para ayudar a asegurarse de que una mujer no se quede embarazada cuando comienza a usar un método anticonceptivo por primera vez. Los métodos de respaldo incluyen la abstinencia, los preservativos masculinos y femeninos, los espermicidas y el retiro (coito interrumpido).

migraña Tipo de cefalea intensa y recidivante (véase "Identificación de las migrañas y las auras migrañosas", p. 436).

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 ligan y seccionan las trompas.

mioma Véase **mioma uterino**.

mioma uterino Tumor no canceroso que crece en el músculo del útero.

moco cervicouterino Secreción espesa que tapona el orificio del **cuello uterino**. La mayoría de las veces es suficientemente espeso como para evitar que los **espermatozoides** entren en el útero. Sin embargo, hacia la mitad del **ciclo menstrual**, el moco se vuelve acuoso y menos espeso, y los espermatozoides pueden pasar más fácilmente.

moco vaginal Secreción producida por las glándulas de la **vagina**.

mutaciones trombogénicas Cualquiera de los diversos trastornos genéticos que causan espesamiento o coagulación anormal de la sangre.

nefropatía Enfermedad renal, incluido el daño a los vasos sanguíneos pequeños de los riñones debido a una diabetes prolongada.

neoplasia intraepitelial cervicouterina Presencia de células anormales precancerosas en el cuello uterino. Las formas leves pueden desaparecer por sí solas, pero las anomalías más importantes pueden evolucionar hacia un **cáncer cervicouterino** si no se tratan. También se denomina displasia cervicouterina o lesión precancerosa cervicouterina.

neuropatía Enfermedad del sistema nervioso, incluida la degeneración nerviosa debida al daño de los pequeños vasos sanguíneos del sistema nervioso debido a una diabetes prolongada.

orquitis Inflamación de un **testículo** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

ovarios Par de glándulas sexuales femeninas que almacenan y liberan óvulos (véase **óvulo**) y producen las **hormonas** sexuales (**estrógenos** y **progesterona**) (véase "Anatomía femenina", p. 432).

ovulación Liberación de un óvulo de un **ovario**.

óvulo Célula reproductora producida por los **ovarios**.

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

pelvis Estructura esquelética ubicada en la parte inferior del torso humano, que descansa sobre las piernas y da soporte a la columna vertebral. En las mujeres también se refiere a la parte hueca de la estructura pélvica ósea a través de la cual el **feto** pasa durante el parto.

pene Órgano masculino que sirve para orinar y para el coito (véase "Anatomía masculina", p. 435).

perforación Orificio en la pared de un órgano o el proceso de hacer el orificio, por ejemplo con un instrumento médico.

perforación uterina Perforación de la pared del **útero**, que puede ocurrir durante un aborto provocado 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** pocos minutos después del nacimiento del bebé.

posparto Después del parto; período que abarca las 6 primeras semanas después del parto.

preeclampsia Hipertensión con exceso de proteínas en la orina, o hinchazón local o generalizada, o ambas (pero sin convulsiones) tras 20 semanas de embarazo. Puede evolucionar hacia una **eclampsia**.

prepucio Repliegue de piel con forma de capuchón que cubre la punta del **pene** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

profilaxis Véase **medidas preventivas**.

progestágeno Cualquier fármaco de un gran grupo de fármacos sintéticos que tienen efectos similares a los de la **progesterona**. Algunos se usan en anticonceptivos hormonales.

progesterona **Hormona** esteroidea producida por el **ovario** después de la **ovulación**. Prepara al **endometrio** para la **implantación** de un óvulo fecundado, protege el **embrión**, promueve el desarrollo de la **placenta** y ayuda a preparar los senos para la **lactancia**.

próstata Órgano reproductor masculino donde se produce parte del **semen** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

protección doble Evitación tanto del embarazo como de las **infecciones de transmisión sexual**.

pus Líquido de color blanco-amarillento que se forma en el tejido infectado.

quiste de ovario Estructura en forma de saco o bolsa llena de líquido que se desarrolla en el **ovario** o en su superficie. Suele desaparecer espontáneamente, pero puede romperse y producir dolor y complicaciones.

relación sexual, coito Actividad sexual en la que el pene se introduce en una cavidad corporal.

anal Actividad sexual en la que el pene se introduce en el ano.

oral Actividad sexual en la que el pene se introduce en la boca.

vaginal Actividad sexual en la que el pene se introduce en la vagina.

retinopatía Enfermedad de la retina (tejido nervioso que recubre la parte posterior del ojo), incluido el daño de los pequeños vasos sanguíneos de la retina debido a una diabetes prolongada.

rotura prolongada de la bolsa de las aguas Tiene lugar cuando el saco lleno de líquido que rodea el feto se rompe 24 horas o más antes de que nazca el bebé.

rotura uterina Desgarro del **útero** que suele ocurrir durante el trabajo del parto o al final del embarazo.

ruptura de un embarazo ectópico Véase "Ruptura de un embarazo ectópico", apéndice B, p. 385.

sangrado infrecuente Véase **sangrado vaginal**.

sangrado intermenstrual Véase **sangrado vaginal**.

sangrado irregular Véase **sangrado vaginal**.

sangrado por privación Véase **menstruación**.

sangrado profuso Véase **sangrado vaginal**.

sangrado prolongado Véase **sangrado vaginal**.

sangrado vaginal Cualquier flujo vaginal sanguinolento (rosado, rojo o marrón) que requiera el uso de artículos de higiene íntima (compresas, paños o tampones). Entre los diversos patrones de sangrado vaginal se encuentran los siguientes:

amenorrea No hay sangrado en absoluto en los momentos en que se espera un sangrado.
manchado Cualquier flujo vaginal sanguinolento que aparece fuera de los momentos en que se esperaría el sangrado y que no requiera usar artículos de higiene íntima.

sangrado infrecuente Menos de 2 episodios de sangrado en el transcurso de 3 meses.

sangrado intermenstrual Cualquier sangrado fuera de los momentos en que se espera un sangrado (es decir, en momentos aparte de la menstruación regular) que requiere el uso de artículos de higiene íntima.

sangrado irregular Sangrado escaso (manchado) o sangrado intermenstrual que aparece fuera de los momentos en que se esperaría el sangrado (es decir, en momentos aparte de la menstruación regular).

sangrado menstrual, menstruación Sangrado que se produce, por término medio, durante 3-7 días aproximadamente cada 28 días.

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

sangrado prolongado Sangrado que dura más de 8 días.

semen Líquido blanco y espeso producido por los órganos reproductores del hombre y que sale por el **pene** durante la **eyaculación**. Contiene **espermatozoides**, a no ser que el hombre se haya sometido a una vasectomía.

sepsis Presencia de diversos microorganismos que forman **pus** y causan enfermedades, o las sustancias tóxicas que dichos gérmenes producen y liberan en la sangre o los tejidos corporales.

sepsis puerperal Infección de los órganos del aparato reproductor durante los 42 primeros días del período **posparto** (puerperio).

sida Véase **síndrome de inmunodeficiencia adquirida**.

sífilis **Infección de transmisión sexual** causada por una bacteria. Si no se trata, puede evolucionar hacia una infección sistémica, causando parálisis general y demencia. Puede transmitirse al feto durante el embarazo o el parto.

síndrome de choque tóxico Véase “Síndrome de choque tóxico”, apéndice B, p. 385.

síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) Afección, debida a la infección por el **virus de la inmunodeficiencia humana** (VIH), en la que el sistema inmunitario del cuerpo se deprime y es incapaz de luchar contra ciertas infecciones.

talasemia Tipo de **anemia** hereditaria.

tampón Tapón de algodón u otro material absorbente que se utiliza para absorber líquidos, como un tapón insertado en la vagina para absorber el flujo sanguinolento durante la **menstruación**.

tensión arterial Fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos. Por lo general, la tensión arterial sistólica normal (bombeo) es inferior a 140 mm Hg y la tensión arterial diastólica normal (reposo) es inferior a 90 mm Hg (ver **hipertensión**)

testículos Los dos órganos reproductores masculinos que producen **espermatozoides** y la **hormona** testosterona. Están ubicados en el **escroto**. (Véase “Anatomía masculina”, p. 435).

trastorno tromboembólico (o enfermedad tromboembólica) Coagulación anormal de la sangre en los vasos sanguíneos.

tratamiento antirretroviral (ARV) Grupo de fármacos que se usan para tratar la infección por el VIH. Hay varias clases de ARV, que actúan contra el VIH de diferentes maneras. Los pacientes toman una combinación de varios medicamentos a la vez.

tricomoniasis **Infección de transmisión sexual** causada por un protozoo.

tromboflebitis Inflamación de una vena debido a la presencia de un coágulo de sangre (véase **trombosis**).

tromboflebitis superficial Inflamación de una vena justo debajo de la piel debido a un coágulo de sangre.

trombosis Formación de un coágulo de sangre dentro de un vaso sanguíneo.

trombosis venosa profunda Véase “Trombosis venosa profunda”, apéndice B, p. 384.

trompa de Falopio Cualquiera de los dos conductos delgados que conectan el **útero** con la región de cada **ovario**. La **fecundación** de un **óvulo** por el **espermatozoide** habitualmente tiene lugar en una de las trompas de Falopio (véase “Anatomía femenina”, p. 432).

tuberculosis Enfermedad contagiosa causada por una bacteria. Lo más común es que infecte el aparato respiratorio; también infecta los órganos de la **pelvis** en la mujer y entonces se la denomina **tuberculosis pélvica**.

tuberculosis pélvica Infección de los órganos pélvicos provocada por bacilos de la **tuberculosis** procedentes de los pulmones.

tumor benigno de ovario Crecimiento no canceroso que se desarrolla sobre el ovario o en su interior.

uretra Conducto a través del cual sale la orina del cuerpo (véase "Anatomía femenina", p. 432 y "Anatomía masculina", p. 435). En los hombres, el **semen** también pasa a través de la uretra.

útero Órgano muscular hueco que aloja al **feto** durante el embarazo. Se denomina también matriz (véase "Anatomía femenina", p. 432).

útero fijo Útero que no puede moverse de su lugar, a menudo como resultado de una **endometriosis**, una intervención quirúrgica anterior o una infección.

vagina Conducto que une los órganos sexuales externos con el útero en las mujeres (véase "Anatomía femenina", p. 432).

vaginitis Inflamación de la **vagina**. Puede deberse a una infección por bacterias, virus u hongos o a una irritación química. No es una infección de transmisión sexual.

vaginosis bacteriana Afección común causada por el crecimiento excesivo de bacterias que normalmente se encuentran en la **vagina**.

venas varicosas (várices) Venas dilatadas y retorcidas; las que se observan con mayor frecuencia son las que se encuentran justo debajo de la piel de las piernas.

verrugas Véase **verrugas genitales**.

verrugas genitales Proliferaciones en la **vulva**, la pared vaginal y el **cuello uterino** en las mujeres y en el **pene** en los hombres. Están causadas por ciertos tipos del **virus del papiloma humano**.

vesículas seminales Órganos masculinos en los que los **espermatozoides** se mezclan con el **semen** (véase "Anatomía masculina", p. 435).

VIH Véase **virus de la inmunodeficiencia humana**.

virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) Virus que causa el **síndrome de inmunodeficiencia adquirida** (sida).

virus del papiloma humano (VPH) Virus común y sumamente contagioso que se transmite a través de la actividad sexual y del contacto cutáneo en la zona genital. Ciertos subtipos del VPH son responsables de la mayoría de los casos de **cáncer cervicouterino**; otros tipos producen **verrugas genitales**.

vulva Genitales externos femeninos.

Metodología

En la edición del 2022 de *Planificación familiar: Un manual mundial para proveedores*, se reflejan las recomendaciones más actualizadas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitidas desde la publicación de la 3.^a edición en 2018. Cabe destacar que, en las revisiones de los capítulos 4, 22 y 25, se incorporan las recomendaciones publicadas por la OMS que abordan la elegibilidad médica para el uso de inyectables de progestágeno solo entre las mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH (1); el manejo sintomático de las infecciones de transmisión sexual (2); el tamizaje, la prevención y el tratamiento del cáncer de cuello uterino (3,4,5); y la anticoncepción posaborto (6). En el capítulo 9, se ampliaron las orientaciones sobre las técnicas de inserción y de extracción de implantes basándose en la nueva información facilitada por el fabricante del producto para mejorar la atención a la usuaria.

El desarrollo del nuevo capítulo titulado “Planificación familiar para adolescentes y mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH” se basó en las recomendaciones emitidas por un Grupo de Desarrollo de Directrices de la OMS que se reunió en julio del 2019 para revisar la elegibilidad de los anticonceptivos para mujeres con alto riesgo de contraer la infección por el VIH (7), y también se presentó en un informe de políticas de la OMS en julio del 2020 y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) que destaca las acciones recomendadas para mejorar los servicios clínicos y de prevención y las opciones (8). El nuevo capítulo titulado “Provisión de servicios de planificación familiar durante una epidemia” se basa en las orientaciones operativas provisionales de la OMS sobre el mantenimiento de los servicios esenciales durante un brote epidémico (publicadas en marzo y actualizadas en junio del 2020) (9) y en una página web de preguntas y respuestas de la OMS que responde a preguntas sobre la COVID-19 y la planificación familiar (10).

Un grupo de trabajo de expertos, entre ellos especialistas en la planificación familiar, en las infecciones de transmisión sexual, en la atención para el aborto, en el cáncer de cuello uterino y en la infección por el VIH, así como representantes de las poblaciones afectadas y médicos, epidemiólogos, farmacólogos, directores de programas y encargados de formular políticas, contribuyeron a la elaboración y la revisión de los capítulos revisados y de los nuevos capítulos (véase

Definiciones utilizadas en este manual

Efectividad: De no especificarse otra cosa, las tasas son básicamente los porcentajes de mujeres estadounidenses que se calcula que tienen embarazos no deseados durante el primer año de uso. Véase el apéndice A.

Efectos secundarios: Afecciones referidas por al menos 5% de los usuarios en estudios seleccionados, independientemente de la evidencia de causalidad o plausibilidad biológica, presentadas en orden de frecuencia, de más a menos frecuentes.

Términos que describen los riesgos para la salud (porcentaje de usuarios que presentan un riesgo):

Frecuente: $\geq 15\%$ y $< 45\%$

Poco frecuente: $\geq 1\%$ y $< 15\%$

Raro: $\geq 0,1\%$ y $< 1\%$ (< 1 por 100 y ≥ 1 por 1.000)

Muy raro: $\geq 0,01\%$ y $< 0,1\%$ (< 1 por 1.000 y ≥ 1 por 10.000)

Extremadamente raro: $< 0,01\%$ (< 1 por 10.000)

Lista de referencias para la metodología

1. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: Guidance statement: Recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326653>).
2. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>).
3. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention. Segunda edición. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>).
4. WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350652>).
5. Human papillomavirus (HPV) nucleic acid amplification tests (NAATs) to screen for cervical pre-cancer lesions and prevent cervical cancer: Policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352495>).
6. Directrices sobre la atención para el aborto. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
7. Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: Guidance statement: Recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326653>).
8. Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287>).
9. Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales. 1 de junio de 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
10. Coronavirus disease (COVID-19): contraception and family planning. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning>, consultado el 12 de noviembre de 2020).

Documentos de orientación de la OMS utilizados en la preparación de esta edición del Manual

Los pilares de la OMS (documentos de orientación) para las directrices y los programas nacionales de planificación familiar

Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Quinta edición. 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>

Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. 2016. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259814/9789243565408-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Aplicaciones móviles de la OMS relacionadas con la planificación familiar

Herramienta de distribución de anticonceptivos en contextos humanitarios

Para acceder e instalar la aplicación para Android o Apple, consulte este enlace y obtenga más información: <https://www.who.int/news/item/07-12-2018-delivering-contraceptive-services-in-humanitarian-settings>

Aplicación de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos

Para acceder e instalar la aplicación para Android o Apple, consulte este enlace y obtenga más información: <https://www.who.int/news/item/29-08-2019-new-app-for-who-s-medical-eligibility-criteria-for-contraceptive-use>

Directrices sobre la atención para el aborto. 2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/362897/9789240057920-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (secciones 3.5.4; 3.6.3).

Actions for improved clinical and prevention services and choices: preventing HIV and other sexually transmitted infections among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287>

Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. 2015. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49504>

Cáncer cervicouterino: hoja informativa. 2022. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

Control integral del cáncer cervicouterino: guía de prácticas esenciales, segunda edición. 2014. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28512>

Directrices unificadas sobre prevención, diagnóstico, tratamiento y atención de la infección por el VIH, las hepatitis virales y las ITS para los grupos de población clave. 2022. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57413>

Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach. Segunda edición. 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>

Contraceptive eligibility for women at high risk of HIV: guidance statement: recommendations on contraceptive methods used by women at high risk of HIV. 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326653>

Coronavirus disease (COVID-19): contraception and family planning. 2020. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19-contraception-and-family-planning>

Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement by OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF and WHO. 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112848>

Ensuring human rights in the provision of contraceptive information and services: guidance and recommendations. 2014. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/102539>

Ensuring human rights within contraceptive service delivery: Implementation guide. 2015. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/158866>

Gender mainstreaming for health managers: a practical approach. 2011. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>

Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342523>

Atención de salud para las mujeres que han sufrido violencia de pareja o violencia sexual. Manual clínico. 2014. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31381/OPSFGL16016-spa.pdf>

Human papillomavirus (HPV): fact sheet. 2017. <https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/human-papillomavirus-%28hpv%29>

Human papillomavirus (HPV) nucleic acid amplification tests (NAATs) to screen for cervical pre-cancer lesions and prevent cervical cancer: policy brief. 2022. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/352495>

Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11.^a edición (CIE-11) [sitio web]. 2022. <https://icd.who.int/es>

Mantenimiento de los servicios de salud esenciales: orientaciones operativas en el contexto de la COVID-19. Orientaciones provisionales. 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334360/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Monitoring human rights in contraceptive services and programmes. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259274>

Preventing HIV and other STIs among women and girls using contraceptive services in contexts with high HIV incidence: actions for improved clinical and prevention services and choices: policy brief. 2020. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332287>

Estrategias para la Programación de la Planificación Familiar Posparto. 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112766/9789243506494_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities: WHO/ UNFPA guidance note. 2009. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44207>

Respuesta a la violencia de pareja y a la violencia sexual contra las mujeres. Directrices de la OMS para la práctica clínica y las políticas. 2013. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7705/WHORHR13_10_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Technical consultation on the effects of hormonal contraception on bone health: summary report. 2005. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/69845>

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition. 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342365>

WHO guideline for screening and treatment of cervical pre-cancer lesions for cervical cancer prevention, second edition: use of mRNA tests for human papillomavirus (HPV). 2021. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350652>

Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. 2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis (PrEP) of HIV infection. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255890>

Recomendaciones de la OMS sobre salud y derechos sexuales y reproductivos de los adolescentes. 2018. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312341/9789243514604-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250796>

Recomendaciones de la OMS sobre cuidados maternos y neonatales para una experiencia posnatal positiva. 2022. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57092/9789275326817_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Recomendaciones de la OMS. Optimizar las funciones de los trabajadores de la salud para mejorar el acceso a las intervenciones clave de salud materna y neonatal a través del cambio de tareas. 2012. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87848/9789243504841_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHO technical brief: preventing HIV during pregnancy and breastfeeding in the context of PrEP: technical brief. 2017. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255866>

Lista de referencias para la sección Igualdad de género e inclusión

Véanse las pp. xv-xvii.

1. Cuarta Conferencia Mundial de las Naciones Unidas sobre la Mujer, Pekín, China, Plataforma de Acción, Sección C: La mujer y la salud. Naciones Unidas; 1995 (<https://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/health.htm>).
2. Gender mainstreaming for health managers: A practical approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44516>).
3. Ayhan CHB, Bilgin H, Uluman OT, et al. A systematic review of the discrimination against sexual and gender minority in health care settings. *Int J Health Serv.* 2020;50(1):44–61. doi:10.1177/0020731419885093.
4. White Hughto JM, Reisner SL, Pachankis JE. Transgender stigma and health: A critical review of stigma determinants, mechanisms, and interventions. *Soc Sci Med.* 2015;147:222–31. doi:10.1016/j.socscimed.2015.11.010.
5. Drabish K, Theeke LA. Health impact of stigma, discrimination, prejudice, and bias experienced by transgender people: A systematic review of quantitative studies. *Issues Ment Health Nurs.* 2022;43(2):111–8. doi:10.1080/01612840.2021.1961330.
6. Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11.^a edición (CIE-11) [sitio web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://icd.who.int/es>).
7. Directrices de la OMS sobre intervenciones de autocuidado para la salud y el bienestar, revisión 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/56571/9789275326275_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

Créditos de las ilustraciones y las fotografías

Ilustraciones de Greg Dayman, Rita Meyer y Rafael Avila, salvo que se indique lo contrario a continuación. Adaptaciones de Rafael Avila.

Cubiertas	Mark Beisser, Centro para Programas de Comunicación (CCP) de la Universidad Johns Hopkins, y Tina Larson, Prographics
p. 34	DELIVER
p. 38	Cheikh Fall, CCP, por cortesía de Photoshare
p. 50	Francine Mueller, CCP
p. 66	David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare
pp. 81-82	PATH
pp. 84-85	PATH
p. 98	Schering AG
p. 120	Ortho-McNeil Pharmaceutical
p. 125	David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare
p. 127	Population Council
pp. 142-148, 157-160	Programa de Supervivencia Materno Infantil, financiado mediante un acuerdo cooperativo con la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)
p. 167	Jhpiego. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3.ª ed. Baltimore: Jhpiego; 2006. (adaptada)
pp. 168, 176	David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare
pp. 178-179	Jhpiego. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3.ª ed. Baltimore: Jhpiego; 2006. (adaptada)
p. 199	David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare

- pp. 207-208 Jhpiego. Fuente: Bluestone B, Chase R, y Lu ER, editores. IUD Guidelines for Family Planning Service Programs. 3.ª ed. Baltimore: Jhpiego; 2006. (adaptada)
- pp. 231, 249 EngenderHealth (adaptada)
- p. 272 David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare
- p. 275 Female Health Foundation (adaptada)
- p. 282 David Alexander, CCP, por cortesía de Photoshare
- p. 300 Francine Mueller, CCP
- pp. 296, 302 Institute for Reproductive Health, Universidad de Georgetown (adaptada)
- p. 327 Proyecto LINKAGES, Academy for Educational Development
- p. 333 Bangladesh Center for Communication Programs
- p. 372 Rick Maiman, David and Lucile Packard Foundation, por cortesía de Photoshare
- p. 374 CCP, por cortesía de Photoshare
- p. 404 Lamia Jaroudi, CCP, por cortesía de Photoshare
- p. 407 CCP, por cortesía de Photoshare
- (Interior de contraportada) FHI 360

Comparación de anticonceptivos

Comparación de los anticonceptivos combinados

Característica	Anticonceptivos orales combinados	Inyectables mensuales	Parche anti-conceptivo combinado	Anillo vaginal anticonceptivo combinado
Cómo se utiliza	Píldora que se toma por vía oral.	Inyección intramuscular.	Parche que se usa en la parte superior externa del brazo, en la espalda, en el abdomen o en las nalgas. No en las mamas.	Anillo que se coloca en la vagina.
Frecuencia de uso	Diaria.	Mensual: Inyección cada 4 semanas.	Semanal: El parche se cambia cada semana durante 3 semanas. No se usa parche en la 4. ^a semana.	Mensual: El anillo se mantiene colocado 3 semanas y se retira durante la 4. ^a semana.
Efectividad	Depende de la capacidad de la usuaria de tomar una píldora cada día.	Depende menos de la usuaria. La usuaria debe ponerse una inyección cada 4 semanas (± 7 días).	Requiere la atención de la usuaria una vez por semana.	Depende de que la usuaria mantenga el anillo colocado todo el día, sin quitárselo durante más de 48 horas por vez.
Patrones de sangrado	Por lo general, se produce sangrado irregular los primeros meses y, luego, sangrado más leve y más regular.	El sangrado irregular o la ausencia de menstruación es más común que con los AOC. Algunas usuarias también tienen sangrado prolongado en los primeros meses.	Similar a los AOC, pero el sangrado irregular es más común en los primeros ciclos que con los AOC.	Similar a los AOC, pero el sangrado irregular es menos común que con los AOC.
Privacidad	No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las píldoras.	No existen signos físicos del uso.	La pareja u otras personas pueden ver el parche.	La pareja puede sentir el anillo.

Comparación de los inyectables

Característica	AMPD	EN-NET	Inyectables mensuales
Período entre inyecciones	3 meses	2 meses	1 mes
¿Cuánto puede adelantarse o retrasarse la usuaria la próxima inyección?	2 semanas antes o 4 semanas después de la fecha programada para la inyección.	2 semanas antes o después de la fecha programada para la inyección.	7 días antes o después de la fecha programada para la inyección.
Técnica de inyección	Inyección intramuscular (IM) en la zona de la cadera, en la parte superior del brazo o en la nalga. Inyección subcutánea en la zona posterior del brazo, en el abdomen o en la parte anterior del muslo.	Inyección intramuscular en la zona de la cadera, en la parte superior del brazo o en la nalga. Puede ser algo más dolorosa que la del AMPD por vía IM.	Inyección intramuscular en la zona de la cadera, en la parte superior del brazo, en la nalga o en la parte externa del muslo.
Patrones típicos de sangrado en el primer año	Al principio, sangrado irregular y prolongado, luego, ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. Después de 1 año de uso, cerca del 40% de las usuarias no tienen la menstruación.	En los 6 primeros meses, sangrado irregular o prolongado, pero los episodios de sangrado son más cortos que con el AMPD. Después de 6 meses de uso, los patrones de sangrado son similares a los del AMPD. Después de 1 año de uso, el 30% de las usuarias no tienen la menstruación.	En los 3 primeros meses, sangrado irregular, frecuente o prolongado. Al cabo de 1 año, la mayoría presenta patrones de sangrado regulares. Después de 1 año de uso, cerca del 2% de las usuarias no tienen la menstruación.
Promedio del aumento de peso	1 a 2 kg por año.	1 a 2 kg por año.	1 kg por año.
Tasa de embarazo, tal como se utiliza comúnmente	Cerca de 4 embarazos cada 100 mujeres en el primer año.	Se supone que es similar a la del AMPD.	Cerca de 3 embarazos cada 100 mujeres en el primer año de uso.
Promedio de la demora para quedarse embarazada tras interrumpir las inyecciones	4 meses más que las mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que las mujeres que usan otros métodos.	1 mes más que las mujeres que usan otros métodos.

Comparación de los implantes

Característica	Jadelle	Implanon NXT	Levoplant
Tipo de progestágeno	Levonorgestrel	Etonogestrel	Levonorgestrel
Número	2 varillas	1 varilla	2 varillas
Vida útil aprobada	5 años	3 años	4 años

Comparación de los preservativos

Característica	Preservativos masculinos	Preservativos femeninos
Cómo usarlo	Se coloca sobre el pene del hombre. Queda estrechamente ajustado al pene.	Se inserta en la vagina de la mujer. Reviste la vagina sin quedar estrechamente ajustado y no aprieta el pene.
Cuándo se pone	Se pone en el pene erecto justo antes de la relación sexual.	Puede ponerse hasta 8 horas antes de la relación sexual.
Material	La mayoría están hechos de látex; algunos son de materiales sintéticos o de membranas de animales.	La mayoría están hechos de una fina película sintética; unos pocos son de látex.
Sensación durante la relación sexual	Cambia la sensación durante la relación sexual.	Menos quejas respecto al cambio de la sensación durante la relación sexual que con el preservativo masculino.
Ruido durante la relación sexual	Puede hacer un ruido de frotamiento durante la relación sexual.	Puede crujir o chirriar durante la relación sexual.
Lubricantes que deben usarse	Los usuarios pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Solamente acuosos o de silicona. ● Se aplican en el exterior del preservativo. 	Los usuarios pueden agregar lubricantes: <ul style="list-style-type: none"> ● Acuosos, de silicona u oleosos (no deben usarse con los preservativos de látex). ● Se aplican en el exterior del preservativo antes de colocárselo. ● Una vez colocado, se aplica en el interior del preservativo o en el pene.
El preservativo se rompe o se sale	Tienden a romperse más que los preservativos femeninos.	Tienden a salirse con más frecuencia que los preservativos masculinos.

Comparación de los preservativos *(continuación)*

Característica	Preservativos masculinos	Preservativos femeninos
Cuándo quitárselo	Hay que retirarlo de la vagina antes de que remita la erección.	Puede mantenerse en la vagina después de que remita la erección. Es necesario retirarlo antes de que la mujer se ponga de pie.
Qué protege	Cubre y protege la mayor parte del pene; protege los genitales internos de la mujer.	Cubre los genitales internos y externos de la mujer, así como la base del pene.
Cómo conservarlo	Hay que evitar el calor, la luz y la humedad.	El calor, la luz o la humedad no dañan a los preservativos de plástico.
Reutilización	No se pueden reutilizar.	No se recomienda reutilizarlos (véase "Preservativos femeninos", pregunta 5, p. 281).
Costo y disponibilidad	En general, bajo costo y fácilmente accesible.	En general, más costoso y más difícil de conseguir que el preservativo masculino.

Comparación de los DIU

Característica	DIU de cobre	DIU de levonorgestrel
Efectividad	Aproximadamente iguales. Ambos están entre los métodos más efectivos.	
Vida útil	Aprobado durante 10 años.	Aprobado durante 3 a 5 años.
Patrones de sangrado	Menstruación más prolongada y profusa, sangrado irregular y más espasmos o dolores durante la menstruación.	Más sangrado irregular y manchado en los primeros meses. Después de 1 año de uso, lo más frecuente es la ausencia de menstruación. Con el tiempo, causa menos sangrado que el DIU de cobre.
Anemia	Puede aumentar la anemia ferropénica si la reserva de hierro en sangre de la mujer ya es baja antes de insertar el DIU.	Puede ayudar a evitar la anemia ferropénica.
Principales razones para interrumpir su uso	Aumento del sangrado y del dolor.	Ausencia de menstruación y efectos secundarios hormonales.
Beneficios no relacionados con la anticoncepción	Puede ayudar a proteger contra el cáncer endometrial.	Tratamiento efectivo de la menstruación prolongada y profusa (como alternativa a la histerectomía). También puede ayudar a tratar la menstruación dolorosa. Se puede usar en el tratamiento de reposición hormonal para suministrar un progestágeno.
Uso posterior al parto	Puede colocarse hasta 48 horas después del parto. Si han pasado más de 48 horas desde el parto, hay que esperar al menos 4 semanas.	
Uso como anticonceptivo de urgencia	Puede utilizarse dentro de un plazo de 5 días después de tener relaciones sexuales sin protección.	No recomendado.
Colocación	Requiere capacitación específica.	
Costo	Menos costoso.	Más costoso.

Si omite alguna píldora



Tome una píldora en cuanto lo recuerde, y luego continúe tomándola una vez al día.

Además...

Si omite 3 o más píldoras seguidas o si comienza un nuevo envase con 3 o más días de retraso:

Use preservativos o evite tener relaciones sexuales en los próximos 7 días



Si omite 3 o más píldoras seguidas en la semana 3:

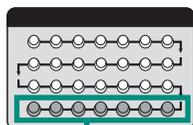
use preservativos o evite tener relaciones sexuales en los próximos 7 días

Además, no tome las píldoras no hormonales (o sátese la semana en la que no corresponde tomar píldoras) y comience a tomar las píldoras del envase siguiente



Si omite alguna píldora no hormonal (las 7 últimas píldoras solo en los paquetes de 28 píldoras):

Descarte las píldoras omitidas y continúe tomando una píldora cada día



Píldoras no hormonales



Anatomía femenina

y funcionamiento de los anticonceptivos en la mujer

Anatomía interna

Útero (matriz)

Lugar en el que crece el óvulo fecundado y se transforma en un feto. Si bien el DIU se coloca en el útero, actúa impidiendo la fecundación en las trompas de Falopio. Los DIU de cobre también destruyen los espermatozoides a medida que se desplazan hacia el útero.

Ovario

Lugar en el que se producen los óvulos y de donde se libera un óvulo todos los meses. El método de *amenorrea de la lactancia (MELA)* y los métodos hormonales, especialmente los que contienen un estrógeno, impiden la liberación de los óvulos. Para usar los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad es necesario evitar las relaciones sexuales sin protección en los días próximos a la liberación del óvulo.

Revestimiento uterino (endometrio)

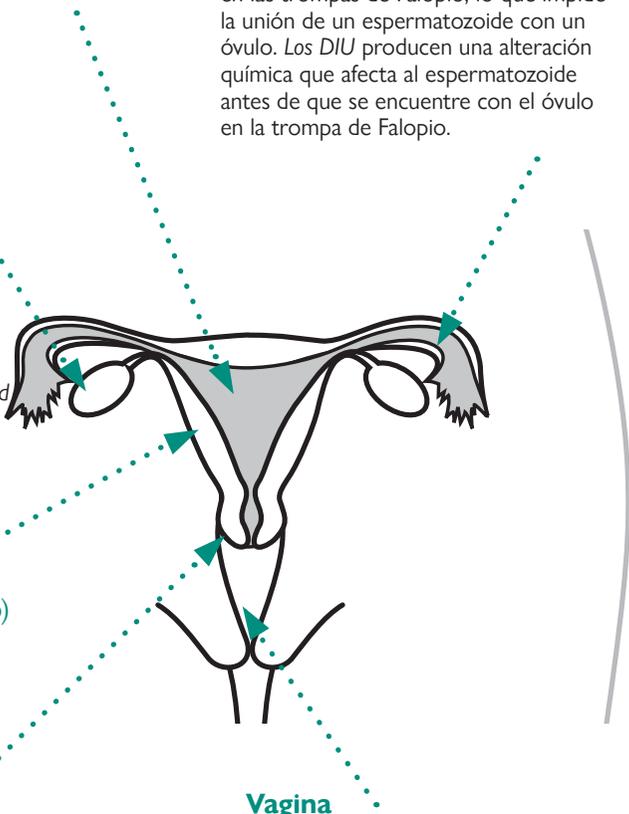
Revestimiento del útero, que se engrosa gradualmente y luego se desprende durante la menstruación.

Cuello del útero

Es la porción inferior del útero, y se extiende hasta la parte superior de la vagina. Produce moco. Los métodos hormonales espesan ese moco, lo que ayuda a impedir que los espermatozoides atraviesen el cuello del útero. Algunos métodos basados en el conocimiento de la fertilidad requieren que se observe el moco cervicouterino. El diafragma, el capuchón cervicouterino y la esponja anticonceptiva vaginal cubren el cuello del útero para que los espermatozoides no puedan entrar.

Trompa de Falopio

Una vez al mes, el ovario libera un óvulo que avanza por una de estas dos trompas. La fecundación tiene lugar en las trompas (cuando el espermatozoide encuentra al óvulo). La esterilización femenina implica cortar o colocar clips en las trompas de Falopio, lo que impide la unión de un espermatozoide con un óvulo. Los DIU producen una alteración química que afecta al espermatozoide antes de que se encuentre con el óvulo en la trompa de Falopio.



Vagina

Une los órganos sexuales externos con el útero. El anillo combinado y el anillo vaginal liberador de progesterona se colocan en la vagina, donde liberan hormonas que pasan a través de la pared vaginal. El preservativo femenino se coloca en la vagina y crea una barrera contra los espermatozoides. Los espermicidas colocados en la vagina eliminan los espermatozoides.

Anatomía externa

Vello púbico

Vello que crece durante la pubertad y rodea los genitales femeninos.

Clítoris

Estructura de tejido sensible que produce placer sexual.

Labios menores (labia minora)

Dos pliegues de piel, situados por dentro de los labios externos, que se extienden desde el clítoris.

Uretra

Orificio por donde salen los residuos líquidos (orina) del cuerpo.

Labios mayores (labia majora)

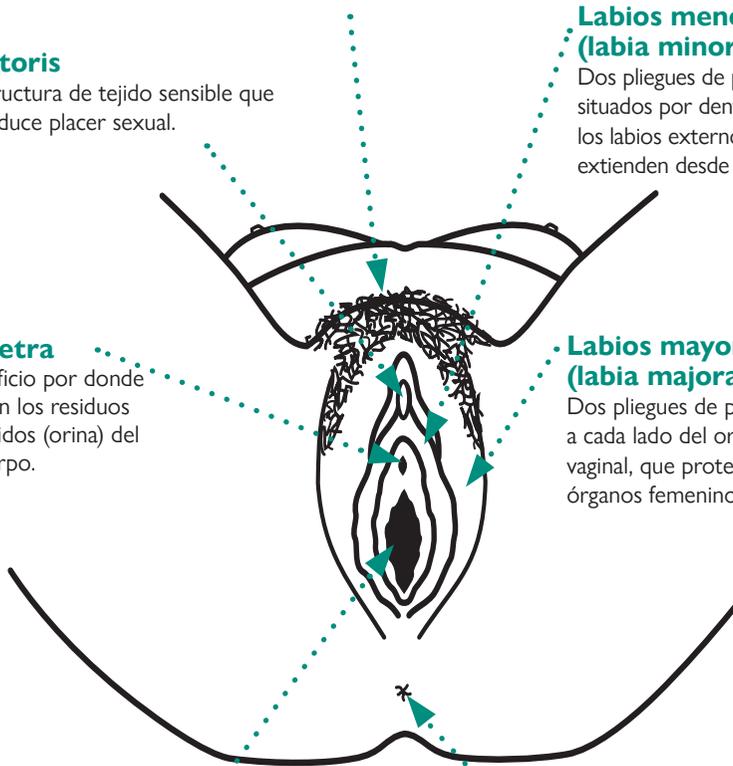
Dos pliegues de piel, uno a cada lado del orificio vaginal, que protegen los órganos femeninos.

Orificio vaginal

Orificio en el que se introduce el pene del hombre durante el coito. Orificio de salida de la sangre durante la menstruación.

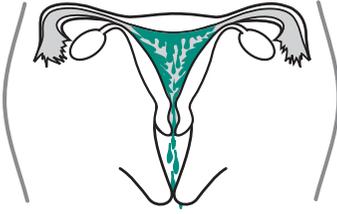
Ano

Orificio por donde se expulsan los residuos sólidos (heces) del cuerpo.



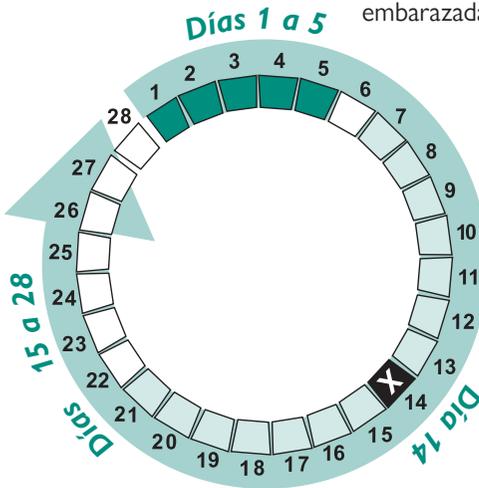
El ciclo menstrual

1 Días 1 a 5: Sangrado mensual

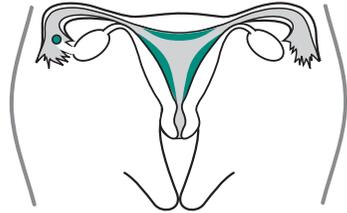


En general, dura de 2 a 7 días, frecuentemente cerca de 5 días.

Si no se produce un embarazo, el revestimiento del útero se desprende, y se elimina del cuerpo a través de la vagina. Este sangrado mensual también se denomina menstruación. Cuando eso sucede, las contracciones del útero pueden provocar espasmos. Algunas mujeres sangran durante un corto período (por ejemplo, 2 días), mientras que otras sangran hasta 8 días. El sangrado puede ser profuso o leve. Si el espermatozoide de un hombre fecunda el óvulo, la mujer puede quedarse embarazada y deja de tener la menstruación.



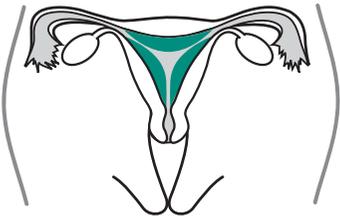
2 Día 14: Liberación del óvulo



En general, tiene lugar entre los días 7 y 21 del ciclo, a menudo cerca del día 14

Normalmente, uno de los ovarios libera un óvulo en cada ciclo (en general, una vez al mes). El óvulo se desplaza por las trompas de Falopio hacia el útero. En ese momento, puede ser fecundado en las trompas por un espermatozoide que ha viajado desde la vagina.

3 Días 15 a 28: Engrosamiento del revestimiento uterino



Suele durar unos 14 días, después de la ovulación

En este período, el revestimiento del útero (el endometrio) se vuelve más grueso, preparándose para la anidación de un óvulo fecundado. Habitualmente no se produce un embarazo y el óvulo sin fecundar se disuelve en el aparato reproductor.

Anatomía masculina

y funcionamiento de los anticonceptivos en el hombre

Pene

Órgano sexual masculino constituido por tejido esponjoso. Cuando el hombre se excita sexualmente, el pene aumenta de tamaño y se pone rígido. En el momento de mayor excitación (el orgasmo), el semen, que contiene espermatozoides, sale del pene (eyaculación).

El *preservativo masculino* cubre el pene erecto, evitando que los espermatozoides entren en la vagina de la mujer. El *retiro* del pene de la vagina evita que el semen entre en la vagina.

Uretra

Conducto a través del cual sale el semen del cuerpo. Los residuos líquidos (orina) salen por este mismo conducto.

Prepucio

Repliegue de piel con forma de capuchón que cubre la punta del pene. La circuncisión consiste en la extirpación del prepucio.

Escroto

Bolsa de piel fina que contiene los testículos.

Testículos

Órganos que producen los espermatozoides.

Vesículas seminales

Lugar donde se mezclan los espermatozoides con

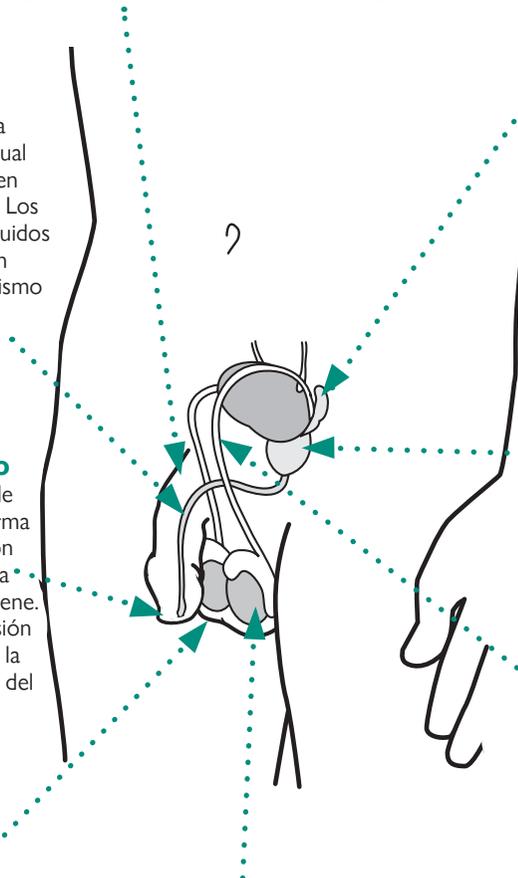
el semen.

Próstata

Órgano que produce parte del líquido del semen.

Vaso deferente

Cada uno de los dos conductos finos que llevan los espermatozoides desde los testículos a las vesículas seminales. En la *vasectomía*, se cortan o bloquean estos conductos para que los espermatozoides no lleguen al semen.



Identificación de las cefaleas y de las auras migrañosas

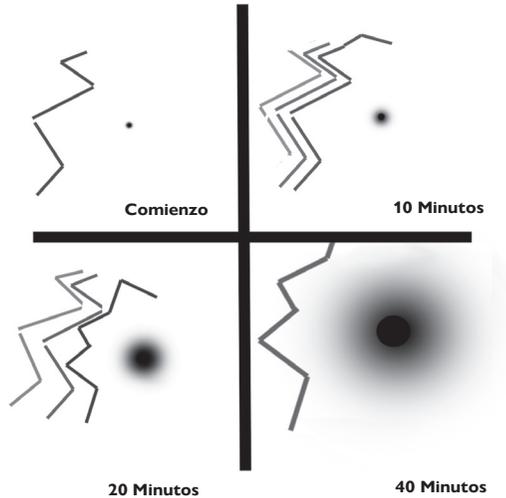
Es importante identificar a las mujeres que sufren de migrañas o auras migrañosas, dado que las migrañas, y el aura en particular, conllevan un mayor riesgo de accidente cerebrovascular. Algunos anticonceptivos orales pueden aumentar aún más ese riesgo.

Cefaleas migrañosas

- Dolor de cabeza intenso, recurrente, pulsátil, con frecuencia en un solo lado de la cabeza, que puede durar de 4 a 72 horas.
- El movimiento a menudo empeora la migraña.
- Además, puede haber náuseas, vómitos y sensibilidad a la luz o al ruido.

Auras migrañosas

- Alteraciones del sistema nervioso que afectan a la vista y, a veces, al tacto y al habla.
- En casi todas las auras, se incluye una zona brillante de pérdida de visión en un ojo, que aumenta de tamaño y toma forma de media luna con bordes en zigzag.
- En cerca del 30% de las auras, se incluye también una sensación de hormigueo en una mano que se extiende hacia todo el brazo y a un lado de la cara. Algunas auras también se manifiestan por dificultades en el habla. El hecho de ver manchas o destellos luminosos o de presentar visión borrosa, algo frecuente durante las cefaleas migrañosas, no constituye un aura.
- El aura aparece lentamente a lo largo de varios minutos y cede en el transcurso de una hora, por lo general antes de comenzar la cefalea. (En cambio, un oscurecimiento repentino en la visión de un ojo, en particular si ocurre con la sensación de hormigueo o falta de fuerza en el brazo o la pierna opuestos, puede indicar un accidente cerebrovascular).



Las personas describen las auras visuales como ondas o líneas brillantes, resplandecientes, alrededor de una zona brillante con pérdida de visión, que aumenta de tamaño y adopta una forma de media luna con bordes en zigzag. La mancha negra muestra el aumento de tamaño de la zona con pérdida de visión con el transcurso del tiempo.

Identificación de las cefaleas migrañosas

En las mujeres que quieren usar un método hormonal ^{§, ‡}, o las que ya están utilizando uno.

Si la mujer refiere dolores de cabeza muy fuertes, hágale las siguientes preguntas para distinguir una migraña de una cefalea común. Si contesta que “sí” a 2 de las preguntas, probablemente sufra una migraña. Prosiga con la identificación de las auras migrañosas a continuación.

1. ¿Sus dolores de cabeza le producen náuseas?
2. Cuando le duele la cabeza, ¿la luz y el ruido le molestan mucho más que cuando no le duele?
3. ¿Los dolores de cabeza le impiden hacer su trabajo o sus tareas habituales durante uno o más días?

Identificación de las auras migrañosas

Plantee la pregunta siguiente para identificar las auras migrañosas más comunes. Si la mujer responde que “sí”, es probable que sufra de auras migrañosas.

1. ¿Alguna vez ha percibido en los ojos una luz brillante que dure entre 5 y 60 minutos, con pérdida de nitidez en la visión, en general de un solo lado y, a continuación, dolor de cabeza? (Las mujeres con ese tipo de aura, a menudo, se llevan la mano a un lado de la cabeza cuando describen esta alteración de la visión. En algunos casos, la luz brillante no va seguida de una cefalea).

Si las cefaleas no son migrañas y la mujer no tiene aura, puede comenzar a usar o seguir usando métodos hormonales, siempre y cuando cumpla con los criterios médicos de elegibilidad. No obstante, se deberá evaluar cualquier cambio ulterior de las cefaleas.

¿Puede una mujer con migrañas o auras utilizar un método hormonal?

En situaciones en las que el juicio clínico sea limitado: Sí = Sí puede usarlo No = No puede usarlo
 I = Inicio C = Continuarlo

	Métodos hormonales combinados [†]		Métodos de progestágeno solo [§]	
	I	C	I	C
Cefaleas migrañosas	I	C	I	C
Sin aura				
Edad <35 años	Sí	No	Sí	Sí
Edad ≥35	No	No	Sí	Sí
Con aura, a cualquier edad	No	No	Sí	No

[†] Entre los métodos con estrógeno y progestágeno, se encuentran los anticonceptivos orales combinados, los inyectables mensuales, los parches combinados y los anillos vaginales combinados.

[§] Entre los métodos de progestágeno solo, se encuentran las píldoras de progestágeno solo, los inyectables de progestágeno solo y los implantes.

Descartar el embarazo

Se recomienda descartar el embarazo antes de comenzar a utilizar un anticonceptivo hormonal y antes de la inserción del DIU. Para ello, los prestadores de servicios de planificación familiar tienen a su disposición 3 herramientas:

1. Antecedentes médicos (a menudo se obtienen usando la lista de verificación del embarazo que se muestra en el interior de la contraportada).
2. Pruebas de embarazo
3. Retrasar el inicio del método hasta la usuaria tenga su próxima menstruación.

¿Qué herramienta debe usarse primero? ¿Cuándo debe usarse?

En la guía de ayuda que se encuentra en la próxima página, “Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo”, se ofrece una orientación basada en el método seleccionado por la usuaria de los servicios. En la guía de ayuda, también se toma en consideración si la usuaria ha tenido la menstruación todos los meses o si no ha sangrado porque dio a luz recientemente o por alguna otra razón. Asimismo, también se aborda la situación de una mujer que ha estado teniendo la menstruación su período mensual pero ahora ha tenido alguna falta.

Puntos importantes que deben señalarse

- A menos que la usuaria no haya tenido la menstruación, el proceso para descartar que esté embarazada **comienza con la lista de verificación del embarazo**. Mediante esta lista de comprobación, se puede proporcionar una certeza razonable de que una mujer no está embarazada.
- **Es poco probable que una prueba de embarazo arroje un resultado positivo antes del primer día de retraso de la menstruación**. Utilizar una prueba antes es inútil y un desperdicio.
- **El único método anticonceptivo que se sabe que plantea un riesgo para la salud si se usa durante el embarazo es el DIU (ya sea el de cobre o el hormonal)**. Si no se puede descartar el embarazo usando la lista de verificación, el proveedor debe utilizar otra herramienta antes de insertar un DIU.
- **Todos los métodos hormonales, salvo el DIU-LNG, pueden usarse sin necesidad de esperar**, incluso si no se sabe con certeza que la mujer no esté embarazada. En algunos casos, se debe proceder al seguimiento (véase la guía de ayuda en la próxima página).
- **Retrasar el inicio del método anticonceptivo es la peor opción** de las tres herramientas para evaluar si una mujer está embarazada, ya que puede quedarse embarazada antes de tener la siguiente menstruación. Siempre que sea posible, deben usarse primero las otras herramientas disponibles.
- Si se usan correctamente, tanto la lista de verificación como las pruebas de embarazo ofrecen un alto grado de exactitud para descartar el embarazo. **Si se puede utilizar la lista de verificación, no hay razón para preferir la prueba de embarazo.**

Cómo y cuándo utilizar la lista de verificación del embarazo y las pruebas de embarazo

Según el ciclo menstrual de la usuaria, seleccione un método anticonceptivo entre las opciones que se muestran a continuación y siga las instrucciones correspondientes.

Usuaría con amenorrea
(posterior al parto o de otro tipo)

Implante, píldoras, anillo, inyectables o parche	DIU de cobre o LNG
---	------------------------------

Use la lista de verificación de embarazo.¹
Si se descarta el embarazo: suministre un método anticonceptivo.

Si no se descarta el embarazo: use una prueba de embarazo.

Si el resultado de la prueba de embarazo es negativo (o si la prueba no está disponible de inmediato): suministre el método ahora. ² Programa, como seguimiento, una prueba de embarazo en 3 o 4 semanas.	Si el resultado de la prueba de embarazo es negativo (o si la prueba no está disponible de inmediato): recomiende a la mujer que use AOC, AMPD o que opte por la abstinencia durante 3 o 4 semanas y, luego, repita la prueba de embarazo. Si el resultado de la segunda prueba de embarazo es negativa: proporciónele el DIU.
---	---

Usuaría entre dos menstruaciones regulares (sangrado mensual)*

Implante, píldoras, anillo, inyectables o parche	DIU de cobre o LNG
---	------------------------------

Use la lista de verificación de embarazo.¹
Si se descarta el embarazo: suministre un método anticonceptivo.
No use una prueba de embarazo (en la mayoría de los casos, es demasiado pronto para que la prueba sea efectiva).

Embarazo no descartado: proporcione el método ahora. ² Indíquelo que regrese para hacer una prueba de embarazo si la siguiente menstruación se retrasa.	Embarazo no descartado: no proporcionar método. Recomiende a la mujer que regrese para la inserción del DIU-LNG en un plazo máximo de 7 días desde el inicio de la próxima menstruación, o en un plazo máximo de 12 días en el caso del DIU de cobre, pero que mientras tanto utilice AOC, AMPD o preservativos o que opte por la abstinencia. Indíquelo que regrese para hacer una prueba de embarazo si la siguiente menstruación se retrasa.
---	---

¹ Véase la Lista de verificación del embarazo en el interior de la contraportada.

² En caso de que la mujer tenga un implante, indique que es necesario que se lo retire si se confirma que está embarazada y desea seguir con el embarazo.

En caso de que no pueda descartarse el embarazo, ofrezca anticoncepción de urgencia si la mujer ha tenido relaciones sexuales sin protección en los 5 últimos días.

Recomiende a todas las mujeres que regresen si tienen algún motivo para sospechar que están embarazadas (por ejemplo, si no les viene la menstruación).

*** Si a la usuaria se le retrasa la menstruación o no le viene, use una prueba de embarazo para descartar que esté embarazada.** Si usa una prueba que tenga un alto grado de sensibilidad (por ejemplo, 25 mUI/ml) y el resultado es negativo, suminístrele el método que ella prefiera.

Si usa una prueba que tenga menor grado de sensibilidad (por ejemplo, 50 mUI/ml) en los días en que no ha tenido el período menstrual y el resultado es negativo, espere al menos hasta que hayan transcurrido 10 días después de la fecha en que esperaba la menstruación y repita la prueba. Recomiéndele que, mientras tanto, use preservativos o que opte por abstenerse de tener relaciones sexuales. Si el resultado vuelve a ser negativo, suminístrele el método que ella prefiera.

Si no se especifica la sensibilidad de la prueba de embarazo, suponga que es de baja sensibilidad.

Lista de verificación del embarazo

Haga a la usuaria las preguntas 1 a 6. En cuanto la usuaria responda “sí” a *alguna pregunta*, deténgase y siga las instrucciones que se indican a continuación.

NO		SÍ
	1 ¿Su última menstruación comenzó en los últimos 7 días?*	
	2 ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde la última menstruación, parto, aborto o aborto espontáneo?	
	3 ¿Ha utilizado un método anticonceptivo seguro de forma constante y correcta desde la última menstruación, parto, aborto o aborto espontáneo?	
	4 ¿Ha tenido un bebé en las últimas 4 semanas?	
	5 ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses se encuentra en período de lactancia completa o casi completa y no ha tenido la menstruación desde entonces?	
	6 ¿Ha tenido un aborto espontáneo o provocado en los últimos 7 días?*	

* Si la usuaria tiene previsto utilizar un DIU de cobre, el plazo de 7 días se amplía a 12 días.

Si la usuaria ha respondido NO a todas las preguntas, no se puede descartar el embarazo con la lista de verificación.

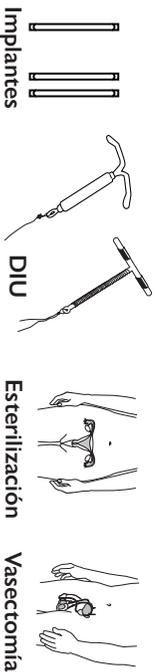
Descarte el embarazo por otros medios.

Si la usuaria ha respondido SÍ al menos a una de las preguntas, puedes estar prácticamente seguro de que no está embarazada.

Comparación de la efectividad de los métodos de planificación familiar

Más efectivos

Menos de 1 embarazo
cada 100 mujeres en 1 año



Cómo hacer que el método sea más efectivo

Implantes, DIU, esterilización femenina:

Después de la intervención, poco o nada que hacer o recordar

Vasectomía: Utilice otro método durante los 3 primeros meses

Inyectables: Repita las inyecciones a tiempo

Método de amenorrea de la lactancia (durante 6 meses): Amamante a menudo, día y noche

Píldoras: Tome la píldora todos los días

Parche, anillo: Manténgalo en su lugar, cambie a tiempo

Preservativos masculinos, diafragma: Utilícelos correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad: Absténgase de tener relaciones sexuales o utilice preservativos en los días fértiles. Los métodos más recientes (método de los días estándar y método de dos días) pueden ser más fáciles de utilizar.

Preservativos femeninos, retiro, espermicidas: Utilícelos correctamente cada vez que tenga relaciones sexuales

GUÍA DE AYUDA



Menos efectivos

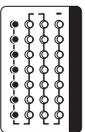
Alrededor de 20 embarazos
cada 100 mujeres en 1 año



Inyectables



MELA



Píldoras



Parche



Anillo vaginal



Preservativos masculinos



Diafragma



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad



Preservativos femeninos



Retiro



Espermicidas