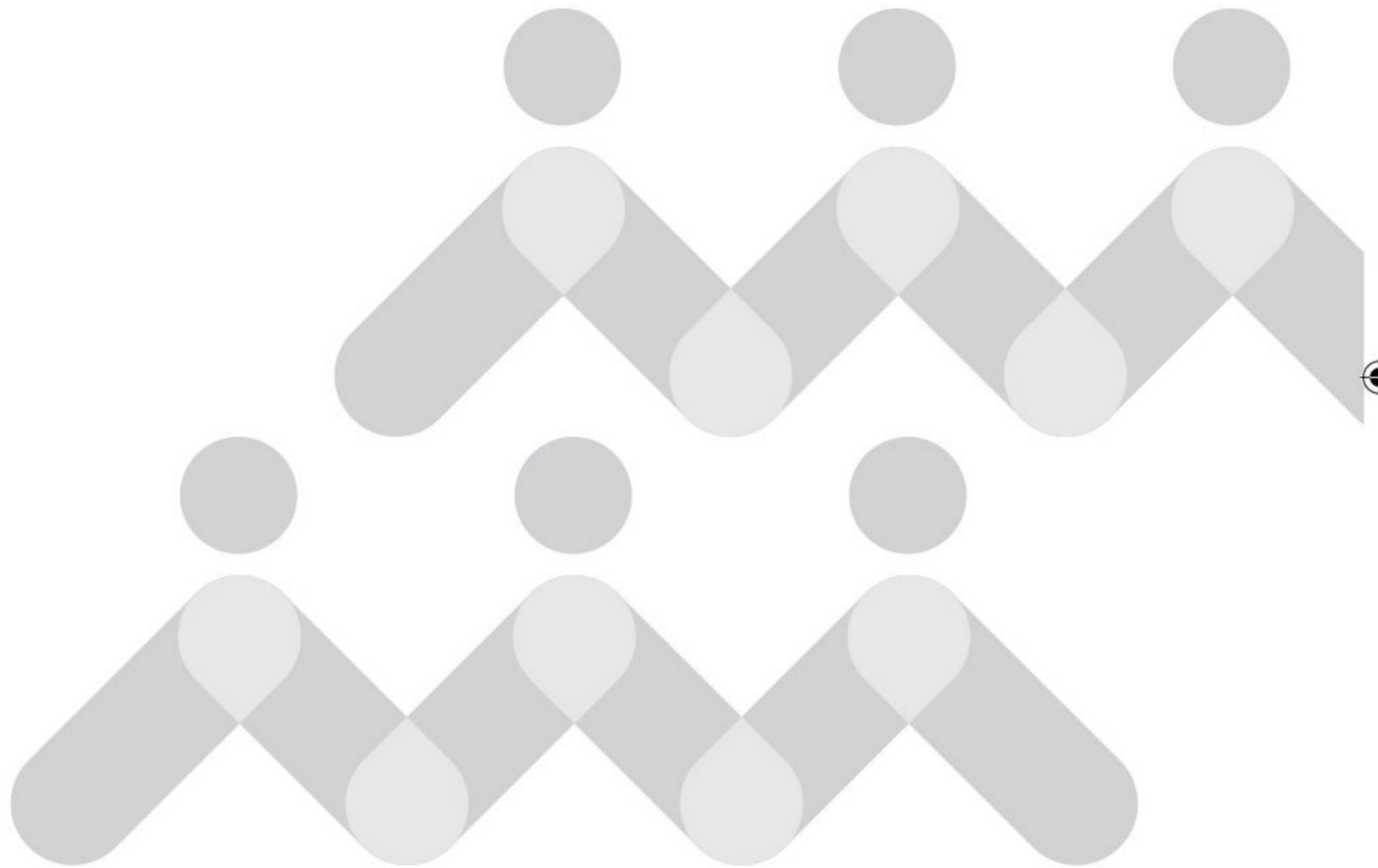


Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL • 2021 • Tercera Edición

AUTORIDADES

Dr. Julio César Borba Vargas

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Víctor Hernán Martínez Acosta

Viceministro de Atención Integral a la Salud
y Bienestar Social

Dra. Lida Mercedes Sosa

Viceministra de Rectoría y Vigilancia de la
Salud

Dra. Patricia Alexandra Veiluva

Directora General de Programas de Salud

Dr. Cesareo Saldivar

Director de Salud Sexual y Reproductiva

Lic. Laura Barreto

Jefa de Programa de Planificación Familiar

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORGANIZACIONES PARTICIPANTES DE LA REVISIÓN Y VALIDACIÓN DE LA TERCERA EDICIÓN

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud
- Dirección de Coordinación de Regiones Sanitarias
- Dirección de Hospitales Especializados
- Hospital Materno Infantil San Pablo
- Hospital Materno Infantil San Pablo
- Dirección de Obstetricia

Instituto de Previsión Social

Academia

- Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
- Asociación de Obstetras del Paraguay
- Cátedra de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Clínicas

Agencias Internacionales de Cooperación

- Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)



@ es propiedad del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

La presente publicación es parte de las acciones del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, en el marco del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019-2023.

Están autorizadas la reproducción y divulgación por cualquier medio del contenido de este material, siempre que se cite la fuente.

Este texto no tiene fines de lucro, por lo tanto, no puede ser comercializado en el Paraguay ni en el extranjero.

Cuidado de edición: Silvana Molina.

Diseño: Reinaldo Vargas Gill.

Tercera edición.

Asunción, mayo de 2021.

ÍNDICE

Resolución Ministerial	7
Introducción	9
Marco jurídico	11
El ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes	13
La política del MSPBS	15
Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019 - 2023	15
Derechos sexuales y reproductivos	15
Recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en lo relacionado a planificación familiar	17
Objetivo general	18
Objetivos específicos	18
Derechos de las personas usuarias de los servicios de planificación familiar	19
Orientación preconcepcional, prenatal y posparto, en planificación familiar	20
Momentos mandatorios para la oferta de orientación en planificación familiar	20
La orientación	21
Elección informada y consentimiento informado	25
Proceso de elección informada en la provisión de servicios	26
Seguridad razonable de ausencia de embarazo.....	27
Consejería/orientación en provisión de servicios de planificación familiar en el contexto de la epidemia del Zika.....	28
Condiciones que exponen a mujeres a un mayor riesgo de salud ante un embarazo no planificado	29
Criterios médicos de elegibilidad	29
Eficacia de los métodos anticonceptivos.....	30
Métodos anticonceptivos de corta duración	31
Anticonceptivos orales (AO).....	31
Anticonceptivos inyectables.....	44
Anillo vaginal.....	54
Parche combinado.....	60
Métodos anticonceptivos de larga duración	65
Dispositivo intrauterino.....	65
Implantes subdérmicos	73
Métodos de barrera	80
Condón masculino o preservativo.....	80
Condón femenino.....	84



Anticoncepción quirúrgica voluntaria definitiva	86
Ligadura de Trompas.....	88
Anticoncepción quirúrgica masculina (Vasectomía).....	92
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad	96
Método del ritmo (Calendario, Ogino-Knaus).....	97
Método de los días fijos (o Método del collar del ciclo).....	98
Método de los dos días.....	99
Método de la temperatura basal, corporal o térmico.....	99
Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical.....	100
Método sintotérmico.....	101
Método de lactancia materna y amenorrea (MELA).....	102
Anticoncepción de emergencia	104
Cuándo usar anticoncepción de emergencia.....	104
Métodos hormonales.....	104
Anticoncepción en la adolescencia	108
Mujeres en transición menopáusica	111
Anticoncepción hormonal combinada.....	112
Progestágenos solos.....	113
DIU T de Cobre.....	114
Métodos de barrera.....	115
Esterilización quirúrgica voluntaria.....	115
Obesidad	117
Post evento obstétrico	118
Anticoncepción posparto para mujeres que amamantan	119
Anticoncepción posparto para mujeres que no amamantan	120
Anticoncepción post aborto	121
Mujeres con VIH o con riesgo de ITS	122
Retorno a la fertilidad	124
Recomendaciones de anticoncepción en tiempos de COVID-19	125
Recomendaciones generales.....	126
Recomendaciones según métodos anticonceptivos.....	129
Reinstauración de los esquemas anticonceptivos anteriores en las pacientes curadas.....	133
Asesoramiento a mujeres que desean abandonar el método anticonceptivo buscando una gestación durante la pandemia del COVID 19.....	134
Periodicidad de los controles según método anticonceptivo	135
Cómo calcular necesidades de condones	136
Manejo de dispensadores de condones	139
Bibliografía	144

Resolución Ministerial

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 695.-

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA MUJERES Y HOMBRES, TERCERA EDICIÓN, AÑO 2021; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN COMO NORMA DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 07 de septiembre de 2021.-

VISTO:

La nota DGPS N° 179, de fecha 16 de julio de 2021, ingresada como expediente SIMESE N° 134.308/2021, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la aprobación del Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres, Tercera Edición, año 2021; y

CONSIDERANDO:

Que la Constitución de la República del Paraguay, en su Art. 68 encomienda al Estado paraguayo la protección y promoción de la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad, en su Art. 69 enuncia que se promoverá un sistema nacional de salud que ejecute acciones sanitarias integradas, con políticas que posibiliten la concertación, la coordinación y la complementación de programas y recursos del sector público y privado.

Que la Ley N° 836/80, Código Sanitario, establece que: "...Art. 3° El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, ... es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social... Art. 4° La autoridad de Salud será ejercida por el Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones previstas en este Código y su reglamentación...".

Que el mismo cuerpo legal dispone en su artículo 7°: "Los planes, programas y actividades de salud y de bienestar social, a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe de orientarlos de acuerdo a la política de salud y al bienestar social de la Nación".

Que la ley N° 1.032/1996, "Que crea el Sistema Nacional de Salud", en su artículo 4° dispone: "El Sistema operará mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores públicos, privados o mixtos, de seguros de salud y de las universidades, coordinados por el mismo, de acuerdo con las normas de derecho público y privado vigentes".

Que por Resolución S.G. N° 62, de fecha 27 de febrero de 2018, se aprueba el Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres, Segunda Edición, Año 2018; y se dispone su implementación como Norma de Atención en el Sistema Nacional de Salud.

Que dicho manual debe ser actualizado conforme a las nuevas evidencias científicas y a los criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud, teniendo en cuenta al mismo el acceso al ejercicio de la salud sexual y reproductiva y el acceso a la planificación familiar.

Que en esta revisión y adecuación de temas puntuales, se ha recogido de forma resumida y didáctica, aspectos que son relevantes al momento de encarar una consulta y de realizar la indicación de métodos anticonceptivos en el contexto de la Pandemia por Covid-19, tratando de brindar la mayor eficacia y seguridad a las personas usuarias.

Que los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud para el uso seguro de métodos anticonceptivos no cambian durante una epidemia, por lo que de esta manera se pretende apoyar a los trabajadores de salud en la toma de decisiones en este

Página 1 de 2



Resolución Ministerial

"Bicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Resolución S.G. N° 095--

POR LA CUAL SE APRUEBA EL MANUAL NACIONAL DE NORMAS DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR PARA MUJERES Y HOMBRES, TERCERA EDICIÓN, AÑO 2021; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN COMO NORMA DE ATENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 07 de septiembre de 2021.-

ámbito, como también el abordaje de las diferentes estrategias recomendadas para la oferta de los servicios, teniendo en cuenta que se debe equilibrar las demandas de atención, al mismo tiempo que se deben mantener los servicios de planificación familiar.

Que conforme a lo expuesto, corresponde aprobar el Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres, en su tercera edición, para su implementación como norma de atención en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud.

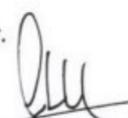
Que en concordancia con lo preceptuado en el Artículo 242 de la Constitución de la República del Paraguay, el Decreto N° 21376/1998, en su Artículo 19, dispone "Compete al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social ejercer la administración de la Institución a su cargo"; y en su Artículo 20, establece: "Son funciones específicas del Ministro de Salud Pública y Bienestar Social: ...6. Ejercer la administración general de la Institución como Ordenador de Gastos y responsable de los recursos humanos, físicos y financieros. 7. Dictar resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas y servicios, reglamente su organización y determine sus funciones...".

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. N° 1.697, de fecha 26 de agosto de 2021, ha emitido su parecer favorable para la firma de la presente Resolución.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Aprobar el Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres, Tercera Edición, Año 2021, que se anexa y forma parte de esta Resolución.
- Artículo 2°.** Disponer su implementación como norma de atención en las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 3°.** Encomendar a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud la implementación del manual en todos los niveles de las Redes Integradas e Integrales de Servicios de Salud.
- Artículo 4°.** Establecer que la Dirección de Salud Sexual y Reproductiva y a la Dirección de Formación, Monitoreo y Gestión de Proyectos, dependientes de la Dirección General de Programas de Salud, del monitoreo de la implementación del manual.
- Artículo 5°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.


DR. JULIO CÉSAR BORBA VARGAS
MINISTRO



SIMSE N° 134.308/21.

Página 2 de 2



Introducción

La calidad de vida y la salud de las personas están influenciadas, en gran medida, por sus conductas y comportamientos en la esfera de la sexualidad y la reproducción. Por lo tanto, la salud sexual y reproductiva constituye un elemento clave para mejorarlas.

La planificación familiar es un derecho garantizado en la Constitución Nacional, la consagración directa del derecho de todas las personas a acceder a servicios de salud que le permitan el pleno ejercicio de la anticoncepción y la planificación familiar¹; y por otra, del derecho que tienen tanto las mujeres como los varones a decidir de manera libre, autónoma y sin coerción, la cantidad de hijos que quieren tener, en qué momento y el espaciamiento entre estos.

El ejercicio de este derecho es clave para la reducción de la mortalidad materna, fetal y neonatal; para la prevención del embarazo adolescente y del aborto.^{2, 3, 4}

La planificación familiar consta de un componente de promoción, de acceso a información basada en evidencia científica, a través de la consejería u orientación; y de prevención, mediante la oferta de métodos anticonceptivos seguros.

Para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva establecido en el marco jurídico nacional, a través de estas normas, es necesario:

- Poner a disposición de todas las personas, incluyendo adolescentes, información basada en evidencia científica para la toma libre e informada de decisiones en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.
- Asegurarles el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva y la provisión de anticonceptivos.
- Incluir a los varones como usuarios de los servicios de planificación, promoviendo su participación activa y la entrega de información de calidad para la construcción de nuevas masculinidades⁵ y la paternidad responsable.

1 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación General 14. Párr. 8.

2 CENTER FOR REPRODUCTIVE RIGHTS, UNFPA, "ICDP and Human Rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. Center for Reproductive Rights, 2013. Sección II: contraceptive information and services.

3 "Conferencia de Alma Ata" (1978) cuando se incluye la planificación familiar como un componente importante para la salud materna e infantil.

4 CEDAW, artículo 12.1.

5 Se entiende por nuevas masculinidades la construcción del rol social del hombre desde una perspectiva de igualdad de responsabilidades con la mujer.



- Lograr la oferta integrada de condones en todos los servicios de salud, tanto para planificación familiar, como para la prevención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), el VIH y la prevención de la Infección por Zika durante el embarazo.
- Garantizar el acceso a la anticoncepción de emergencia como parte de la atención integral a mujeres, adolescentes y niñas víctimas de violencia sexual, de manera a hacer efectivo el derecho a la protección, por parte del Estado, en situaciones de violencia, maltrato y explotación.

Se reafirma la responsabilidad legal que tiene el personal de salud de brindar información actualizada en base a evidencia científica, garantizando la privacidad y confidencialidad necesarias, así como el ofrecimiento de métodos anticonceptivos, sin discriminación, atendiendo al derecho que tiene toda persona de tomar sus propias decisiones en lo relacionado a su sexualidad, de forma voluntaria e informada.

Este documento incorpora los criterios de elegibilidad de la OMS 2015, y las recomendaciones internacionales para el uso de anticonceptivos, y deberá ser implementado en todos los niveles y ámbitos del Sistema Nacional de Salud.

Además, contribuye a avanzar hacia el logro de las metas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), adoptados por Naciones Unidas como parte de la agenda 2030⁶; particularmente a la meta 3.7 *“garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales”*.

6 La República del Paraguay suscribió el 24 de julio de 2017, la declaración conjunta de interpoderes, comprometiéndose su apoyo a la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible y por Decreto Presidencial N°3581 de mayo de 2020, se dispuso la reestructuración de la arquitectura institucional ODS del Paraguay, a través de la ampliación y el fortalecimiento de la Comisión ODS Paraguay.



Marco jurídico

Los derechos que se deben tener en cuenta al ofrecer planificación familiar son: derecho a la vida, derecho a la salud, derechos sexuales y reproductivos, derecho a la confidencialidad, derecho a la privacidad, derecho a recibir información basada en evidencia científica, derecho de la usuaria y el usuario a la toma de decisión y a la participación activa, informada y libre de coerción, y derecho a la no discriminación.

El término “derechos” implica la capacidad de tomar decisiones autónomas, de asumir responsabilidades y de satisfacer necesidades, ambas en el campo individual y colectivo.

La Constitución Nacional de 1992 (CN), incorpora los derechos fundamentales de las personas, los cuales se aplican e interpretan de manera universal, interdependiente y sin discriminación alguna. Así, el derecho a la *vida* es reconocido como inherente a toda persona humana (art. 4, CN)

Esta garantía se aplica en concordancia con el derecho a la *calidad de vida* (art.6, CN), que será promovido por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad.

Igualmente, se hace expresa mención a la *maternidad* y a la *paternidad responsables*, protegidas por el Estado, que fomentará la creación de las instituciones necesarias para dichos fines (art. 55, CN).

Asimismo, la Carta Magna hace referencia al derecho a la *planificación familiar* y a la *salud materno-infantil*. “El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia de nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Se establecerán planes especiales de salud reproductiva y de salud materno infantil, para la población de escasos recursos” (art. 61, CN).

Este derecho también está reconocido en el Código Sanitario (CS), en los siguientes términos: “La reproducción humana debe ser practicada con libertad y responsabilidad, protegiendo la salud de las personas desde su concepción” (art. 18, CS).

De este modo, se atribuye al Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS) la supervisión y control de la promoción, orientación y desarrollo de programas de investigación, información y servicios médico-sociales dirigidos a la familia, y todo lo relacionado con la reproducción humana, vigilando que ellos se lleven a cabo con el debido respeto a los derechos fundamentales de todas las personas y la dignidad de la familia (art. 19, CS).



“Los programas de protección familiar deben obedecer a las estrategias del sector salud, en coincidencia con los planes y exigencias del desarrollo económico y social, de acuerdo con los valores y expectativas de la Nación” (art. 20, CS).

La normativa sanitaria establece también la protección y asistencia al niño o niña, desde su concepción hasta su mayoría de edad (art. 22, CS).

Además, por ley N° 4313/11, está asegurado el presupuesto de los programas de salud sexual y reproductiva y el aprovisionamiento de kits de parto del MSPBS. En el artículo 1° de dicha ley se expresa el siguiente objetivo: *“asegurar las condiciones mínimas para el ejercicio del derecho constitucional que tienen todas las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, y a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes, educación, orientación científica y servicios adecuados en la materia. Así como la debida asistencia de la mujer y el recién nacido en el evento del parto. A tal efecto, el Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, proveerá por medio del Presupuesto General de la Nación los recursos necesarios, según las estimaciones poblacionales, para la ejecución de los programas denominados **Disponibilidad asegurada de insumos anticonceptivos y Aprovisionamiento del kit de parto**”.*

Le compete también al MSPBS *“arbitrar las medidas para disminuir o eliminar los riesgos de enfermedades transmisibles mediante acciones preventivas, curativas y rehabilitadoras, que tiendan a elevar el nivel inmunitario de las personas y combatir las fuentes de infección en coordinación con las demás instituciones del sector” (art. 25, CS).*

Es igualmente importante resaltar el reconocimiento de la participación ciudadana como factor fundamental para coadyuvar en la promoción de la salud. *“El Ministerio (de Salud Pública y Bienestar Social) promoverá la participación y organizará a las comunidades, para lograr su cooperación en la conservación y mejoramiento de los locales y servicios de salud” (art. 236, CS).*

A las niñas, niños y adolescentes se les reconoce el derecho a la salud sexual y reproductiva en el Código de la Niñez y Adolescencia (CNA): *“El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral para el mencionado sector, pues tienen derecho a ser informados y educados de acuerdo a su desarrollo, a su cultura y a sus valores familiares. Los programas y servicios para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad respetando el derecho y obligación de los padres y tutores” (art. 14, CNA)*

Cuando se atiende a niñas, niños y adolescentes se debe guardar el secreto profesional, conforme a lo establecido en el artículo precedentemente citado. En caso de violarlo, el Código Penal (CP), Ley N° 1.160, establece penas en los siguientes términos: *“El que revelara un secreto ajeno: 1. Llegado a su conocimiento en su ac-*



tuación como, a) médico, dentista o farmacéutico; b) abogado, notario o escribano público, defensor en causas penales, auditor o asesor de Hacienda; c) ayudante profesional de los mencionados anteriormente o persona formándose con ellos en la profesión; o 2. Respecto del cual le incumbe por ley o en base a una ley una obligación de guardar silencio, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa” (art. 147, CP)

Así también, el Código Procesal Penal (CPP), Ley N° 1.286/98, dispone el **deber de abstención**. “Deberán abstenerse de declarar, bajo pena de nulidad, sobre los hechos secretos que hayan llegado a su conocimiento, en razón de su oficio o profesión, salvo expresa autorización de quien se los confió: los abogados, procuradores y escribanos, los médicos, farmacéuticos, parteras y demás auxiliares de las ciencias médicas, los militares y funcionarios públicos sobre secretos de Estado” (art. 206, CPP).

Finalmente, se reconoce el **derecho a la salud** teniendo como principal garante al Estado, que protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad (art. 68, CN), además de lo establecido en el artículo 14 del Código Sanitario: “La salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país. El Estado promoverá y ejecutará las acciones necesarias en favor de la salud familiar”.

Así también, se reconoce y garantiza el derecho a la salud de la niña, niño y adolescente: “El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental; a recibir la asistencia médica necesaria, y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan un peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindar la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón” (art. 13, CNA).

El ejercicio de los derechos de niñas, niños y adolescentes⁷

Vivimos en una sociedad en la cual todavía existen barreras para el ejercicio pleno de los derechos. En muchos casos, las niñas, niños y adolescentes son tratados como objeto en el seno de sus propias familias. Así, por ejemplo, se mantienen prácticas que afectan su salud integral, como cuando la propia familia consiente

7 Guía de Derechos de la Niñez y la Adolescencia en los Servicios de Salud. Departamento de Promoción de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia. MSPBS, 2015.



la unión de hecho de una niña menor de 14 años con un adulto, a cambio de beneficios económicos; o cuando las niñas o adolescentes son entregadas a terceros para realizar tareas domésticas a cambio de comida o educación, lo que conocemos como *criadazgo*, una de las peores formas de trabajo infantil y de esclavitud moderna.

Otro de los derechos que se sigue vulnerando, a pesar de estar garantizado en leyes vigentes, es el de la autonomía progresiva, que consiste en la capacidad gradual que tienen las personas para ejercer por sí mismas sus derechos. Este principio está presente en la legislación paraguaya, por lo tanto, los profesionales de salud deben tener en cuenta que las niñas, niños y adolescentes que llegan a los servicios tienen derecho a:

- Peticionar (art.26, CNA).
- Ser escuchados en los asuntos que les compete (art. 12, Convención de los Derechos del Niño).
- A la salud sexual y reproductiva, incluido el derecho a la confidencialidad (secreto profesional, art. 14, CNA).

Todo personal de salud debe explicar directamente a la persona lo relacionado a su salud, consultar su opinión ante cada procedimiento, mantener la confidencialidad y respetar la privacidad. El reconocimiento de la persona como sujeto de derechos incluye respetar su capacidad de ejercer por sí mismo sus derechos fundamentales, en este caso, el derecho a la salud.



La política del MSPBS

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019 - 2023

Este plan se constituye en el instrumento de rectoría de las políticas públicas en la materia, a nivel nacional, regional y local. Es la base para la construcción colectiva de la salud con equidad, como dimensión esencial de la calidad de vida.

Esta normativa garantiza el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y una de sus siete áreas estratégicas es la planificación familiar, con el objetivo de *“facilitar a todas las personas en edad reproductiva el ejercicio de su derecho a la planificación familiar, por medio del acceso oportuno a información completa y veraz, a servicios de salud de calidad y a la provisión de anticonceptivos modernos, seguros y gratuitos...”* El resultado esperado es la *“reducción de la necesidad insatisfecha, en anticoncepción”*.

Derechos sexuales y reproductivos⁸

1. **Derecho a la vida.** Se relaciona con el derecho de las mujeres a no morir por causas evitables relacionadas con el embarazo o el parto.
2. **Derecho a una maternidad segura.** La vida de ninguna mujer, ni la de su hijo o hija debe ser puesta en peligro por causas prevenibles durante el embarazo, el parto y el puerperio.
3. **Derecho a la igualdad** y a estar libres de todas las formas de discriminación, incluidas aquellas basadas en la edad, la etnia, la condición socioeconómica, la orientación sexual o por ser una persona con VIH.
4. **Derecho a una vida sexual y reproductiva** que sea satisfactoria y segura, sin riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual o VIH.

8 Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2019 - 2023.



5. **Derecho a la información y a la educación.** Toda información en salud sexual y reproductiva debe ser accesible, veraz, completa y adecuada a la edad de las personas.
6. **Derecho a la planificación familiar.** Es decir, a decidir de manera libre e informada, el número de hijos y cuándo tenerlos.
7. **Derecho a la atención de buena calidad.** Todas las personas que acuden a los servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a información adecuada, al acceso a las prestaciones, a la libre decisión y elección, a la seguridad, privacidad, confidencialidad, trato digno, confort y continuidad en la atención.
8. **Derecho a los beneficios del progreso científico.** Las personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen el derecho a acceder a todas las nuevas tecnologías que sean seguras y aceptables.
9. **Derecho a la prevención y atención en violencia.** Todas las personas en situación de violencia tienen derecho a recibir atención de calidad, adecuada e integral. Los derechos de niños, niñas y adolescentes a la protección contra la explotación, el abuso sexual y toda forma de violencia deben ser garantizados.
10. **Derecho a la libertad de reunión y a la participación política.** Todas las personas tienen derecho a asociarse para promover el reconocimiento y ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos y por ende el disfrute de una adecuada salud sexual y reproductiva.
11. **Derecho a no ser objeto de tortura o maltrato,** incluyendo los derechos de mujeres, hombres y jóvenes a ser protegidos de la violencia, la explotación sexual y los abusos sexuales.
12. **Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar o no una familia.** Ninguna persona, por ninguna razón, puede ser obligada a contraer matrimonio. Ninguna persona está obligada a permanecer casada ni unida a alguien con quien ya no es feliz.



Recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en lo relacionado a planificación familiar⁹

Los profesionales obstetras y ginecólogos y otros trabajadores de la salud involucrados en esta área, deben fomentar y apoyar las decisiones responsables y voluntarias relacionadas con la reproducción y los métodos de planificación familiar tomadas por los individuos, y deben garantizar la disponibilidad de métodos para regular la fertilidad, que no contravengan la ley.

Se debe evitar la coerción legal o social acerca del tipo de planificación familiar o de la programación de la misma, puesto que esta coerción viola tanto los principios éticos, como los derechos humanos. Obstetras y ginecólogos deben actuar como promotores de métodos apropiados y seguros de planificación familiar.

Los hombres deben compartir la responsabilidad de la planificación familiar, pero se debe tomar nota de que, en lo que respecta a la salud reproductiva, la mayor carga recae sobre las mujeres. La importancia de la participación y responsabilidad de los hombres se ha incrementado con el surgimiento del VIH.

Si un médico o trabajador de la salud es incapaz de proporcionar un método de planificación familiar o servicio médico o, si por razones no médicas desea no hacerlo, debe poner todo su empeño en referir al interesado a la persona o lugar adecuados.

París, octubre de 2008

**“La sexualidad es un aspecto central de la calidad de vida de las personas y es el reflejo de su nivel de bienestar físico, psicológico y social.
Toda persona tiene derecho a decidir cuántos hijos tener y cuándo tenerlos”.**

9 ETHICAL ISSUES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY by the FIGO Committee for the Study of Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health OCTOBER 2012.



Objetivo general

Garantizar las competencias del personal de salud que posibiliten la elección libre, informada, responsable y el acceso a métodos anticonceptivos de acuerdo a las necesidades y preferencias de la población, contribuyendo así al ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos, al logro de la maternidad segura y de la paternidad responsable, y a la prevención de las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y la infección por Zika.

Objetivos específicos

- Establecer los procedimientos para lograr una oferta estandarizada, efectiva y eficaz de las actividades de planificación familiar por parte del personal de salud, basados en el respeto irrestricto de los derechos humanos de todas las personas y promoviendo la igualdad de género.
- Contribuir a la reducción de la morbilidad materna y neonatal, del aborto, de las necesidades insatisfechas en planificación familiar, de los embarazos no intencionales y de las infecciones de transmisión sexual, mediante la adecuada oferta de servicios de salud sexual y reproductiva.
- Asegurar la elección libre e informada de métodos de planificación familiar para la población en edad reproductiva, brindando la información, la educación y los métodos necesarios, en un marco de privacidad y respeto a la confidencialidad.
- Garantizar que el personal que suministra servicios de planificación familiar tenga la formación y sensibilización adecuada a su nivel de competencia, a fin de ofrecer información oportuna y basada en evidencia, sobre los diferentes métodos anticonceptivos.



Derechos de las personas usuarias de los servicios de planificación familiar

Conforme los derechos sexuales y reproductivos, se han identificado 10 puntos que deben ser priorizados para una atención de calidad en planificación familiar:

1. **INFORMACIÓN.** Recibir información basada en evidencia científica y consejería, en lenguaje sencillo, con enfoque de derecho, género e interculturalidad.
2. **ACCESO.** Obtener servicios sin coerción ni discriminación por sexo, nivel socioeconómico, etnia o raza, estado civil, procedencia, edad, orientación sexual o credo.
3. **ELECCIÓN.** Decidir libremente sobre la planificación familiar y el método anticonceptivo (adoptar, cambiar o discontinuar un método).
4. **SEGURIDAD.** Acceder a servicios de salud y métodos anticonceptivos adecuados y de calidad.
5. **PRIVACIDAD.** Recibir orientación, consejería o servicios en un espacio que debe mantenerse reservado, garantizando el secreto profesional.
6. **CONFIDENCIALIDAD.** Seguridad de que cualquier información personal no será compartida o difundida.
7. **DIGNIDAD.** Ser tratado/a con cortesía, consideración, atención y respeto a su cultura.
8. **COMODIDAD.** Sentirse a gusto mientras recibe los servicios.
9. **CONTINUIDAD.** Recibir servicios y métodos anticonceptivos por el tiempo que desee.
10. **OPINIÓN.** Poder expresar sus puntos de vista sobre los servicios recibidos.



Orientación preconcepcional, prenatal y posparto, en planificación familiar

La orientación preconcepcional, prenatal y posparto en planificación familiar, prevención de ITS y prevención de infección por Zika, se enmarca en el postulado de que toda persona tiene el derecho de elegir el método que desea, basada en una clara comprensión de los beneficios y riesgos de todas las opciones anticonceptivas, incluyendo la opción de no elegir ninguna, a fin de que pueda tomar la mejor decisión.

El personal del establecimiento de salud, particularmente el que brinda orientación, debe incorporar en su práctica diaria lo siguiente:

- El reconocimiento a toda persona en consulta como sujeto de derechos, por lo que debe ser respetada, independientemente de su edad, condición social, económica, cultural, religiosa, opción reproductiva y orientación sexual.
- La bioética, que respeta y promueve la autonomía de la persona en consulta, con el objeto de fortalecer y empoderar su decisión después de recibir información veraz, con lo cual se desarrolla beneficencia, en el entendido de que la persona asesorada escoge lo mejor para su vida y su salud, y no maleficencia, ya que no se pone en riesgo a la persona y se respeta su opción, sin discriminarla por ninguna condición.

Momentos mandatorios para la oferta de orientación en planificación familiar

- Durante la consulta en cualquier especialidad, incluso no relacionada a la ginecológica y obstétrica.
- Durante la consulta preconcepcional.
- Durante el control prenatal.
- Durante la hospitalización, especialmente por casos de aborto, embarazo ectópico, pérdida gestacional y parto vaginal o cesárea.



La orientación

La calidad de la interacción y comunicación entre el proveedor de salud y la usuaria del servicio es un factor muy importante para obtener los resultados deseados en la prevención de embarazos no intencionales (no planeados), de las ITS, de la infección del Zika y para la promoción de la salud.

¿Qué es la orientación?

En el ámbito de la salud, la orientación (anteriormente conocida como consejería) es una conversación entre un proveedor de salud capacitado y competente, y la persona usuaria.

Su principal propósito es que la persona usuaria reciba de parte del personal de salud la información basada en evidencia necesaria que le permita tomar mejores decisiones sobre su salud, con base en un autoanálisis de su situación particular, para que considere adoptar conductas, acciones y prácticas que:

- Reduzcan los riesgos a su salud.
- Mejoren o mantengan su salud.
- Ayuden a otro miembro de su familia a recuperarse de un problema de salud.
- Le ayuden a analizar su situación y decidir qué es lo que desea y puede hacer para prevenir una condición, y mantener o mejorar su salud.
- Le ayuden a desarrollar confianza en sí misma para que pueda controlar o resolver una situación o problema, si lo hubiera.
- Le faciliten y guíen un proceso de cambio.
- Le faciliten tomar sus propias decisiones informadas y libres.
- Le guíen a hacer un análisis de su situación personal y a determinar cuáles serán las acciones que tomará al respecto, ejerciendo libremente su derecho a decidir.

¿En qué se diferencia de otras formas de comunicación interpersonal?

- La orientación se distingue de la promoción, educación e información, por el hecho de que estas tres últimas se centran en las circunstancias y necesidades individuales de una persona (con o sin su pareja) y en la toma de decisiones con información.
- La orientación, en cambio, es un diálogo en el que las dos personas comparten sus experiencias y colaboran para encontrar la mejor solución a una situación.



- La persona aporta el conocimiento de su situación, sus recursos, sus hábitos y la posibilidad de considerar y adoptar nuevas prácticas.
- El proveedor de salud contribuye con su conocimiento técnico, sus destrezas en consejería y la experiencia de otras personas que ya han logrado resolver su situación.
- Este diálogo aumenta la confianza mutua entre el proveedor de salud y la persona usuaria de los servicios. La confianza crece porque la consejería requiere respeto mutuo. Si la persona tiene confianza en el proveedor, es mucho más probable que siga sus recomendaciones.

¿Se necesita mucho tiempo para la orientación?

Un diálogo adecuado requiere de tiempo, pero también es mucho más efectivo y satisfactorio, tanto para la persona usuaria como para el proveedor de salud.

Cada caso se maneja individualmente dependiendo de la situación de la persona, por lo que la duración de cada sesión de consejería es variable.

¿Cuán importante es la orientación en anticoncepción?

La orientación es muy importante porque garantiza que las personas usuarias y/o sus parejas conozcan el derecho que tienen de decidir por sí mismas y de una manera responsable acerca de su vida reproductiva, la disminución de riesgos y la prevención de ITS y enfermedades como el zika.

En el caso de la planificación familiar, cuando las personas usuarias eligen de forma libre e informada (sin presiones) cómo desean regular sus embarazos, es más probable que se sientan satisfechas con el método anticonceptivo y que su uso sea exitoso por un largo tiempo.

¿Qué condiciones favorecen la orientación?

- Contar con el apoyo del sistema de salud, que ofrezca a los proveedores de salud, capacitación en los conocimientos y destrezas de consejería, normas nacionales, materiales de apoyo, acompañamiento y supervisión facilitadora, monitoreo y evaluación del desempeño.
- Contar con un lugar privado, cómodo, donde solamente se encuentren el proveedor de servicios de orientación, la persona usuaria o la pareja, para que cuando hablen puedan sentirse seguros de que nadie los escucha, sin interrupciones ni distracciones. La confidencialidad es un componente esencial de la



consejería. Confidencialidad significa que se tiene la certeza de que se mantendrá la absoluta reserva de lo dicho o hecho.

- Contar con la organización adecuada de los servicios y con suficiente personal para que el proveedor que se dedica a la consejería, disponga del tiempo que cada caso particular requiera.

¿Quién debe hacer orientación?

Cualquier proveedor de salud capacitado puede dar orientación. Lo más importante es que posea los conocimientos técnicos que se requieren para hacer consejería, la motivación de querer ayudar a las personas, así como el dominio de técnicas de comunicación y destrezas de orientación.

Cuando la consejería que se requiere es muy especializada, el proveedor capacitado debe saber a quién y cómo referir a la persona.

Los tres requisitos para dar consejería de calidad son: saber, querer y poder. Saber es tener los conocimientos técnicos; querer es tener la actitud de servicio y motivación; y poder es contar con las destrezas, insumos y recursos para dar la orientación.

¿Qué características del profesional de salud favorecen la orientación?

- Está capacitado en el tema que se aborda en la orientación: prenatal, posparto, planificación familiar.
- Percibe que la orientación es una parte importante de su trabajo.
- Conoce y respeta los derechos de las personas.
- Utiliza un lenguaje sencillo y comprensible para la usuaria; preferentemente utiliza el idioma de la persona.
- Es amable y se gana la confianza de la persona usuaria. Siente y expresa empatía, es decir, se pone en el lugar de la persona a la que está dando la orientación.
- Escucha con interés a la persona usuaria.
- No tiene prejuicios ante la edad, grupo étnico, estatus socioeconómico, género u orientación sexual de la persona usuaria.
- Conoce sobre la comunicación no verbal y la utiliza apropiadamente: sus gestos son consistentes con lo que está diciendo (comunicación verbal).
- Es honesta/o y reconoce si tiene debilidades para referir apropiadamente a la persona usuaria para que sea atendida por especialistas.



- Conoce su entorno, costumbres y factores culturales (por ejemplo, las creencias) que puedan afectar la decisión de la persona.
- Es discreto y nunca revela las condiciones de la persona usuaria y sus elecciones.
- Es imparcial, no antepone su criterio al de la persona usuaria.
- Motiva a la persona usuaria a compartir sus inquietudes, necesidades y dudas, para responder a éstas de manera apropiada y completa.
- Está consciente de sus propios valores, actitudes y creencias.
- Es tolerante y respeta los valores de las personas, incluso los que estén en contra de los suyos propios.
- Tiene un deseo genuino de ayudar a las personas.

¿Qué características de la persona usuaria favorecen la orientación?

- Confianza en el personal de salud.
- Voluntad y capacidad para dialogar, negociar y pedir aclaraciones.
- Expectativa de tener la oportunidad de conversar con el proveedor de salud.
- Confianza de hablar y preguntar.
- Capacidad de entender al proveedor.
- Deseo de hablar francamente de lo que está sintiendo, pensando y haciendo.

¿En qué momentos se recomienda dar orientación?

- En cualquier momento en el que una persona llegue al servicio de salud, por cualquier motivo; o en cualquier oportunidad en que un proveedor de salud visite los hogares y comunidades de su área de influencia.
- En las áreas donde ha habido casos de zika es ineludible dar orientación general.
- Cuando acude a solicitar un método de planificación familiar.
- Cuando acude a recibir atención o control prenatal.
- Cuando acude a recibir atención o control después del parto.
- Cuando acude a recibir atención o control después de un aborto o pérdida.
- Cuando acude a recibir atención por diagnóstico sospechoso o confirmado de zika.
- Cuando acude a control de crecimiento y desarrollo de su hijo o hija.



- Cuando acude a recibir atención por infecciones de transmisión sexual.
- Cuando consulta por cualquier otro motivo.

Las mujeres y los hombres que residen en una zona con transmisión activa del virus del Zika deben contar con toda la información y medios disponibles para planificar su vida sexual y sus embarazos.

Con la orientación de proveedores de salud, algunas mujeres y sus parejas que residen en zonas de transmisión activa del virus del Zika podrían decidir retrasar el primer embarazo, espaciar los embarazos o ya no tener más hijos.

Los proveedores de salud deben asesorar a las personas sobre las estrategias para prevenir el embarazo no planificado, incluyendo el uso de los métodos anticonceptivos más eficaces y la anticoncepción de emergencia.

Además, las personas deben ser informadas de que el uso correcto y consistente del condón en cada relación sexual reduce a la vez el riesgo de embarazo, del zika y de otras infecciones de transmisión sexual.

Toda embarazada que haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que tuvo o tiene infección por el VIH, por el virus del Zika o por otras ITS, deberá ser evaluada para descartar que esté infectada, especialmente por el riesgo que esta infección representa para el feto.

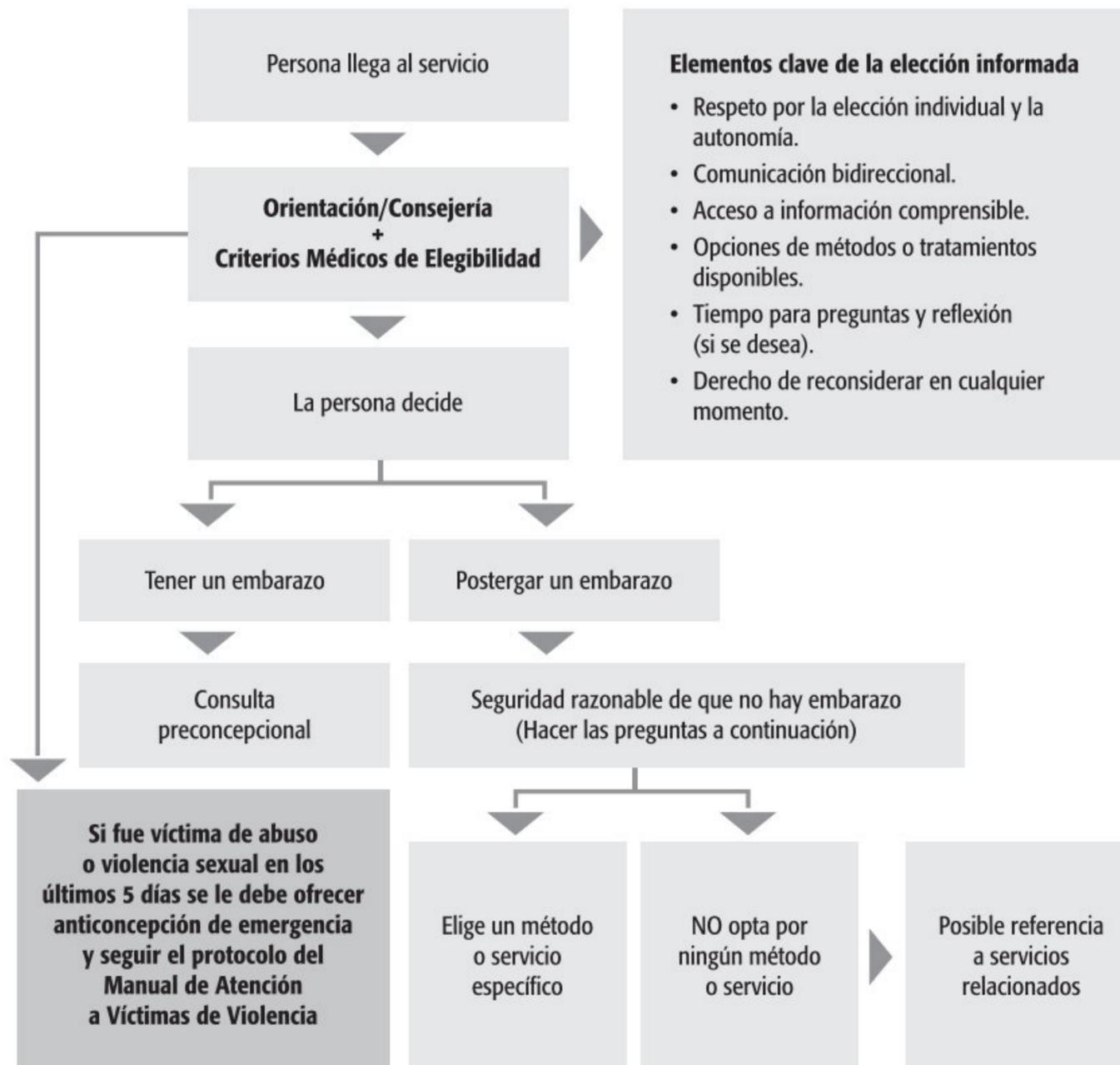
Elección informada y consentimiento informado

Posibilitar la elección informada implica garantizar que cada persona tenga toda la información relativa a los distintos métodos y servicios – incluyendo sus riesgos y beneficios – que le permita tomar una decisión de aceptar o rechazar los servicios ofrecidos, y sobre qué método anticonceptivo o servicio va a seleccionar. Se aplica a todos los métodos anticonceptivos reversibles. No requiere consentimiento por escrito.

El **consentimiento informado**, en cambio, es un procedimiento legal y formal en el que la persona, luego de ser informada plenamente sobre los beneficios y riesgos de un método o servicio, manifiesta su consentimiento por escrito. En el caso de la planificación familiar, se requiere consentimiento informado solo para métodos irreversibles: OTB y vasectomía.



Proceso de elección informada en la provisión de servicios¹⁰



Pasos recomendados para la orientación:

1. Crear espacios.
2. Saludar.
3. Presentarse.
4. Iniciar conversatorio.
5. Elección del método.
6. Verificación de la información
7. Seguimiento
8. Proveer el método.

¹⁰ Adaptado de Elección informada en la prestación de servicios de planificación familiar internacional, 1998.



Seguridad razonable de ausencia de embarazo

Para evaluar la ausencia de embarazo, se deben realizar las siguientes preguntas a toda mujer o adolescente que desea iniciar de forma inmediata el uso de un método anticonceptivo.

La “**iniciación inmediata**” hace referencia al comienzo del uso de un método anticonceptivo inmediatamente después de que se realiza una consulta, tanto para hombres como para mujeres, independientemente del momento del ciclo menstrual en el que se encuentre la mujer. Este tema es de particular importancia para lugares de escasos recursos.

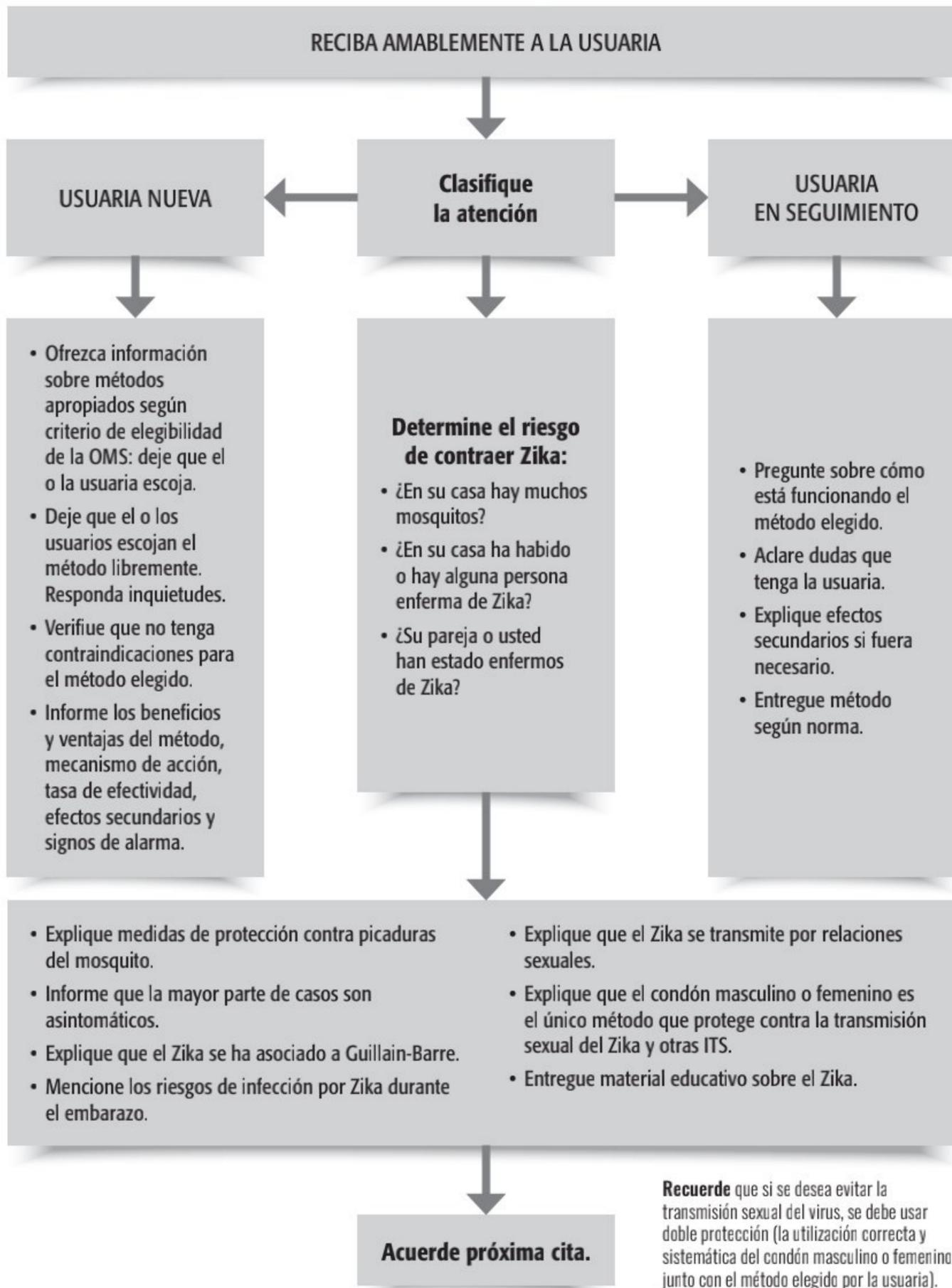
Preguntas a realizar a toda mujer/adolescente que consulta por primera vez para anticoncepción		
No	1. ¿Tuvo un bebé hace menos de 6 meses, lo amamanta en forma exclusiva y no ha tenido ningún periodo menstrual desde el parto?	Sí
No	2. ¿Ha tenido su parto en las últimas 4 semanas?	Sí
No	3. ¿Su último periodo menstrual comenzó hace 7 días o menos?	Sí
No	4. ¿Ha tenido un aborto hace 7 días o menos?	Sí
No	5. ¿Se ha abstenido de tener relaciones sexuales desde su último período menstrual, aborto o parto?	Sí
No	6. ¿Ha estado usando sistemática y correctamente un método anticonceptivo en su último ciclo?	Sí

Si responde **NO** a todas las preguntas, no se puede descartar embarazo, se debe ofrecer condones para utilizar o realizar HCG en Orina (tiras reactivas) hasta descartar el estado de gravidez.

Si la mujer o la adolescente responde **SÍ** a una de las 6 preguntas, y no tiene signos o síntomas de embarazo, proporcione el método de su elección.



Consejería/orientación en provisión de servicios de planificación familiar en el contexto de la epidemia del Zika



Condiciones que exponen a mujeres a un mayor riesgo de salud ante un embarazo no planificado

Cáncer de mama.	Edad menor a 15 años.
Cardiopatía valvular complicada.	Enfermedad trofoblástica maligna.
Diabetes insulín dependiente o diabetes con nefropatía/ neuropatía/retinopatía u otras enfermedades vasculares o de >20 años de duración.	Hepatoma y cáncer hepatocelular.
Cáncer de endometrio.	Esquistosomiasis con fibrosis hepática.
Epilepsia.	Cirrosis severa (descompensada).
Hipertensión arterial severa (sistólica >160 mmHg o diastólica >100 mmHg).	Anemia drepanocítica o de células falciformes o enfermedad de células falciformes.
VIH (Estadios 1 a 4 de la OMS).	Infecciones de transmisión sexual.
Cardiopatía isquémica.	Accidentes cerebrovasculares.
Lupus eritematoso sistémico	Mutaciones trombotogénicas.
Cáncer de ovario.	Tuberculosis.
Zika.	

Criterios médicos de elegibilidad¹¹

Los métodos anticonceptivos deben cumplir con algunos requisitos y características que contribuyan a que cada persona pueda alcanzar sus metas reproductivas en forma efectiva y segura para su salud, y de acuerdo a su proyecto y situación de vida.

La evidencia actual clasifica cada condición en 4 categorías para cada método. Si una condición se clasifica en:

- **Categoría 1:** No hay limitaciones para el uso del método.
- **Categoría 2:** Los beneficios de usar el método superan los posibles riesgos.
- **Categoría 3:** Los posibles riesgos superan los beneficios de usar el método.
- **Categoría 4:** El uso del método representa un riesgo inaceptable.

11 5ª Edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad, 2015.



Eficacia de los métodos anticonceptivos

Método.		% de mujeres que experimentan un embarazo no planificado durante el primer año de uso del método.		Tasa de embarazo no planificado. Cada 100 mujeres en el primer año de uso del método (Trussell).	
		Uso típico*	Uso perfecto**	Uso habitual	Uso sistemático y correcto
Ningún método.		85%	85%	85	85
Espermicidas.		28%	18%	29	18
Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad.	Método de la ovulación.	24%	3%	25	3
	Método de los dos días.		4%		4
	Método de los días fijos.		5%		5
	Sintotérmico.		0.4%		-
Coito interrumpido.		22%	4%	27	4
Esponja en mujeres que han parido.		24%	20%	-	-
Esponja en mujeres nulíparas.		12%	9%	-	-
Condón o preservativo femenino.		21%	5%	15	2
Condón o preservativo masculino.		18%	2%	15	2
Diafragma.		12%	6%	-	-
Anticonceptivos orales combinados.		9%	0.3%	8	0.3
Anticonceptivos orales progestina sola		9%	0.3%	8	0.3
Parches.		9%	0.3%	8	0.3
Anillos vaginales.		9%	0.3%	8	0.3
Acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg.		6%	0.2%	3	0.3
Dispositivo intrauterino T de Cobre.		0.8%	0.6%	0.8	0.6
Dispositivo intrauterino con Levonorgestrel.		0.2%	0.2%	0.2	0.2
Implantes.		0.05%	0.05%	0.05	0.05
Ligadura de trompas o esterilización femenina.		0.5%	0.5%	0.5	0.5
Vasectomía o esterilización masculina.		0.15%	0.10%	0.15	0.10
MELA (Método de la Lactancia Exclusiva) Es altamente efectivo, método temporal o transitorio de anticoncepción.				2	0.9
Pastillas de anticoncepción de emergencia luego de relaciones sexuales no protegidas reducen sustancialmente el riesgo de embarazo.					
Clave.	0 a 0.9 muy eficaz.	1 a 9 eficaz.	10 a 25 moderadamente eficaz.	26 a 32 menos eficaz.	

- * Personas que experimentan un embarazo no planificado sin haber dejado de utilizar el método elegido desde hace un año o menos, usando el método de forma habitual.
- ** Personas que experimentan un embarazo no planificado, mientras utilizan el método en forma perfecta (sistemática y correcta) desde hace un año o menos.



Métodos anticonceptivos de corta duración

Métodos hormonales

Son distintos preparados anticonceptivos que contienen hormonas femeninas que pueden administrarse por vía oral, intramuscular, subdérmica, cutánea, vaginal o a través de un DIU con hormonas.

Anticonceptivos orales (AO)

Se clasifican en:

- a. Combinados monofásicos.
- b. Minipíldora o anticonceptivos solo de progestágenos.

Anticonceptivos orales combinados monofásicos (AOC)

Se componen de un estrógeno más un progestágeno. Todas las grageas tienen igual dosis de estrógenos y progesterona (de allí la denominación de monofásicos).

Mecanismo de acción

- Principal mecanismo: impiden la ovulación a través de la inhibición de la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis.
- Alteran el moco cervical volviéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides.

Inicio del método

- **En cualquier momento del mes**
 - Dentro de los primeros 5 días de la menstruación. No necesita otro método de respaldo.



- Si han pasado 5 días desde el inicio de la menstruación, se puede comenzar el AOC en cualquier momento, si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada. Necesita un método de respaldo durante los primeros 7 días de uso del anticonceptivo. Si existe duda de una gestación, ofrecer condones u otros métodos de barrera y explicar que comience a tomar los AOC durante la próxima menstruación.
- **Sin menstruación (no relacionado con parto o lactancia).** Puede comenzar en cualquier momento si existe una certeza razonable de que no está embarazada. Requerirá un método de respaldo para los primeros 7 días de tomar la píldora.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Cambio de método

- **De otros métodos anticonceptivos a AOC.** Iniciar inmediatamente si ha estado utilizando el método hormonal o de barrera de manera sistemática y correcta, o si existe certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar la próxima menstruación.
 - **De inyección a píldora.** Comenzar el día que debería aplicar una nueva dosis de inyección. Puede ser uno o dos días antes y no requiere método de respaldo. En el caso de retraso se debe recomendar la abstinencia sexual o el uso de un método de barrera, como respaldo por 7 días.
 - **Diferentes dosis de píldoras.** Aplicar el intervalo recomendado para la nueva píldora, en el caso de retraso, implementar abstinencia sexual o usar un método de barrera como respaldo por 7 días.
 - **Método no hormonal.** Se debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el método a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, método basado en la fertilidad, condones) y si han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación.
- Si desea **cambiar el uso de AOC por otro método**, puede hacerlo en cualquier momento. Evaluar la necesidad de uso de métodos anticonceptivos de respaldo.

Modo de uso o discontinuación

- Existen varias formas de uso:
 - Uso de 21 días y descanso de 7 días para las presentaciones de 21 comprimidos. Para presentaciones de 28 comprimidos se toman las 21 o 24 pastillas activas según corresponda, se continúa con las 7 o 4 pastillas placebo y al finalizar el blíster se inicia la toma del siguiente blíster sin pausa.



- **Uso prolongado.** Usar solo píldoras monofásicas de dosis baja (30mcg de enantato de estradiol-EE). Se debe tomar 84 días seguidos (12 semanas), y descansar 7 días. Recomenzar otro ciclo de 84 días. Nunca tomar las píldoras placebo.
- **Uso continuo.** Usar solo píldoras monofásicas de dosis baja. Tomar sin pausas, una por día. Si se presenta sangrado, parar cuatro días y luego continuar tomando todos los días. Nunca tomar las píldoras placebo.
- Interrupción del método. Puede realizarse en cualquier momento que decida la usuaria. Informar siempre que se producirá un retorno rápido de la fertilidad.

Beneficios del uso prolongado y continuo de AOC

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

Desventajas del uso prolongado y continuo

- El sangrado irregular puede durar hasta los primeros 6 meses de uso, especialmente en mujeres que nunca antes han usado anticonceptivos orales combinados.
- Se necesita mayor provisión de insumos: 15 a 17 blísteres al año, en vez de 13.

Criterios de elegibilidad 3

- Mujer que amamanta ≥ 6 semanas a <6 meses posparto.
- Mujer que no amamanta con < 21 días posparto sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer que no amamanta con >21 días hasta 42 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial con sistólica de 140 a 59 mmHg y/o diastólica de 90 a 99 mmHg.
- Antecedente de hipertensión arterial que no puede ser evaluado.
- Mujer de >35 años fumadora de <15 cigarrillos/día.
- Mujer de < 35 años con migraña sin aura; criterio 2 para iniciar y criterio 3 para continuar.
- Mujer de ≥ 35 años con migraña sin aura, criterio 3 para iniciar.



- Antecedente patológico personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.
- Enfermedad de vesícula biliar actual o en tratamiento médico. Criterio 2 para mujeres colecistectomizadas.
- Antecedente de colestasis.
- Uso de rifampicina, rifabutina o anticonvulsivantes.
- Terapia anticonvulsivante con fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, oxcarbazepina, primidona, topiramato o tratamiento con lamotrigina sin asociarlo a carbamazepina o a valproato de sodio.

Criterios de elegibilidad 4

- Mujer que amamanta con <6 semanas posparto.
- Mujer que no amamanta con < 21 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer de >35 años, fumadora de ≥ 15 cigarrillos/día.
- Hipertensión arterial severa con presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg.
- Enfermedad tromboembólica conocida o trombosis venosa profunda.
- Accidente cerebrovascular actual o antecedente.
- Cardiopatía isquémica actual o antecedente.
- Cáncer de mama actual.
- Mujer de > 35 años con jaqueca sin aura, criterio 4 para continuar.
- Jaqueca con aura a cualquier edad.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Anticuerpos antifosfolípidos positivos.
- Vasculopatía.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedente de endocarditis bacteriana).
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos fosfolipídicos desconocidos o positivos.



- Cirrosis severa descompensada. (La cirrosis de moderada severidad compensada es criterio 1).
- Adenoma hepatocelular o cáncer hepático.

Criterios de elegibilidad 3/4

- Tres o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. (Por ejemplo: edad mayor a 35 años, fumadora, índice de masa corporal igual o superior a 35, diabetes, hipertensión, dislipidemia diagnosticada).
- Diabetes con neuropatía, nefropatía o retinopatía.
- Hepatitis viral aguda o actual, criterio 3/4 para iniciar y 2 para continuar.
- Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración.

Olvido de una píldora activa (día 1 –21)

- Tomar la píldora olvidada apenas se recuerde.
- Tomar la correspondiente a ese día a la hora habitual.
- No es necesario dar un método adicional de seguridad o de respaldo.

Olvido de dos o más píldoras activas (días 1 – 21)

- Tomar la primera píldora olvidada apenas se recuerde; descartar las demás píldoras olvidadas. Tomar la correspondiente a ese día a la hora habitual.
- Abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva adicional en los próximos siete días.
- Si hubo relación sexual en el periodo de olvido: ofrecer el uso de la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE) hasta 5 días después de la relación sexual desprotegida.

Si olvidó recomenzar por dos o más días

- Comenzar el nuevo embalaje.
 - Abstinencia sexual o usar protección anticonceptiva en los próximos 7 días.
 - Anticoncepción de emergencia si tuvo relaciones sexuales.
-



Eventos secundarios

Son poco frecuentes.

NO MENSTRUALES (< 10%)	MENSTRUALES (más comunes)
Náuseas (+ común en los 3 primeros meses).	Manchas o sangrado en los intervalos entre las menstruaciones (spotting).
Cefalea leve.	
Sensibilidad mamaria.	Amenorrea.
Leve aumento de peso, nerviosismo, acné.	

- Spotting (goteo) o sangrado irregular. Procurar tomar la píldora todos los días a la misma hora.

Situaciones especiales

Ante la presencia de:

- Vómitos. Si ocurre hasta una hora después de tomar la píldora, debe tomar otra píldora.
- Diarrea grave o vómitos durante más de 24 horas. Continuar tomando, si es posible. Abstinencia sexual o método de barrera hasta que haya tomado la píldora durante 7 días seguidos.

Interacciones medicamentosas

- Rifampicina y rifabutina. Disminuyen las concentraciones séricas de los componentes de los AOC, reduciendo su efectividad.
- Anticonvulsivantes. Estos medicamentos son inductores de enzimas hepáticas y reducen la eficacia del AOC.

Provisión de insumos

Los servicios con oferta gratuita de insumos, deberán prever la cobertura para 6 meses a 1 año, ya que la causa más frecuente de un nuevo embarazo no planificado es no disponer del método en ciclos subsiguientes especialmente en la fecha de inicio de la toma de las cajas subsiguientes.



**Anticonceptivos Orales Combinados
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Minipíldoras o anticonceptivos solo de progestágenos

Son píldoras sólo de progestágenos, que contienen linestrenol 0,5 mg, levonorgestrel 0,030 mg, norgestrel 0,075 mg y desogestrel 0,075 mg.

Mecanismo de acción

- Impiden la ovulación, a través de la inhibición de la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis.
- Alteran el moco cervical volviéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides.

Inicio de uso

- **Fuera del período posparto.** En cualquier momento si se ha descartado embarazo.
 - Dentro de los primeros 5 días de la menstruación, no necesita método de respaldo.
 - Después del 5º día, utilizar otro método de respaldo durante 7 días.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Cambio de método

- **Cambio a anticonceptivo de progestágeno solo**
 - **De inyección a píldora.** Comenzar el día que debería aplicarse una nueva dosis de inyección. Puede ser uno o dos días antes. En caso de iniciar después, practicar abstinencia o utilizar un método de barrera como respaldo, por 7 días. Ofrecer Pastilla de Anticoncepción de Emergencia, si hubo relación sexual desprotegida y no han transcurrido más de cinco días.
 - **Diferentes dosis de píldoras.** Aplicar el intervalo recomendado para la nueva píldora. En caso de iniciar después, practicar abstinencia o utilizar un método de barrera como respaldo, por 7 días. Ofrecer Pastilla de Anticoncepción de Emergencia, si hubo relación sexual desprotegida y no han transcurrido más de cinco días.
 - **Cambio de método no hormonal.** Se debe utilizar un método de respaldo por 7 días, si el que va a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, basado en la fertilidad, condones) y si han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación.



- Si se desea **cambiar el uso de minipíldoras por otro método**, puede hacerse en cualquier momento. Evaluar la necesidad de uso de métodos de respaldo.

Modo de uso y de discontinuación

- Tomar una píldora todos los días, de preferencia en el mismo horario (si hay diferencia horaria, no debería ser de más de tres horas). No hacer intervalo entre las cajas.
- **Interrupción del método.** Puede decidirse en cualquier momento. Informar que, al hacerlo, habrá un retorno rápido de la fertilidad.

Criterios de elegibilidad 3

- Tromboembolismo pulmonar o trombosis venosa profunda actual.
- Antecedente de accidente cerebrovascular para continuar, 2 para iniciar.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos o des-conocidos.
- Antecedente de cáncer de mama sin evidencia de enfermedad actual desde hace 5 años.
- Cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer hepático.
- Terapia anticonvulsivante con: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina.
- Terapia antimicrobiana con rifampicina o rifabutina.

Criterio de elegibilidad 4

- Cáncer de mama actual.

Olvido

- Tomar la píldora olvidada apenas se recuerde.
 - Tomar la correspondiente a ese día a la hora habitual.
 - Abstinencia sexual o uso de método de apoyo por 7 días.
 - Ofrecer Pastilla de Anticoncepción de Emergencia, si hubo relación sexual desprotegida, dentro de los cinco días de la consulta.
-



Eventos secundarios

Son poco frecuentes

NO MENSTRUALES (< 10%)	MENSTRUALES (más comunes)
Náuseas (+ común en los 3 primeros meses).	Manchas o sangrado en los intervalos entre las menstruaciones. (Spotting)
Cefalea leve.	
Sensibilidad mamaria.	Amenorrea.
Leve aumento de peso, nerviosismo, acné.	

- **Spotting (goteo) o sangrado irregular.** Intentar tomar la píldora todos los días a la misma hora.
- **Amenorrea pospíldora.** No tratar antes de los 6 meses. Suele corregirse espontáneamente en el 90% de los casos. Si persiste luego de ese lapso, procurar establecer el diagnóstico etiológico.

Situaciones especiales

- Si hay vómitos hasta una hora después de tomar la píldora, tomar otra píldora.
- Si hay diarrea grave o vómitos durante más de 24 horas, continuar tomando, si es posible. Practicar abstinencia sexual o usar método de barrera hasta después que se haya tomado la píldora durante siete días seguidos.

Interacciones medicamentosas

- Rifampicina y rifabutina. Disminuyen la concentración sérica de los componentes de las minipíldoras, disminuyendo la eficacia
- Anticonvulsivantes. Estos medicamentos son inductores de enzimas hepáticas y reducen la eficacia de la píldora.

Provisión de insumos

Los servicios con oferta gratuita de insumos, deberán prever la cobertura para 6 meses a 1 año, ya que la causa más frecuente de un nuevo embarazo no planificado es no disponer del método en ciclos subsiguientes, especialmente en la fecha de inicio de la toma de la/ las cajas subsiguientes.



Anticonceptivos de Progestágeno solo
EN TIEMPOS DE COVID 19

Ver capítulo específico



Drospirenona de 4 mg.

Se ha desarrollado una nueva píldora aprobada por la FDA en mayo del 2019. Contiene progestágeno sintético, perteneciente al grupo de la espirolactona.

Es una píldora única de drospirenona que mejora el cumplimiento y reduce los efectos secundarios del empleo de píldoras de progestina sola, como sangrado irregular, ciclos cortos o largos, manchados, sangrados prolongados o amenorrea.

A diferencia de otros progestágenos, este compuesto tiene actividades parciales antimineralocorticoides, antiestrogénicas, antiandrogénicas y antigonadotrópicas, lo que ofrece ventajas en relación a otras progestinas.

La drospirenona no micronizada de 4 mg tiene las siguientes características:

1. Eficacia anticonceptiva comparable a la de los anticonceptivos orales combinados.
2. Mejor perfil de sangrado en comparación con otras formulaciones libres de estrógeno.
3. Tiene una ventana de seguridad de 24 horas si la usuaria se olvida de ingerir un comprimido. Esta es una ventaja no sólo en comparación con los anticonceptivos existentes de progestágeno solo, sino también con casi todos los anticonceptivos orales combinados.
4. Perfil de seguridad favorable, sobre todo un riesgo bajo de efectos secundarios cardiovasculares, como por ejemplo eventos tromboembólicos venosos o arteriales, que se asocian clásicamente con los estrógenos de la anticoncepción.
5. Ventaja de los efectos antimineralocorticoides y antiandrogénicos.
6. Apego y aceptación debido a la idoneidad de su administración.

Mecanismo de acción

Inhibe eficazmente la ovulación tanto en pacientes con peso dentro del rango normal, como en mujeres con sobrepeso, actuando también en el espesamiento del moco cervical y en la disminución del grosor medio del endometrio.

Inicio de uso

- **Fuera del período posparto.** En cualquier momento, si se ha descartado embarazo.
 - Idealmente se iniciará en el primer día del ciclo menstrual (primer día de sangrado).



- Dentro de los primeros 5 días de la menstruación, no necesita método de respaldo.
- Después del quinto día, utilizar otro método como respaldo, durante 7 días.
- **Mujeres en periodo de lactancia:** es considerado un método seguro tanto en el puerperio inicial (categoría 2) como 6 meses después del parto (categoría 1).
- **Después de un aborto en el primer trimestre**
 - Se recomienda empezar inmediatamente después del aborto. No es necesario usar un método de respaldo.
- **En el período posparto o luego de un aborto en el segundo trimestre**
 - Se recomienda empezar el método entre los días 21 y 28 después del evento obstétrico.
 - Si se inicia más tarde, pero antes de tener la menstruación, se debe descartar primero un embarazo y utilizar un método de respaldo durante los primeros siete días.
- **Para sustituir una anticoncepción hormonal combinada: anticoncepción oral combinada (ACO), anillo vaginal o parche transdérmico, inyectable**
 - Iniciar preferentemente el día después del último comprimido activo (el último comprimido que contiene la sustancia activa) de su anterior ACO o del día que se retira el anillo vaginal o el parche transdérmico. En estos casos, no es necesario el uso de un método de respaldo.
 - Se puede iniciar también al día siguiente del periodo de descanso habitual, utilizar un método de respaldo durante los 7 primeros días.
 - Inyectable: Empezar el día que corresponda a la siguiente inyección. No es necesario el uso de un anticonceptivo adicional.
- **Cambios a partir de un método con progestágeno solo: píldora con progestágeno solo (POP), inyección o implante, o a partir de un sistema de liberación intrauterino de progestágeno (SIU).**
 - Píldora de progestágeno solo, inyección o implante: Sustituir en cualquier momento y empezar la toma al día siguiente, dentro de las 24 horas posteriores a la interrupción del método anterior.
 - SIU o implante: Se puede iniciar el mismo día de su extracción o retiro.

Modo de uso y de discontinuación

- Tomar una píldora todos los días durante 28 días consecutivos: un comprimido activo durante los primeros 24 días y un comprimido inactivo durante los



siguientes 4 días, tomándolos aproximadamente a la misma hora, de forma que el intervalo de tiempo entre dos comprimidos sea siempre de 24 horas. Esta nueva generación de los comprimidos de progestágeno solo permite la misma “ventana de seguridad” o flexibilidad en la ingesta, que los anticonceptivos orales combinados, sin comprometer la fiabilidad anticonceptiva. No hacer intervalo entre las cajas.

- Interrupción del método: puede realizarse en cualquier momento, informar sobre el retorno a la fertilidad una vez se suspende su ingesta.

Criterios de elegibilidad 3

- Antecedente de accidente cerebrovascular para continuar, 2 para iniciar.
- Cefalea con aura a cualquier edad para continuar, 2 para iniciar.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos.
- Antecedente de cáncer de mama sin evidencia de enfermedad actual desde hace 5 años.
- Cirrosis severa descompensada.
- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer hepático.
- Terapia anticonvulsivante con: fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramate, oxcarbazepina.
- Terapia antimicrobiana con rifampicina o rifabutina.
- Cirugía bariátrica con técnica malabsortiva.

Criterio de elegibilidad 4

- Cáncer de mama actual.

En caso de olvido

- Tomar la píldora olvidada apenas se recuerde.
 - Tomar la correspondiente a ese día a la hora habitual.
 - Practicar abstinencia sexual o usar método de apoyo por 7 días.
 - Ofrecer Pastilla de Anticoncepción de Emergencia, si hubo relación sexual desprotegida, dentro de los cinco días de la consulta.
-



Eventos que pueden presentarse

NO MENSTRUALES	MENSTRUALES
Cefalea	Manchas o sangrados intermenstruales (spotting)
Náuseas	
Mastalgia	Dismenorrea
Cambios de humor	
Acné	Amenorrea
Ligero aumento de peso	

Situaciones especiales

- **Vómitos o diarrea:** Si se producen vómitos en las 3-4 horas siguientes a la toma del comprimido, se debe tomar un nuevo comprimido (de reemplazo) lo antes posible. Se debe tomar, si es posible, dentro de las 12 horas siguientes a la hora habitual en la que se toman los comprimidos. Si la nueva toma se realiza luego de pasadas esas 12 horas, utilizar un método de respaldo por 7 días.

Interacciones medicamentosas

- Sustancias que aumentan el aclaramiento de hormonas anticonceptivas (disminución de la eficacia anticonceptiva debido a la inducción enzimática), por ejemplo: barbitúricos, carbamazepina, fenitoína, primidona, rifampicina y medicación para el VIH (ritonavir, nevirapina y efavirenz), oxcarbazepina y topiramato, entre otros.

Sobredosis

- No se han notificado casos importantes de sobredosis. Los síntomas que pueden ocurrir en este caso son: náuseas, vómitos y sangrado vaginal leve.
- No hay ningún antídoto y el tratamiento debe ser sintomático.
- La drospirenona es un análogo de la espironolactona que posee propiedades anti-mineralocorticoides. En caso de sobredosis, deben monitorizarse el potasio y sodio sérico y pruebas de acidosis metabólica.

Drospirenona 4 mg en adolescentes

- Ha sido posicionada como la opción anticonceptiva ideal para adolescentes de entre 12 y 17 años.



- No se han registrado efectos secundarios graves relacionados con su uso. Tiene calificación “excelente” o “buena” en lo que respecta a la tolerabilidad.
- No se han informado efectos nocivos en un régimen posológico de 24/4 días, no parecen suprimir los niveles séricos de estradiol por debajo de 30 pg/ml, que es considerado un nivel de corte para efectos perjudiciales en el hueso.

Anticonceptivos inyectables

Se los clasifica como:

- a. Mensuales combinados.
- b. De acción prolongada.

Inyectables mensuales combinados

Están formados por la combinación de un estrógeno de acción prolongada con un gestágeno de acción corta.

Mecanismo de acción

- Principal mecanismo: Impiden la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis.
- Alteran el moco cervical haciéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides.

Inicio de uso

- Se puede comenzar con los inyectables en cualquier momento si hay seguridad razonable de que la mujer no está embarazada.
 - De preferencia aplicar en la primera semana del ciclo, entre el primer y quinto día. Si se inicia después, se necesitará un método de respaldo durante los primeros 7 días siguientes a la inyección.



Cambio de método

- **Desde un método hormonal**

- Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta. No hay necesidad de método de respaldo.
- De no ser así, y habiendo seguridad razonable de que no está embarazada, no precisa esperar su próxima menstruación, pero necesita un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección o practicar la abstinencia.
- Si está sustituyendo otro inyectable, puede comenzar con el nuevo cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
- En caso de uso de la PAE, puede iniciar los inyectables el mismo día, sin esperar la próxima menstruación. Ofrecer un método de respaldo los primeros 7 días siguientes a la inyección.

- **Desde un método no hormonal.** Se debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el método a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, método basado en la fertilidad, condones) y si han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación.

- **Mujeres post evento.** Ver capítulo específico.

Modo de uso y de discontinuación

- **Una sola aplicación mensual.** Repetir inyección cada 30 días. Tener en cuenta que esta puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días. No necesita de otro método de respaldo.
- Se presenta en suspensión inyectable intramuscular. No masajear el lugar de la inyección. Tiene una duración de 1 mes. Si la mujer vive lejos o tiene dificultades para llegar al servicio, facilitar la dotación de anticonceptivos hasta para un año, explicando que la aplicación debe ser intramuscular y cómo se debe almacenar el anticonceptivo.

Interrupción del método. La usuaria puede decidir dejar de utilizar el método. En ese caso, informarle sobre el retorno rápido de la fertilidad.

Los inyectables hormonales combinados tienen los mismos criterios de elegibilidad que los anticonceptivos orales combinados.



Criterios de elegibilidad 3

- Mujer que amamanta ≥ 6 semanas a <6 meses posparto.
- Mujer que no amamanta con < 21 días posparto sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer que no amamanta con >21 días hasta 42 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial con sistólica de 140 a 159 mmHg y/o diastólica de 90 a 99 mmHg.
- Antecedente de hipertensión arterial que no puede ser evaluada.
- Mujer de >35 años fumadora de <15 cigarrillos/día.
- Mujer de < 35 años con migraña sin aura; criterio 2 para iniciar y criterio 3 para continuar.
- Mujer de ≥ 35 años con migraña sin aura, criterio 3 para iniciar.
- Antecedente patológico personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.
- Enfermedad de vesícula biliar actual o en tratamiento médico. Criterio 2 para mujeres colecistectomizadas.
- Antecedente de colestasis.
- Uso de rifampicina, rifabutina o anticonvulsivantes.
- Terapia anticonvulsivante con fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, oxcarbazepina, primidona, topiramato o tratamiento con lamotrigine sin asociarlo a carbamazepina o a valproato de sodio.

Criterios de elegibilidad 4

- Mujer que amamanta con <6 semanas posparto.
- Mujer que no amamanta con < 21 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer de >35 años, fumadora de ≥ 15 cigarrillos/día.
- Hipertensión arterial severa con presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o diastólica ≥ 100 mmHg.
- Enfermedad tromboembólica conocida o trombosis venosa profunda.
- Accidente cerebrovascular actual o antecedente.



- Cardiopatía isquémica actual o antecedente.
- Cáncer de mama actual.
- Mujer de > 35 años con jaqueca sin aura, criterio 4 para continuar.
- Jaqueca con aura a cualquier edad.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Anticuerpos antifosfolípidos positivos.
- Vasculopatía.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedente de endocarditis bacteriana).
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos fosfolipídicos desconocidos o positivos.
- Cirrosis severa descompensada. (La cirrosis de moderada severidad compensada es criterio 1).
- Adenoma hepatocelular o cáncer hepático.

Criterios de elegibilidad 3/4

- 3 o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. (Por ejemplo: edad mayor a 35 años, fumadora, índice de masa corporal igual o superior a 35, diabetes, hipertensión, dislipidemia diagnosticada).
- Diabetes con neuropatía, nefropatía o retinopatía.
- Hepatitis viral aguda o actual, criterio 3/4 para iniciar y 2 para continuar.
- Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración.

Manejo de inyecciones tardías de anticonceptivos combinados

- Para la primera inyección: si han pasado más de 7 días desde el inicio de la menstruación, se puede comenzar con inyectables en cualquier momento, siempre y cuando se tenga la certeza de que la mujer no esté embarazada. Ofrecer un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección.
- Si hay un atraso menor de 7 días para repetir la inyección, administrar la dosis. No se necesitan exámenes, evaluación, ni método de respaldo.



- Si cuando debe repetir la inyección la usuaria tiene más de 7 días de atraso, necesitará un método de respaldo o abstinencia los primeros 7 días siguientes a su aplicación, y puede recibir su próxima dosis si:
 - No ha tenido sexo desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido su última inyección.
 - Ha utilizado un método de respaldo o ha tomado anticonceptivos orales de emergencia (PAE) después de tener sexo no protegido desde 7 días después de la fecha en que debería haber recibido la última inyección.
- Si son más de 7 días de atraso y no cumple con los dos criterios mencionados en el ítem anterior, se debe comprobar con otros métodos de diagnóstico que la mujer no esté embarazada, y mientras ofrecerle un método de barrera, como los preservativos o recomendarle abstinencia.

Eventos secundarios

Pocos efectos secundarios, pero más alteraciones menstruales que con las píldoras.

NO MENSTRUALES (< 10%)	MENSTRUALES (más comunes)
Náuseas (+ común en los 3 primeros meses).	Manchas o sangrado en los intervalos entre las menstruaciones. (Spotting)
Cefalea leve.	
Sensibilidad mamaria.	Amenorrea.
Leve aumento de peso, nerviosismo, acné.	

Provisión de insumos

Los servicios con oferta gratuita de insumos deberán proveer a la usuaria una dotación para 6 meses a 1 año, particularmente a mujeres provenientes de sitios alejados o con poca accesibilidad. Se debe informar sobre la manera en que se deben guardar y usar los viales.



**Anticonceptivos Inyectables Combinados
EN TIEMPOS DE COVID 19**

Ver capítulo específico



Anticonceptivos inyectables de acción prolongada

Los anticonceptivos inyectables de progestina sola no contienen estrógeno. Se dispone de presentaciones de acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) de 150 mg y de 104 mg, y de anticonceptivos con enantato de noretisterona (Net-EN). Para prevenir el embarazo, se aplica una inyección cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable.

Los inyectables de acción prolongada y los mensuales combinados son similares en cuanto a eficacia y seguridad, excepto que una mayor cantidad de mujeres que usan AMPD tienen amenorrea. Para elegir entre los dos inyectables se deben aplicar los criterios de elegibilidad.

Mecanismo de acción

- Principal mecanismo: Impiden la ovulación a través de la inhibición de la secreción de la hormona folículo estimulante (FSH) y de la hormona luteinizante (LH) por parte de la hipófisis.
- Alteran el moco cervical haciéndolo hostil y difícilmente penetrable por los espermatozoides.

La eficacia depende de la puntualidad: el mayor riesgo de embarazo es cuando la mujer se atrasa en su inyección o la omite.

Inicio de uso

- **Mujer que iniciará anticoncepción**
 - En cualquier momento del mes, si comienza en un plazo de 5 días para el AMPD de 104 mg y para el enantato de noretisterona, y hasta 7 días posteriores al inicio de la menstruación para el AMPD 150 mg.
 - Si han pasado más de 5 días del inicio del ciclo menstrual (AMPD de 104 mg o Net-EN) o más de 7 días (AMPD de 150 mg), y si hay seguridad razonable de que no está embarazada, se puede aplicar la dosis, pero necesitará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección o practicar la abstinencia.

Cambio de método

- **Mujer que cambiará de un método hormonal**
 - Inmediatamente, si ha estado utilizando el método hormonal de manera sistemática y correcta. No hay necesidad de método de respaldo.



- De no ser así, y si existe seguridad de que no está embarazada, no precisa esperar su próxima menstruación, pero necesita un método de respaldo los primeros 7 días después de la inyección o practicar la abstinencia.
- Si está sustituyendo otro inyectable, puede comenzar con el nuevo cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
- **Mujer que cambiará de método no hormonal.** Debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el método a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, método basado en la fertilidad, condones) y si han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación. Si se está cambiando de un DIU, puede comenzar con inyectables inmediatamente, idealmente antes de retirarlo.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Modo de uso y discontinuidad

- **Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) 150 mg.** Para aplicación intramuscular cada 3 meses. Inyección IM profunda (150 mg) cada tres meses. No tratar amenorrea. No masajear el lugar de la inyección.
- **Acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) 104 mg.** Para aplicación subcutánea cada 2 meses. Agitar la suspensión con fuerza antes de aplicarla en el muslo anterior o en el abdomen. La dosis no necesita ser ajustada por peso corporal. No masajear el lugar de la inyección.
- **Enantato de Noretisterona (Net-EN).** Para aplicación intramuscular cada 2 meses. El NET-EN afecta los patrones de sangrado en menor medida que los AMPD. Las usuarias de NET-EN tienen menor cantidad de días de sangrado en los primeros 6 meses y son menos proclives a no presentar menstruación después de un año, que las usuarias de AMPD.
- **Provisión.** Agendar la cita para la aplicación de las siguientes dosis. Los servicios con oferta gratuita de insumos, deberán prever la dotación de insumos a la usuaria para 6 meses a 1 año, particularmente a mujeres provenientes de sitios alejados o con poca accesibilidad. Se debe informar sobre la manera en que se deben guardar y usar los viales.
- **Cambio de método.** Pueden cambiarse a otro en cualquier momento que decida la usuaria. Usar método complementario o abstinencia por 7 días si es necesario.

Descarte las jeringas descartables y las agujas de manera segura.



Criterios de elegibilidad 3

- Mujeres que amamantan con <6 semanas posparto.
- Hipertensión severa con presión sistólica ≥ 160 mmHg o presión diastólica ≥ 100 mmHg.
- Enfermedad vascular.
- Trombosis venosa profunda o embolismo pulmonar activo.
- Antecedente patológico personal de cardiopatía isquémica o cuadro actual.
- Antecedente patológico personal de accidente cerebrovascular.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos no estudiados o positivo.
- Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa, criterio 3 para inicio, para continuar es criterio 2.
- Migraña con aura a cualquier edad, criterio 3 para continuar anticoncepción. Para iniciar es criterio 2.
- Sangrado vaginal sin evaluación, con sospecha de condición severa. (Si se sospecha de embarazo o una condición patológica como cáncer, se debe evaluar para ajustar criterio).
- Antecedente de cáncer de mama sin evidencia de recurrencia de más de 5 años.
- Diabetes con neuropatía, retinopatía o nefropatía.
- Otra enfermedad vascular o diabetes de más de 20 años de evolución.
- Cirrosis severa descompensada. (Cirrosis compensada es criterio 1)
- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer hepático.
- Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular como: edad >35 años, IMC > 35, ser fumadora, diabética, hipertensa o tener dislipidemia conocida.

Criterio de elegibilidad 4

- Cáncer de mama actual.



Manejo de inyecciones tardías de progesterona sola

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para la inyección de repetición del AMPD 150 mg, o menos de 2 semanas tarde para la inyección de repetición de NET-EN, se le debe aplicar su próxima inyección sin necesidad de método de respaldo.
- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD 150 mg, o más de 2 semanas tarde para NET-EN, administrar la dosis si:
 - No tuvo relaciones sexuales desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse aplicado la última inyección.
 - Utilizó un método de respaldo o ha tomado anticonceptivos orales de emergencia después de cualquier contacto sexual sin protección desde 2 semanas después de la fecha en que debiera haberse aplicado la inyección.
 - Está alimentando a su bebé con lactancia materna exclusiva o casi exclusiva y el parto fue hace menos de 6 meses.

En los tres escenarios mencionados, deberá utilizarse un método anticonceptivo de barrera como respaldo los 7 primeros días después de la inyección.

- Si la usuaria regresa más de 4 semanas tarde para el AMPD 150 mg, o más de 2 semanas tarde para AMPD 104 mg o NET-EN, y no cumple con estos criterios, se deben utilizar otros métodos para estar seguros de que no está embarazada. Mientras, se le debe ofrecer métodos de barrera.

Efectos secundarios - Situaciones que pueden presentarse y cómo manejarlas

- **Ausencia de menstruación.** Es más frecuente con el uso de inyectables AMPD. Explicar a las usuarias que la mayoría de las mujeres que utilizan inyectables de progestágeno, y algunas que usan inyectables de hormonas combinadas pueden dejar de menstruar. Señalarles, además, que este hecho no es nocivo, que la ausencia de menstruación no es a causa de infertilidad, y que la sangre no se acumula en su organismo.
- **Sangrado irregular** (en momentos inesperados que preocupan). Aclarar que esto no es malo, y que en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso. Se puede obtener un alivio modesto y de corto plazo con 500 mg de ácido mefenámico 2 veces al día, después de las comidas, durante 5 días, o 40 mg de valdecoxib a diario durante 5 días, desde el inicio del sangrado irregular. Si después de varios meses sigue habiendo sangrado irregular, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, pensar en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método.



- **Aumento de peso.** Revisar la dieta y aconsejar según las necesidades.
- **Distensión y molestia abdominal.** Considerar medicamentos disponibles localmente.
- **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo usual o más de 8 días de duración).** Indicar a la usuaria que el sangrado no tiene consecuencias y que en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso del método. Se puede obtener un leve alivio y de corto plazo probando los siguientes medicamentos (uno a la vez), comenzando cuando empiece el sangrado profuso:
 - 500 mg de ácido mefenámico dos veces al día, después de las comidas, durante 5 días.
 - 40 mg de valdecoxib a diario, durante 5 días.
 - 50 microgramos de etinilestradiol a diario, durante 21 días.
- **Si el sangrado es importante o inexplicado (que sugiere una patología médica no relacionada con el método) o si la usuaria lo desea, ayudarla a elegir otro método.** Investigar la posible causa. Mientras tanto, se puede usar uno de los tratamientos descritos anteriormente para facilitar la disminución del sangrado. Para prevenir la anemia, indicar suplementos de hierro y recomendar la ingesta de alimentos que lo contengan. Si no se encuentra una causa para el sangrado, considerar interrumpir los inyectables de progestágeno solo, para facilitar el diagnóstico.
- **Si después de varios meses sigue el sangrado profuso o prolongado, o si aparece luego de que se haya normalizado, después de un tiempo sin menstruación, sospechar y evaluar la presencia de algún tipo de patología subyacente no vinculada al uso del método.**
- **Cefaleas comunes (no migrañosas)**
 - Sugerir aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
 - Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.
- **Cambios de humor o del deseo sexual.** Realizar consejería en sexualidad.
- **Mareos.** Investigar causas.
- **Migraña:** Si la mujer presenta migraña sin aura puede continuar utilizando el método, si lo desea. Si presenta migraña con aura, no administrarle la inyección. Ayudarla a elegir un método sin hormonas.
- **Sensibilidad en los senos:** Recomendar el uso de sostén especialmente durante la actividad física intensa e inclusive al acostarse. Sugerir el uso de compre-



sas calientes o frías. Se puede administrar aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico.

Los servicios con oferta gratuita de insumos, deberán prever la cobertura para 6 meses a 1 año, particularmente para aquellas mujeres que provienen de sitios alejados o con poca accesibilidad. Se debe informar sobre la forma de conservar y utilizar los viales.

Recordar que el acetato de medroxiprogesterona es una suspensión. Debe ser almacenado en lugar fresco y seco y en posición vertical (esto es válido para los frascos de 150 mg). No se debe congelar (no guardar en congeladora). Antes de cargar la jeringa hay que reconstituir la suspensión agitando suavemente.



**Anticonceptivo Inyectable de Acción Prolongada
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)

Anillo vaginal

Es un anillo de contenido hormonal que se coloca en la vagina. Es un método manejado por la usuaria. Ofrece un mejor control del ciclo, con una liberación hormonal más constante que los AOC combinados.

El anillo vaginal de progesterona no tiene contraindicaciones médicas, ni efectos sistémicos.

Tipos de anillos

Existen 2 tipos de anillos:

- El combinado (con estrógeno y progestágenos) se usa por 3 semanas y se descansa una, reemplazándose luego por uno nuevo.
- De progesterona solo. Se inserta en la vagina, se utiliza durante un máximo de tres meses y se reemplaza por uno nuevo inmediatamente, sin descanso.



Mecanismo de acción

Liberan progestágeno con estrógeno, o solo progesterona, dentro de las paredes vaginales hasta llegar al torrente sanguíneo, impidiendo la ovulación y espesando el moco cervical, lo que dificulta el paso de los espermatozoides.

Anillo vaginal combinado

Inicio de uso

- **En cualquier momento del mes**
 - Dentro de los 5 días del inicio de la menstruación no precisa método de respaldo.
 - Después de los 5 días de iniciada la menstruación, se puede comenzar a utilizarlo en cualquier momento, siempre que exista certeza de que la usuaria no está embarazada. Brindar un método de respaldo los primeros 7 días. Si no se tiene la seguridad de que no hay embarazo, se debe ofrecer condones a la usuaria y explicarle que recién durante su próxima menstruación podrá comenzar su uso sin respaldo.

Cambio de método

- **De otro método a anillo vaginal**
 - Inmediatamente, si existe certeza razonable de que la usuaria no está embarazada. No es necesario esperar la próxima menstruación si el método a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, basados en la fertilidad, condones) y han pasado hasta 5 días del inicio de la menstruación. Se debe utilizar un método de respaldo por 7 días. si el método a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, basados en la fertilidad, condones) y han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación.
 - Si la usuaria decide cambiar los inyectables, puede comenzar a usar el anillo vaginal de hormonas combinadas cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No requiere método de respaldo.
- **En ausencia de menstruación.** Cuando ello no esté relacionado con parto o lactancia, se puede comenzar a utilizar el anillo en cualquier momento, si la usuaria no está embarazada. Requerirá un método de respaldo para los primeros 7 días de uso.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Criterios de elegibilidad 3

- Mujer que amamanta, ≥ 6 semanas a <6 meses posparto.



- Mujer que no amamanta, con < 21 días posparto, sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer que no amamanta, con >21 días hasta 42 días de posparto, con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial con sistólica de 140 a 159 y/o diastólica de 90 a 99 mmHg.
- Antecedente de hipertensión arterial que no puede ser evaluada.
- Mujer de >35 años de edad, fumadora de <15 cigarrillos/día.
- Mujer < 35 años de edad con migraña sin aura; criterio 2 para iniciar y criterio 3 para continuar.
- Mujer de ≥ 35 años de edad con migraña sin aura; criterio 3 para iniciar.
- Antecedente personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.
- Enfermedad de vesícula biliar actual o en tratamiento médico. Criterio 2 para mujeres colecistectomizadas.
- Antecedente de colestasis.
- Uso de rifampicina, rifabutina o anticonvulsivantes.
- Terapia anticonvulsivante con fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, oxcarbazepina, primidona, topiramato o tratamiento con lamotrigina sin asociarlo a carbamazepina o a valproato de sodio.

Criterios de elegibilidad 4

- Mujer que amamanta, con <6 semanas de posparto.
- Mujer de >35 años de edad, fumadora de ≥ 15 cigarrillos/día.
- Mujer que no amamanta, con < 21 días de posparto, con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial severa, con presión sistólica ≥ 160 mmHg y/o presión diastólica ≥ 100 mmHg.
- Cáncer de mama actual.
- Enfermedad tromboembólica conocida o trombosis venosa profunda.
- Antecedente patológico personal de accidente cerebrovascular o enfermedad actual.
- Jaqueca con aura a cualquier edad.
- Mujeres de > 35 años de edad con jaqueca sin aura, criterio 4 para continuar.



- Antecedente patológico personal de cardiopatía isquémica o enfermedad actual.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos desconocidos o positivos.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedente de endocarditis bacteriana).
- Hepatitis viral activa.
- Cirrosis severa descompensada. La cirrosis de moderada severidad compensada es criterio 1.
- Adenoma hepatocelular o cáncer hepático.

Criterios de elegibilidad 3/4

- 3 o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. (Por ejemplo: edad mayor a 35 años, ser fumadora, índice de masa corporal igual o superior a 35, diabetes, hipertensión, dislipidemia diagnosticada).
- Diabetes con neuropatía, nefropatía o retinopatía.
- Hepatitis viral aguda, criterio 3/4 para iniciar y 2 para continuar.
- Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración.

Modo de uso

- El personal de salud debe enseñar y explicar cómo se debe insertar el anillo.
- La mujer puede elegir la posición en la que se siente más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.
- Debe apretar los lados opuestos del anillo, aproximándolos y presionar suavemente el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta, pero la inserción debe ser bien profunda, lo cual ayuda a que quede en su lugar y a que existan menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.
- El anillo con hormonas combinadas se debe mantener colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas.
- Para retirar el anillo, la mujer debe engancharlo con su dedo índice o apretarlo entre sus dedos índice y medio, y estirarlo hacia afuera.



- Al retirarlo se lo debe arrojar a la basura y descansar una semana.
- Se puede retirar el anillo para tener sexo, para limpiarlo con agua limpia o por otras razones, aunque no es necesario hacerlo. La usuaria **nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas**.
- Si el anillo se sale deslizándose, hay que enjuagarlo solo con agua limpia (no utilizar jabones u otros productos) y colocárselo inmediatamente.

Situaciones que pueden presentarse y cómo solucionarlas

- **Uso inadecuado del anillo vaginal de hormonas combinadas**

- Si se lo dejó de utilizar por más de 3 horas, entre la primera y segunda semana de uso: volver a insertar inmediatamente el mismo anillo lo antes posible, hasta completar las 3 semanas, o colocarse uno nuevo durante 3 semanas comenzando un nuevo ciclo. Emplear un método de respaldo durante los 7 días siguientes.
- Si se lo dejó de usar por más de 3 horas en la tercera semana de uso: interrumpir el ciclo actual, eliminar el anillo, y ofrecer un método de respaldo durante los 7 días siguientes. Si se utilizó el anillo de manera continua y correcta durante los últimos 7 días, no volver a colocárselo, descansando durante 7 días y luego insertarse uno nuevo combinado, comenzando un nuevo ciclo.
- Si la usuaria estuvo más de 7 días sin insertarse un nuevo anillo o lo mantuvo colocado durante más de 4 semanas, implantar uno nuevo lo antes posible para iniciar un nuevo ciclo de 4 semanas. Utilizar un método de respaldo durante la primera semana. Además, si la usuaria se inserta un nuevo anillo con 3 o más días de atraso y tuvo relaciones sexuales sin protección dentro de los últimos 5 días, considerar ofrecer anticonceptivos orales de emergencia.

- **Cambios en la menstruación**

- Sangrado más leve y con duración menor a un día: tranquilizar a la usuaria, recordarle el uso correcto.
- Sangrado irregular: informar a la usuaria que no es peligroso y que habitualmente el sangrado disminuye o desaparece después del primer año de uso del anillo. Puede ofrecerse para un alivio a corto plazo: AINES, o anticonceptivos orales combinados con progestágeno durante 21 días, o 50 microgramos, etinilestradiol diariamente durante 21 días.
- Sangrado prolongado: averiguar otras causas.
- No hay menstruación: explicar a la usuaria que esto puede darse. Recordar uso correcto del anillo.



- **Cefaleas.** Evaluar causa.
- **Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis).** Realizar cultivo y tratar; o tratamiento sindromático si no hay posibilidades de realizar cultivo.

Anillo vaginal de progesterona (AVP)

Inicio

El anillo vaginal de progesterona (AVP) sola, libera aproximadamente 10mg/día de hormona y ha sido recientemente incluido en el listado básico de medicamentos de la OMS.

Este tipo de anillo se coloca en la vagina después de 4 semanas del parto cuando la mujer está en lactancia exclusiva y con amenorrea.

Su uso está recomendado como criterio de elegibilidad 1 para mujeres que amamantan activamente (por ejemplo, al menos cuatro episodios de amamantamiento por día) a partir de las 4 semanas de parto, para mantener la eficacia del método.

Modo de uso

Se mantiene continuamente en la vagina y es reemplazado cada 3-4 meses por otro, mientras dura la lactancia o hasta que se cumple un año del parto.

El personal de salud debe enseñar y explicar cómo se debe insertar el anillo.

- La usuaria puede elegir la posición en la que se sienta más cómoda, por ejemplo, de pie con una pierna levantada, en cuclillas o acostada.
- Debe apretar los lados opuestos del anillo aproximándolos y presionar suavemente el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta, pero la inserción debe ser bien profunda, lo cual ayuda a que quede en su lugar y a que existan menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.
- Se debe mantener el anillo vaginal con progesterona sola colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 meses.
- Para retirar el anillo, la usuaria debe engancharlo con su dedo índice, o apretarlo entre sus dedos índice y medio y estirarlo hacia afuera.
- Al retirarlo debe arrojarlo a la basura y reemplazarlo de inmediato.



- Puede retirar el anillo para tener sexo, para limpiarlo con agua limpia o por otras razones, aunque no es necesario hacerlo. **Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas.**
- Si el anillo se sale deslizándose, se lo debe enjuagar solo con agua limpia (no utilizar jabones u otros productos) y volver a colocárselo inmediatamente.

El uso del AVP no requiere cuidado diario por parte de la usuaria, puede discontinuarse a voluntad y la autoadministración es percibida como una ventaja por muchas mujeres.

Situaciones que pueden presentarse y cómo solucionarlas

- **Cambios en la menstruación**
 - Sangrado más leve y menor a un día: tranquilizar a la usuaria, recordarle el uso correcto.
 - Sangrado irregular: informar a la usuaria que no es peligroso y que habitualmente disminuye o desaparece después del primer año de uso. Puede ofrecerse para un alivio a corto plazo AINES.
 - Sangrado prolongado: averiguar otras causas.
 - No hay menstruación: explicar a la usuaria que esto puede darse. Recordar uso correcto del anillo.
- **Cefaleas.** Evaluar causa.
- **Irritación, rubor, o inflamación de la vagina (vaginitis).** Realizar cultivo y tratar; o tratamiento sindromático si no hay posibilidades de realizar cultivo.



**Uso de Anillos Vaginales
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)

Parche combinado

Es un plástico pequeño, delgado, cuadrado y flexible que se adhiere a la piel y libera continuamente un progestágeno y un estrógeno, directamente a través de la piel al torrente sanguíneo.

Se usa un parche cada semana por 3 semanas, se descansa en la cuarta, semana en la que la mujer tendrá su menstruación.



Mecanismo de acción

- Principal mecanismo, impide la ovulación a través de la inhibición de la secreción de FSH y LH por parte de la hipófisis.
- Altera el moco cervical, dificultando el paso de los espermatozoides.

Inicio de uso

- **En cualquier momento del mes**
 - Dentro de los 5 días de iniciada la menstruación, no precisa método de respaldo.
 - Si han pasado 5 días desde el inicio de la menstruación, se puede comenzar en cualquier momento si no existe un embarazo en curso. Brindar un método de respaldo los primeros 7 días. Si no hay embarazo, ofrecer condones y explicarle a la usuaria que comience a utilizar el parche en los 5 primeros días de la próxima menstruación.
- **Cambio de método**
 - Inmediatamente, si se ha estado utilizando el método hormonal o de barrera de manera sistemática y correcta, o si existe certeza de que no hay embarazo. No requiere esperar la próxima menstruación. Se debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el que va a ser reemplazado no es hormonal (ej. T de Cobre, basado en la fertilidad, condones) y han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación.
 - Si la usuaria decide cambiar los inyectables, puede comenzar a usar el parche hormonal combinado cuando le correspondería recibir la repetición de la inyección. No precisa método de respaldo.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Criterios de elegibilidad 3

- Mujer que amamanta, ≥ 6 semanas a <6 meses posparto.
- Mujer que no amamanta, con < 21 días de posparto, sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Mujer que no amamanta, con >21 días hasta 42 días de posparto, con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial con sistólica de 140 a 159 y/o diastólica de 90 a 99 mmHg.
- Antecedente de hipertensión que no puede ser evaluada.



- Mujer de >35 años de edad, fumadora de <15 cigarrillos/día.
- Migraña sin aura en < 35 años; criterio 2 para iniciar y criterio 3 para continuar.
- Migraña sin aura en \geq 35 años, criterio 3 para iniciar.
- Antecedente patológico personal de cáncer de mama y sin evidencia de enfermedad activa durante 5 años.
- Enfermedad de vesícula biliar actual o en tratamiento médico. Criterio 2 para mujeres colecistectomizadas.
- Antecedente de colestasis.
- Uso de rifampicina, rifabutina o anticonvulsivantes.
- Terapia anticonvulsivante con fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, oxcarbazepina, primidona, topiramato o tratamiento con lamotrigine sin asociarlo a carbamazepina o a valproato de sodio.

Criterios de elegibilidad 4

- Mujer que amamanta <6 semanas posparto.
- Mujer de >35 años de edad, fumadora de \geq 15 cigarrillos/día.
- Mujer que no amamanta, con < 21 días de posparto, con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial severa, con presión sistólica \geq 160 mmHg y/o presión diastólica \geq 100mmHg.
- Cáncer de mama actual.
- Enfermedad tromboembólica o trombosis venosa profunda.
- Accidente cerebrovascular actual o antecedente.
- Jaqueca con aura a cualquier edad.
- Jaqueca sin aura en mujeres > 35 años, criterio 4 para continuar.
- Cardiopatía isquémica actual o antecedente.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Mutaciones trombogénicas conocidas.
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolípidos positivos o desconocidos.
- Valvulopatía cardíaca complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, antecedente de endocarditis bacteriana)



- Enfermedades hepáticas: hepatitis viral activa, cirrosis severa descompensada. La cirrosis de moderada severidad compensada es criterio 1.
- Adenoma hepatocelular o cáncer hepático.

Criterios de elegibilidad 3/4

- 3 o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. (Por ejemplo: edad mayor a 35 años, ser fumadora, índice de masa corporal igual o superior a 35kg m², diabetes, hipertensión, dislipidemia diagnosticada).
- Diabetes con neuropatía, nefropatía o retinopatía.
- Hepatitis viral aguda (3/4).
- Otra enfermedad vascular o diabetes de > 20 años de duración.

Modo de uso

- Con las manos limpias y secas abrir la bolsa de papel de aluminio a lo largo del borde, sin afectar al parche.
- Retirar el parche y despegar la capa de atrás sin tocar la superficie pegajosa.
- Explicar cuáles son los lugares de aplicación. Estos son: parte superior externa del brazo, espalda, epigastrio, abdomen o nalgas, en algún lugar que esté limpio y seco, pero no en las mamas.
- Una vez escogido el lugar, se debe apretar contra la piel la parte pegajosa del parche durante 10 segundos.
- Pasados los 10 segundos, deslizar el dedo a lo largo del borde para asegurarse de que se adhiera correctamente.

Siguiendo estos pasos, el parche se mantendrá fijo incluso durante el trabajo, ejercicio, natación y baño.

- Los parches deben ser cambiados semanalmente, en el mismo día y a la misma hora. En la cuarta semana se descansará del método. Ejemplo: si se coloca el primer parche un día lunes, los otros deben aplicarse los siguientes lunes.
- Para evitar la irritación no se debe aplicar el parche nuevo en el mismo lugar donde se había puesto el anterior.
- Es muy probable que se presente un sangrado menstrual durante la semana en que se no utiliza el parche.



- Nunca deben pasar más de 7 días sin que se reanude el uso. De hacerlo, se corre riesgo de embarazo.

Recordar que la eficacia de los parches se reduce en mujeres que pesan 90 kg o más.

Extracción y reemplazo tardío

- **Recambio del parche con menos de 3 días de retraso:** La usuaria debe aplicarse uno nuevo lo antes posible; considerar ese día de la semana como el nuevo día de cambio de parche y utilizar un método de respaldo los primeros 7 días de uso.
- **Recambio del parche con 3 o más días de atraso (la usuaria no usó parche durante 10 días seguidos o más y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días):** evaluar la oferta de anticonceptivos de emergencia asociados a un método de respaldo, y esperar hasta el próximo sangrado para la aplicación de otro parche.
- **Si la usuaria olvidó retirar el parche al final del ciclo del parche (semana 4),** retirarlo y comenzar el próximo ciclo el día habitual del cambio. No necesita un método de respaldo.
- **Si el parche se desprende en medio del ciclo del parche (semana 2 o 3):**
 - si pasan menos de 48 horas, aplicar otro lo antes posible. Mantener el mismo día de recambio del parche. No precisa un método de respaldo.
 - si pasan más de 2 días (más de 48 horas), interrumpir el ciclo actual y comenzar un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando otro parche inmediatamente. Registrar este día de la semana como el nuevo día de cambio. Usar un método de respaldo los primeros 7 días de uso.



**Uso de Parches Combinados
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Métodos anticonceptivos de larga duración

En este grupo se encuentran los dispositivos intrauterinos y los implantes subdérmicos.

Dispositivo intrauterino

El dispositivo intrauterino (DIU) es un método anticonceptivo seguro, efectivo y reversible.

- Brinda protección de alta eficacia contra el embarazo por largo tiempo.
- El periodo de efectividad de la T de Cobre 380 A (T-Cu 380^a) es de hasta 10 años.
- Los DIU que contienen levonorgestrel tienen una duración aprobada de hasta 5 años.
- Debe ser colocado por un personal de salud capacitado.
- La efectividad no depende de la usuaria.

El DIU puede ser utilizado por cualquier mujer que lo escoja, después de haber sido informada sobre todos los métodos disponibles y sus características y que no presente condiciones médicas categorizadas en el nivel 3 o 4 de la 5ta edición de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS.

Tipos de DIU

- Con cobre (T-Cu 380A).
- Con hormona levonorgestrel.

Mecanismo de acción

DIU con cobre, libera cobre, interfiriendo el proceso reproductivo antes de que ocurra la fertilización:

- Afecta la capacidad migratoria de los espermatozoides.
- Altera el moco cervical, espesándolo, disminuyendo de esta forma la movilización y la capacidad de penetración de los espermatozoides.



DIU con hormona, libera levonorgestrel en forma diaria, produciendo:

- Cambios en la cantidad y viscosidad del moco cervical, inhibiendo así la penetración de los espermatozoides.

Inicio

- **Período intergenésico.** Se puede comenzar a usarlo en cualquier momento, siempre que se tenga certeza razonable de que la usuaria no esté embarazada. Su aplicación debe ser realizada durante la menstruación, preferentemente en los primeros 5 días del ciclo.
- **Cambio de método.** Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta y sistemática o si existe la seguridad de que la mujer no está embarazada. No es necesario esperar la próxima menstruación. Las mujeres que estaban utilizando anticoncepción no hormonal, requerirán un método de respaldo durante los primeros 7 días post inserción, en caso de que vayan a iniciar el uso de DIU con levonorgestrel.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia.** Ver capítulo específico.

Una mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- Sin realizarse exámenes de ITS y VIH.
- Sin ningún análisis de sangre, ni ninguna otra rutina de laboratorio.
- Sin realizarse el PAP antes de la inserción. Se puede tomar la muestra en un control posterior.
- Sin realizarse un examen de mamas.
- Sin realizarse ecografía ginecológica o transvaginal de rutina.

No se recomienda uso de antibióticos profilácticos para la inserción en mujeres con bajo riesgo de ITS.

Seguimiento

Los controles post inserción se realizan:

- Durante la primera visita, después de la siguiente menstruación.
- Luego, una vez por año.
- No es necesario control ecográfico, éste se reservará para situaciones que generen dudas.



Tiempo de duración y retiro

La T de Cobre dura hasta 10 años y el DIU con levonorgestrel, hasta 5 años.

El método es reversible en forma inmediata. Es importante recalcar que una vez retirado, la usuaria puede quedar embarazada tan rápidamente como las que no lo han usado.

No posee ninguna interacción con otros medicamentos.

Cuando discontinuar el DIU

- A solicitud de la usuaria (por insatisfacción, decisión de cambiar de método, deseo de embarazo u otras razones). Si la usuaria no desea un embarazo se le debe recomendar la utilización de otro método después del retiro. En caso de que opte por un método hormonal, este debe ser iniciado 7 días antes del retiro del DIU.
- Al finalizar la vida útil del DIU (10 años para la T de Cobre y hasta 5 años para el DIU con levonorgestrel) recomendar el retiro. En caso de que la usuaria deseara continuar con este método, se podrá insertar otro DIU en el mismo acto. No es necesario “descansar” entre el retiro de un DIU y la inserción de otro nuevo.
- Cuando presenta dolor intenso y sangrado abundante persistente.
- Existencia de un tumor endometrial o cervical.
- Casos de perforación o expulsión parcial del DIU.
- Después de un año sin menstruación en el climaterio.



Criterios de elegibilidad 3

DIU con Cobre	DIU con LNG
<ul style="list-style-type: none"> • Mayor a 48 hs hasta 4 semanas posparto. • Enfermedad trofoblástica benigna con niveles de BHCG disminuidos o indetectable. • Cáncer de ovario. • Tuberculosis pélvica (insertado antes del diagnóstico). • Estadío clínico 3 o 4 de sida. • Lupus eritematoso sistémico con trombocitopenia severa (para iniciar uso de DIU con cobre). 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor a 48 hs hasta 4 semanas posparto • Enfermedad trofoblástica benigna con niveles de BHCG disminuidos o indetectable • Enfermedad tromboembólica actual (trombosis venosa profunda y embolia pulmonar) • Cáncer de ovario • Tuberculosis pélvica (insertado antes del diagnóstico). • Estadío clínico 3 o 4 de sida. • Cardiopatía isquémica actual o en el pasado para continuar con DIU con LNG. • Cefalea con aura. • Antecedente de cáncer de mama. • Hepatitis viral activa, cirrosis descompensada, tumores hepáticos benignos y malignos. • Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos. • Mujeres de cualquier edad con migraña con aura para continuar.

Criterios de elegibilidad 4

DIU con Cobre	DIU con LNG
<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Infección post aborto inmediato. • Sepsis posparto. • Sangrado vaginal inexplicado. • Enfermedad maligna del trofoblasto. • Cáncer cervical en espera de tratamiento (para inicio; para continuar es criterio 2). • Cáncer de endometrio (para inicio; es criterio 2 para continuar) • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia, gonorrea o EPI (criterio 4 para iniciar; para continuar con el método es criterio 2). • Tuberculosis pélvica (para iniciar). • Alteración de la cavidad uterina por mioma u otra causa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Embarazo. • Infección post aborto inmediato. • Sepsis posparto. • Sangrado vaginal inexplicado. • Enfermedad maligna del trofoblasto. • Cáncer cervical en espera de tratamiento (para inicio; es criterio 2 para continuar). • Cáncer de endometrio (para inicio; es criterio 2 para continuar). • Cervicitis purulenta o infección actual por clamidia, gonorrea o EPI (criterio 4 para iniciar; para continuar con el método es criterio 2). • Tuberculosis pélvica (para iniciar). • Alteración de la cavidad uterina por mioma u otra causa. • Cáncer de mama actual.



Criterio 2/3

Mujeres con alto riesgo de infección de transmisión sexual se clasifican con criterio 2 o 3 para iniciar el uso del método. Queda a criterio médico una evaluación previa a la inserción.

Técnica de aplicación

Toda mujer que haya elegido el DIU como método de anticoncepción, previamente deberá ser informada por el proveedor de salud sobre el procedimiento y los pasos a ser realizados para su inserción.

Técnica de inserción de DIU de intervalo

1. Realizar consejería adecuada y utilizar Criterios Médicos de Elegibilidad.
2. Asegurarse de que la paciente haya vaciado la vejiga.
3. Lavarse las manos.
4. Palpar el abdomen y descartar: dolor suprapúbico, anomalías en los anexos.
5. Colocarse guantes para un nuevo examen.
6. Examinar la vulva y el introito.
7. Realizar un examen bimanual.
8. Retirar los guantes y eliminar.
9. Cargar la T de Cobre 380 A dentro del paquete estéril (TÉCNICA NO TOCAR)
10. Colocarse guantes para un nuevo examen.
11. Colocar el espéculo vaginal para examinar el cuello uterino.
12. Aplicar 2 veces iodopovidona en el cuello uterino y vagina.
13. Con pinza de cuello sujetar delicadamente el cuello hasta hacer el primer clic de la cremallera.
14. Hacer la histerometría sin tocar el extremo estéril.
15. Ubicar el stop de insertar de acuerdo a la histerometría, dentro del paquete estéril.
16. Insertar el DIU utilizando la TÉCNICA DEL RETIRO.
17. Cortar el hilo del DIU a una longitud de 2 cm.



18. Extraer con delicadeza la pinza y el espéculo.
19. Brindar instrucciones post procedimiento adecuadas a la paciente

Técnica de inserción del DIU con Pinza de Kelly

Este método es adecuado para la inserción post placenta o en cualquier momento durante las 48 horas siguientes al parto, mientras el cérvix todavía esté abierto. Realizar consejería adecuada y utilizar Criterios Médicos de Elegibilidad.

1. CONFIRMAR LA EXPULSIÓN COMPLETA DE LA PLACENTA, si la inserción es post placenta. Practicar masaje uterino hasta que adquiera una consistencia firme y haya cedido el sangrado.
2. PALPAR MANUALMENTE LA CICATRIZ ANTERIOR DE CESÁREA, si se trata de un parto vaginal. Con guantes estériles, identifique cualquier posible ruptura. Evitar colocar a través de esta ruptura.
3. EXAMINAR EL CÉRVIX PARA DESCARTAR LESIONES, utilizando una valva o espéculo, si es necesario.
4. EXAMINAR VISUALMENTE EL DIU, antes de la inserción.
5. TOMAR EL DIU DEL ENVOLTORIO ESTÉRIL CON LA PINZA DE 25 A 30CM. Preferible que sea la Kelly placenta con la curvatura apropiada.
6. OBSERVAR EL LABIO ANTERIOR DEL CÉRVIX con una valva o espéculo.
7. TOMAR EL LABIO ANTERIOR DEL CÉRVIX, con una pinza de aro.
8. INTRODUCIR EL DIU A TRAVÉS DEL CERVIX HASTA LA PORCIÓN INFERIOR DEL ÚTERO, sostener el cérvix y mantenerlo visible durante la inserción. Retirar la mano que sostiene la pinza de aro y colocarla sobre el abdomen.
9. ESTABILIZAR EL ÚTERO EXTERNAMENTE, haciendo una presión firme en la pared abdominal.
10. DIRIGIR EL DIU HACIA EL FONDO DE LA CAVIDAD UTERINA. Dirigir la pinza paralela al plano de la usuaria hasta atravesar el segmento inferior, que ofrece cierta resistencia y luego dirigirla en sentido ventral hacia el ombligo hasta el fondo uterino.
11. CONFIRMAR QUE EL DIU SE HAYA INSERTADO EN EL FONDO UTERINO, con la mano en el abdomen y la pinza que inserta el DIU.
12. SOLTAR EL DIU Y RETIRAR SUAVEMENTE LA PINZA CON SUS RAMAS ABIERTAS POR LA CARA DEL ÚTERO, para evitar tirar el hilo entre ellas.



13. **EXAMINAR LA VAGINA.** Si los hilos están visible, el DIU se ha colocado demasiado bajo y se debe reinsertar.

14. Brindar instrucciones post procedimiento adecuadas a la paciente.

Solicitar a la mujer que informe si siente dolor en cualquier momento de la aplicación. Se podrá proporcionar ibuprofeno (200 a 400 mg) u otro AINES, 30 minutos antes de la inserción para reducir los cólicos o el dolor.

Garantizar a la usuaria que el DIU podrá ser retirado en cualquier momento o circunstancia. No es aconsejable retirarlo personalmente.

Después de la aplicación, el proveedor preguntará a la mujer cómo se siente o si se mareará al sentarse por reflejo vasovagal. Si así fuera, debe sugerirle que se recueste de 5 o 10 minutos.

La paciente puede presentar molestias en el bajo vientre, en ese caso se recomendará el uso de antiinflamatorio no esteroide (AINES) para el tratamiento del mismo por unos días, luego de la inserción. Sugerir ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico, según se requiera, durante uno a dos días después de la inserción, si hay sintomatología. Explicar a la usuaria que puede sentir molestias en esa zona hasta los primeros 6 meses.

Inserción post evento obstétrico: ver capítulo correspondiente.

Eventos secundarios. Tratamiento

- **Dolor post aplicación leve.** Recomendar analgésicos.
- **Dolor post aplicación severo.** Evaluar perforación y tratar según protocolo o referir a un servicio de mayor complejidad.
- **Dismenorrea.** Tratar con analgésicos antiinflamatorios no esteroideos como el ibuprofeno. Evaluación clínica para ver si está relacionado con el DIU. En caso de dolor intenso y persistente se debe retirar el dispositivo. Los DIU de LNG provocan una mejoría en cuadros de dismenorrea y en los síntomas premensuales.
- **Flujo vaginal.** Si es muy abundante se recomendará realizar el cultivo del mismo y tratamiento según el resultado. Si no se dispusiera del método, realizar tratamiento sintomático.
- **Sangrado leve irregular.** El manchado (goteo) o sangrado leve intermenstrual podría presentarse entre los primeros 3 a 6 meses del uso del DIU de cobre. Es



importante informar a la usuaria. Se podrá tratar con antiinflamatorios no esteroideos (ibuprofeno) durante los días de sangrado. No usar aspirina.

En mujeres con sangrado persistente, descartar causas ginecológicas, tratar o derivar para atención. Una vez descartadas las causas mencionadas, y si el sangrado es inaceptable para la mujer, cambiar por otro método anticonceptivo.

- **Expulsión parcial del DIU.** Retirar y reevaluar a la usuaria.
- **Hilos del DIU no visibles.** Realizar examen ginecológico con revisión del canal endocervical. Recomendar realización de ecografía transvaginal.
- **Perforación - Incrustación.** Puede ser corporal o cervical, parcial o total, con o sin translocación del DIU. Debe ser valorada por un especialista para evaluar método de extracción.
- **Enfermedad inflamatoria pélvica.** Tratar con antibióticos adecuados. No será necesario el retiro del dispositivo. Debe ser retirado una vez iniciado el tratamiento antibiótico, si la usuaria lo decide.

Signos de alarma

- Atraso menstrual.
- Dolor abdominal intenso.
- Sangrado excesivo.
- Flujo vaginal purulento.
- Fiebre.

En caso de embarazo con DIU

- Retirar solo si el DIU está por debajo del saco gestacional y sin contacto íntimo con el mismo, y si se visualiza el hilo.
- No retirar si el DIU está por encima del saco gestacional o en contacto íntimo con el mismo o si no se visualiza el hilo.



**Dispositivos Intrauterinos
EN TIEMPOS DE COVID 19**

Ver capítulo específico



Implantes subdérmicos

Son cilindros sólidos de plástico, de aplicación subdérmica, que liberan un progestágeno (levonorgestrel o etonogestrel) parecido a la progesterona natural. Ofrecen protección efectiva a largo plazo.

Su eficacia es de 3 a 5 años, dependiendo del tipo de implante. Su efecto es reversible inmediatamente al ser retirado o al completarse el período de validez.

Pueden ser usados por cualquier mujer que lo escoja -después de haber sido informada sobre todos los métodos disponibles y sus características- y que no presente condiciones médicas categorizadas en los niveles 3 o 4 de los Criterios Médicos de Elegibilidad de la OMS (CME-OMS). No requieren que la usuaria haga nada, una vez que se colocan.

La mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta. Su aplicación y retiro debe ser realizada por proveedores capacitados.

No contiene estrógeno, por lo que pueden ser utilizados durante la lactancia y lo pueden usar mujeres que tienen contraindicación de uso de métodos con estrógeno.

Tipos de implantes

- Los que contienen levonorgestrel son:
 - Norplant: 6 cilindros, eficaz durante 5 años (ya no se produce). (36 mg de levonorgestrel)
 - Jadelle: 2 cilindros, eficaz durante 5 años. (75mg de levonorgestrel en cada cilindro)
 - Sino-Implant (II), también conocido como Femplant, Trust Implant y Zarin: 2 cápsulas. Eficacia de 4 años. (75mg de levonorgestrel en cada cilindro)
- Los que contienen 68 mg de etonogestrel son:
 - Implanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años.
 - Nexplanon: 1 cilindro, eficaz durante 3 años, es radiopaco para facilitar su extracción.



Mecanismo de acción

Actúa principalmente por:

- Espesamiento del moco cervical (esto altera la migración de los espermatozoides).
- Anovulatorio: inhibe la ovulación al retraer el pico de secreción de LH.

Inicio de uso

- **Mujer que está teniendo ciclos menstruales.** En cualquier momento del mes desde que haya certeza razonable de que no exista un embarazo.
 - Lo más recomendable es colocarlo dentro de los 7 días después de iniciada la menstruación. Colocado en ese período no necesita método de respaldo.
 - Si han transcurrido más de 7 días del inicio de la menstruación (más de 5 días para Implanon y Nexplanon), la usuaria puede insertarse implantes en cualquier momento en que sea razonablemente seguro que no esté embarazada. Precisaré un método de respaldo durante los primeros 7 días después de la inserción.
- **Sustitución de otro método anticonceptivo de uso regular**
 - Si la usuaria está utilizando el método correctamente, la recomendación es colocar el implante el día en que debería comenzar la nueva caja de píldoras o el día en que debería colocarse una nueva inyección o antes. El implante también puede colocarse más de 3 días después de la fecha en que la persona debía comenzar la píldora; 7 días después de la fecha en que debía colocarse una inyección mensual o 28 días después de la fecha en que debía colocarse una inyección trimestral. En los tres casos debe haber una certeza razonable de que la usuaria no está embarazada y utilizar un método de respaldo por siete días.
 - Si está usando DIU puede colocarse el mismo día de la extracción o antes.
 - En caso de que la usuaria esté en los primeros 5 días del ciclo menstrual. No requerirá otro método de respaldo.
 - En caso de que la usuaria esté fuera de los cinco primeros días del ciclo y se tenga la certeza de que no está embarazada. Requerirá un método de respaldo en los 7 primeros días posteriores a la inserción de los implantes.
- **Posterior al uso de la pastilla de anticoncepción de emergencia.** Aplicar durante los primeros 5 días de la siguiente menstruación. Dar un método de respaldo hasta la aplicación del implante.
- **Post evento y mujeres que amamantan.** Ver capítulo específico.



Modo de uso o discontinuación

- La mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta, necesita del personal de salud entrenado para retirarlos.
- Una vez colocado, requiere de pocos cuidados por parte de la usuaria.
- Al momento de la aplicación se debe brindar instrucciones específicas a la mujer sobre los cuidados inmediatos en la zona de aplicación: mantener el área de inserción seca durante 4 días. Puede quitarse la tela adhesiva después de 5 días.
- Explicar que durante los primeros días posteriores a la aplicación puede presentarse ardor, hinchazón y equimosis en el sitio de aplicación, y que una vez pasado el efecto anestésico, se pueden sentir molestias locales en el brazo por unos pocos días. Esto es común y desaparece sin tratamiento.
- Brindar a la mujer la siguiente información por escrito y explicar:
 - Marca y tipo de implante que tiene.
 - Fecha de inserción.
 - El mes y el año en que hay que retirar o sustituir. Señalar la importancia de retirar o sustituir los implantes antes de que comiencen a perder eficacia.
 - Dónde debe acudir si tiene problemas, si desea cambiar de método o si tiene preguntas sobre sus implantes.
 - Que si aumenta de peso puede reducirse el tiempo de efectividad de los implantes.
 - Que no necesita realizar una consulta de control hasta que sea la fecha de retiro de los implantes. Sin embargo, se debe informar a la usuaria que será bien recibida en cualquier momento que quiera retornar.
 - Que hay probabilidad de cambios en el patrón de sangrados; que luego de la extracción hay una recuperación inmediata de la fertilidad y que la usuaria es libre de decidir cuándo desea retirar el implante.

Los implantes pierden eficacia antes de tiempo si las mujeres pesan 80 kg o más, por lo que el recambio debe realizarse antes de la fecha de vencimiento prevista. Ver capítulo específico.

Los implantes pueden retirarse

- Cuando la mujer lo decida.
- Cuando esté próximo a la fecha de caducidad.



El personal de salud deberá retirar los implantes sin demora cuando la mujer lo solicite. Deberá hacerlo sin poner obstáculos, y aunque no esté de acuerdo por la razón que fuere: personal o médica.

Criterios de elegibilidad 3

- Trombosis venosa profunda, embolia pulmonar aguda y actual.
- Cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular (anterior o actual). Criterio 3 para continuar, criterio 2 para iniciar.
- Lupus eritematoso (con anticuerpos antifosfolípidos positivo y/o severa trombocitopenia).
- Jaqueca con aura a cualquier edad, solo para continuar, criterio 2 para iniciar.
- Antecedente personal de cáncer de mamas y sin evidencia en los últimos 5 años.
- Enfermedades hepáticas: cirrosis severa y descompensada, adenoma celular hepático, cáncer hepático.
- Sangrado vaginal sin diagnóstico (sospecha de malignidad).

Criterio de elegibilidad 4

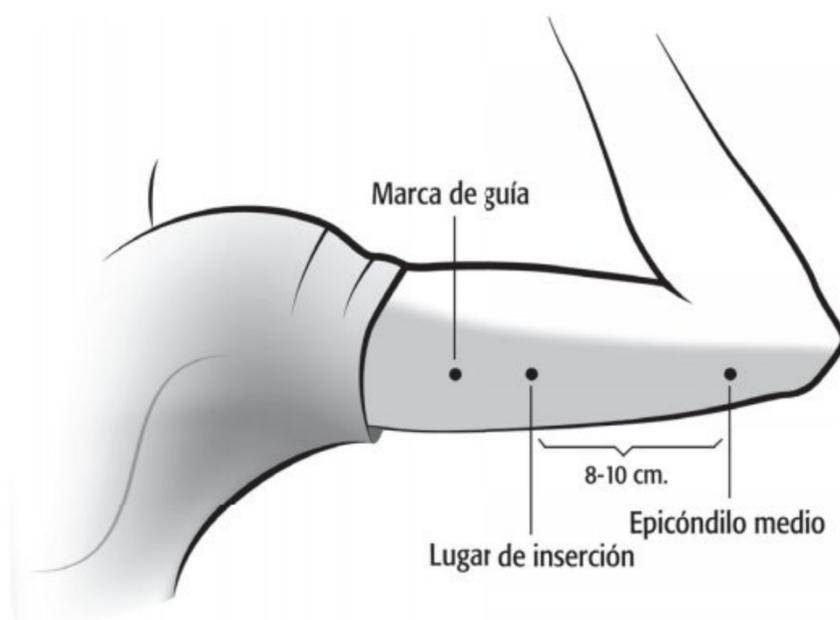
- Cáncer de mama actual.

Técnica de inserción del implante subdérmico

1. Realizar consejería adecuada y utilizar Criterios Médicos de Elegibilidad.
2. Preparar los materiales para la inserción.
3. Colocar a la paciente acostada (supina).
Brazo no dominante flexionado en el codo y rotado externamente.
La muñeca queda paralela a la oreja.
4. Marcar la piel en la cara interna del brazo.
Sitio de punción: 8-10 cm por encima del epicóndilo medial del húmero.
Sitio de referencia: a 4 cm del sitio de punción.
Medir con una regla.
5. Lavado de manos.
Colocarse guante estéril.
Campo estéril con un antiséptico.



6. Anestesia local: con 2-3 ml de lidocaína al 1% sin adrenalina.
Aspirar antes de inyectar.
Comprobar en busca de respuesta a los estímulos del dolor.
7. Retirar el implante del embalaje.
Sostener el aplicador justo arriba de la aguja.
Quitar la tapa de protección transparente, en dirección de la flecha.
No tocar la palanca púrpura.
8. Insertar subdérmicamente en la cara interna del brazo.
9. Sostener el brazo debajo del sitio de punción, perforar la piel en un ángulo de 30°
10. Bajar el aplicador a una posición horizontal, levantar la piel con la punta de la aguja.
9. Deslizar la aguja debajo de la piel.
10. Mantener el aplicador horizontal a la piel y la aguja insertada en toda su longitud.
Desbloquear el deslizador púrpura hacia abajo y empujar hacia atrás, hasta que se detenga.
11. Retirar suavemente el aplicador.
12. Desechar el aplicador en contenedor de objetos punzantes.
13. Confirmar la inserción, palpando el implante subdérmico (la paciente y el profesional de salud).
14. Colocar apósito adhesivo pequeño o vendaje de presión, para minimizar los moretones.
15. Brindar instrucciones post procedimiento adecuadas a la paciente.



Técnica de retiro del implante subdérmico

1. Asesorar a la paciente con respecto a la razón de la extracción e informar que puede quedar embarazada inmediatamente después del retiro del implante.
2. Localizar el implante y marcar la posición del extremo distal. Limpiar el área con un antiséptico.
3. Empujar hacia abajo el extremo proximal e inyectar una pequeña cantidad de lidocaína (0,5 – 1 ml) debajo del implante. Verificar que la paciente no siente.
4. Realizar una incisión punzante justo debajo del extremo distal del implante y mover la hoja hacia el implante.
5. Realizar una incisión longitudinal de 2 mm en la punta distal del implante.
6. Empujar suavemente el implante hacia la incisión a través de la piel.
7. Tomar el implante con una pinza. Si el implante está encapsulado (cubierto con fibra) tomarlo con unas pinzas y diseccionar con cuidado el tejido fibrótico alrededor del implante. Retirar lentamente toda la varilla del implante.
8. Aplicar presión sobre la herida y cerrar la incisión con una tira estéril, aplicar un vendaje compresivo.
9. Avisar a la paciente que ahora puede quedar embarazada y realizar orientación sobre métodos anticonceptivos según criterios médicos de elegibilidad.

Manejo de efectos secundarios

Complicaciones poco frecuentes

- **Infección en el sitio de inserción** (la mayoría de las infecciones se presentan durante los primeros 2 meses después de la inserción). Limpiar el área infectada con agua y jabón o antiséptico. Tratar con antibiótico durante 7 días. Si la infección no ha desaparecido, extraer los implantes o remitir a la paciente para la extracción. Solicitar a la usuaria que vuelva ante cualquier sospecha de expulsión parcial o total del implante.
- **Expulsión del implante.** Aunque ocurre raramente, podría darse en los primeros 4 meses posteriores a la inserción. Se puede implantar uno nuevo cerca del anterior u ofrecer otro método según lo que la usuaria elija.
- **Dolor después de la inserción o extracción.** Si se coloca un vendaje a la usuaria, hay que cerciorarse de que no esté demasiado ajustado. Se podrán administrar antiinflamatorios no esteroideos.
- **Sangrado irregular.** Explicarle a la usuaria que no le dañará y que habitualmente disminuye o desaparece después del primer año de uso. Podrá sumi-



nistrarse: AINES por 5 días; o anticonceptivos orales combinados por 21 días; o 50 microgramos de etinilestradiol diariamente durante 21 días. Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, buscar otras causas no vinculadas con el uso del método.

- **No menstrúa.** Explicarle a la usuaria que puede haber ausencia de menstruación.
- **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo habitual o más de 8 días).** Evaluar cantidad y descartar otras causas no vinculadas al método en caso de que sea abundante o comience después de varios meses de menstruación normal o ausente.
- **Cefaleas comunes (no migrañosas).** Se pueden indicar analgésicos. Cabe destacar que toda cefalea que empeora o aparece con mayor frecuencia durante el uso de los implantes debe ser evaluada.
- **Dolor abdominal leve.** Indicar analgésico o antiinflamatorio.
- **Acné.** Si la usuaria quiere interrumpir el uso de los implantes debido a la aparición de acné, puede considerar cambiar a anticonceptivos orales combinados (AOC). El acné de muchas mujeres mejora con el uso de los AOC.
- **Cambios de peso.** Revisar la dieta y asesorar según corresponda.
- **Sensibilidad en los senos.** Recomendar el uso de sostén durante la actividad intensa y el sueño, o la aplicación de compresas calientes o frías. También se puede sugerir analgésicos.
- **Cambios de humor o alteraciones en el deseo sexual.** Dar apoyo profesional o remitir a especialista.
- **Náuseas o mareos.** Tratamiento medicamentoso.
- **Dolor intenso en el abdomen inferior.** Investigar la causa y tratar. Se debe descartar embarazo ante dolor intenso, particularmente el ectópico, ya que, si bien no está relacionado al implante y es poco común, es una posibilidad y representa una urgencia médica. Ante un embarazo, retirar el implante.



**Implante Subdérmico
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Métodos de barrera

Los métodos anticonceptivos de barrera evitan el embarazo bloqueando la entrada de los espermatozoides a la cavidad uterina.

Los condones masculinos y femeninos contribuyen a proteger contra las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluyendo la infección por VIH.

Las personas usuarias deben comprender que, si un método de barrera es usado como único, y si se desea maximizar su efectividad, debe utilizarse correctamente en cada relación sexual.

Los métodos de barrera incluyen:

- Condones masculinos y femeninos.
- Espermicidas: cremas, jaleas, supositorios, tabletas o supositorios espumantes, y espumas en aerosol.
- Diafragmas.

Indicaciones generales

Los métodos anticonceptivos de barrera deben ser proporcionados a cualquier persona de cualquier edad que los solicite después de haber recibido orientación/consejería apropiada y tomado una decisión informada, teniendo en cuenta los criterios de elegibilidad de la OMS.

Condón masculino o preservativo

Es una funda delgada de látex o de poliuretano lubricada. Su uso correcto y sistemático protege también de las infecciones de transmisión sexual (ITS) y del VIH.

Por este motivo, la oferta integrada de condones para planificación familiar y prevención de VIH, ITS y del virus del Zika, debe implementarse en las redes de servicios de salud y en la comunidad; incluyendo el funcionamiento de dispensadores de condones, accesibles a toda la población.



Mecanismo de acción

Impide que los espermatozoides tengan acceso al tracto reproductor femenino.

Puntos clave

- Los condones masculinos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el virus del Zika.
- Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger tanto de un embarazo, como de infecciones de transmisión sexual.
- Requiere el uso correcto en cada acto sexual para una mayor eficacia.
- Precisa de la cooperación de la pareja. Hablar sobre el uso de condones antes del sexo puede mejorar las probabilidades de que se usen.
- El uso del condón puede asociarse a otros anticonceptivos, lo que se denomina doble protección.

Inicio

Se puede comenzar su uso en cualquier momento del ciclo.

Criterio de elegibilidad 3

Personas con alergia al látex

Modo de uso

- Colocarse el condón antes de cualquier contacto genital.
- Oprimir la punta del condón entre el pulgar y otro dedo, dejando aproximadamente 1 cm. de material de látex al extremo del pene erecto.
- Si se usan espermicidas o lubricantes, estos deben ser solamente de glicerina o silicona: no usar lubricantes oleosos ya que pueden dañar el látex.
- Después de la eyaculación, retirar el pene de la vagina mientras aún esté erecto, sosteniendo firmemente el anillo del condón con los dedos sobre la base del pene.
- Si el condón se rompe o desgarrara durante el acto sexual, se puede utilizar un espermicida (espuma o gel) inmediatamente, y valorar la posibilidad de usar anticoncepción de emergencia.



- Manejar el condón cuidadosamente para evitar rupturas; se deberá tener especial cuidado con las uñas largas.
- Debe ser utilizado una sola vez y luego desecharlo en el basurero.

Consideraciones para oferta de condones

Se debe integrar la oferta de condones, tanto para planificación familiar como para la prevención de ITS incluyendo el VIH y sida, y del virus del Zika. En el sector público se ofertarán también en las actividades extramuros y de educación realizadas por RRHH del Ministerio de Salud.

Cada servicio de salud debe garantizar la disponibilidad de condones, los siete días de la semana, las 24 horas del día, a través de dispensadores y/o a través de otras estrategias identificadas que puedan implementarse.

Se incorporarán dispensadores en todas las salas de espera de los servicios de salud pública. La cantidad de condones a ser distribuidos será acorde a las estimaciones necesarias realizadas.

La oferta de condones a través de los dispensadores se debe registrar como actividad extramuros, y las personas responsables serán las encargadas de las reposiciones, asegurando que estén siempre disponibles.

Modalidad de oferta de condones

La oferta de condones debe garantizar el respeto a los derechos de usuarios y usuarias en lo relacionado a la confidencialidad, privacidad, calidad de atención, seguridad del insumo, derecho a la continuidad, a la no discriminación y al trato humanizado, en todos los sectores del Sistema Nacional de Salud (el sector público, la seguridad social, las ONG y los servicios privados).

Toda persona debe tener acceso a condones e información oportuna acorde a las normas del Ministerio de Salud sobre el uso correcto y sistemático de los mismos, incluyendo a adolescentes y jóvenes, personas con VIH y sida y otras ITS, embarazadas, personas infectadas con el virus del Zika, sus parejas y personas con discapacidad.

Los proveedores no deben generar barreras de ningún tipo para el acceso a los preservativos.

Situaciones que pueden requerir cambiar de método

- Mujer con tratamiento local con crema, óvulo o tableta vaginal (para el tratamiento de infecciones vaginales), porque estos pueden dañar el látex. (El trata-



miento oral no produce daño al condón.) Se puede utilizar condón femenino o masculino de poliuretano, otro método anticonceptivo, o abstenerse de las relaciones sexuales hasta finalizar su tratamiento.

- Reacción alérgica grave al condón (urticaria o erupción en gran parte del cuerpo, mareos, dificultad para respirar o pérdida de conocimiento durante o después del uso del condón). Aunque lo citado anteriormente no es muy frecuente, indicar a la persona usuaria que deje de utilizar condones de látex y elija otro método. Ayudarle a elegirlo. La alergia al látex es poco habitual en la población. Rara vez se informa de reacciones alérgicas leves a los condones, y las reacciones alérgicas graves son extremadamente raras.

Condiciones de almacenaje

- El ambiente debe ser seco.
- Evitar fuentes de calor o luz solar (no dejar los condones en la guantera del auto, billeteras o bolsillos de pantalón).
- Revisar que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación.
- Antes de distribuirlos revisar si se mantiene la sensación de “almohadilla de aire” del sobre. No distribuir ni usar un condón si parece estar dañado o quebradizo.

Es importante que el personal de salud facilite el acceso a condones a toda la población, independientemente de su edad, identidad sexual, etnia, orientación sexual, estado civil o condición socioeconómica.

Los servicios de planificación familiar deben recibir a toda persona que decida utilizar condones.

En los servicios de oferta gratuita deberán prever la cobertura para 6 meses a 1 año, particularmente para aquellas mujeres que provienen de sitios alejados o con poca accesibilidad. El factor de uso para condones es de 120 unidades por hombre por año. (Ver anexo 2).



**Uso de Preservativo
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Condón femenino

El condón femenino está hecho de poliuretano maleable, blando y está prelubricado con una sustancia a base de silicona (dimeticona). Está provisto de un anillo interior usado para la inserción, que lo mantiene en su lugar, en la parte alta de la vagina; y de un anillo externo que permanece plano y cubre los labios mayores durante el coito. Debe ser insertado en la vagina antes de la relación sexual.

Mecanismo de acción

Después de la eyaculación, el condón femenino retiene el fluido seminal, evitando que entre en contacto con el cuello uterino.

Los estudios de laboratorio han demostrado que es una barrera efectiva, no solo contra el espermatozoide, sino también contra bacterias y virus, incluyendo el VIH y el virus del Zika. Los condones femeninos no deben ser reutilizados.

Puntos clave

- Los condones femeninos ayudan a proteger contra las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH y el virus del Zika.
- Los condones son el único método anticonceptivo que puede proteger, tanto de un embarazo, como de infecciones de transmisión sexual.
- Para su mayor eficacia debe ser usado de forma correcta en cada acto sexual.
- La mujer puede comenzar a usar el condón femenino, pero el método necesita de la cooperación de su pareja.
- Puede requerir alguna práctica. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el condón femenino de la vagina.
- El uso del condón puede asociarse a otros anticonceptivos, lo que se denomina doble protección.

Inicio de uso

En cualquier momento del ciclo.

Modo de uso

- Usar un condón nuevo para cada acto sexual.



- Revisar el paquete del condón. Si está dañado o roto, no utilizarlo. Evitar usar el condón después de su fecha de vencimiento.
- De ser posible, lavarse las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el preservativo.
- Antes de todo contacto físico, introducir el condón en la vagina. Puede colocarse hasta 8 horas antes de la relación sexual.
- Elegir una posición cómoda para la inserción, ya sea en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.
- Sostener el aro por el extremo cerrado y apretarlo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano, separar los labios externos (labios mayores) de la vagina y ubicar la abertura de la misma.
- Suavemente empujar el aro interno dentro de la vagina lo más que se pueda. Introducir un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Unos 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo tienen que quedar fuera de la vagina.
- Terminado el acto sexual, arrojarlo a la basura.

En los servicios de oferta gratuita se deberá prever la cobertura para 6 meses a 1 año, particularmente para aquellas mujeres que provienen de sitios alejados o con poca accesibilidad. El factor de uso para condones es de 120 unidades por persona por año. (Ver anexo 2).



Anticoncepción quirúrgica voluntaria definitiva

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, oclusión tubaria o ligadura de trompas, y la masculina o vasectomía, consisten en procedimientos quirúrgicos a través de los cuales se interrumpe en forma definitiva el camino que permite la unión del gameto femenino con el masculino.

Como son métodos permanentes, la orientación de calidad es esencial, tanto para asegurar que la persona entienda que es una decisión definitiva (es decir, que no podrá reproducirse una vez realizado el procedimiento), como para que pueda elegir este método de manera informada y acorde a su proyecto de vida. Se debe aclarar a la persona usuaria que incluso después de firmado el consentimiento puede decidir no hacerlo. El personal de salud debe volver a preguntar en el quirófano si la persona desea someterse al procedimiento y aclarar que puede desistir si así lo decide.

Las únicas opciones anticonceptivas que requieren del consentimiento informado por escrito son la anticoncepción quirúrgica voluntaria definitiva femenina o masculina.

Este consentimiento es un procedimiento jurídico y formal durante el cual se informa a la persona sobre las características de estos métodos, los beneficios y riesgos y luego si decide optar por uno de ellos, se le solicita su consentimiento por escrito.

Todas las personas que acuden a los servicios de planificación familiar y que opten por un método definitivo quirúrgico deben tener la consejería necesaria para la toma de decisión y luego completar el formulario de consentimiento informado en el servicio donde se realizará el procedimiento.

No es necesario pedir el consentimiento de la pareja. La decisión es exclusivamente de la persona. El formulario a utilizar es el siguiente.





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dirección General de Programas de Salud

**Consentimiento Informado
para Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV)**

Nota: Si la persona usuaria no habla español debe recibir toda la información contenida en este documento en su lenguaje materno y en presencia de una persona testigo que hable su mismo idioma. Ambos (persona usuaria y testigo) estamparán su firma o huella digital como prueba de su conformidad. En esta situación el testigo deberá firmar debajo de las rúbricas de la usuaria y del orientador(a).

En caso de que la persona usuaria sea analfabeta, se procederá a la lectura del Consentimiento Informado por parte del personal de salud, en presencia de un testigo. La persona usuaria manifestará su conformidad estampando su impresión digital.

Yo _____ mayor de edad, en pleno derecho solicito en forma libre, informada y voluntaria que se me realice la ligadura de trompas o vasectomía y autorizo el procedimiento.

He sido informado/a de los servicios de salud que ofertan métodos temporales de anticoncepción que me pueden ser provistos. He recibido información precisa sobre cada uno de ellos, incluyendo beneficios y limitaciones.

Tuve la oportunidad de hacer preguntas específicas sobre la ligadura de trompas o la vasectomía, las mismas que fueron respondidas satisfactoriamente.

Comprendo que se me realizará una intervención quirúrgica (operación) llamada ligadura de trompas o vasectomía y que es un método anticonceptivo definitivo y permanente, es decir, ya no tendré hijo/s.

Entiendo que este método es permanente; sin embargo, se me informó que existe una mínima posibilidad de que el método falle.

Estoy consciente de que toda intervención quirúrgica puede entrañar riesgos de los cuales he sido informado/a. Me han informado que puedo cambiar de opinión en cualquier momento antes de la intervención quirúrgica, y que no se me negarán servicios de salud sexual y reproductiva por elegir otro método anticonceptivo.

Fui informado/a con amplitud y claridad sobre las posibles molestias y/o complicaciones post operatorias. Me comprometo a acudir para los controles médicos correspondientes y/o si tengo alguna duda o molestia.

Firmo este consentimiento por mi libre voluntad y sin haber estado sujeto/a a ningún tipo de presión y/o coerción.

Lugar y fecha _____

Nombre de la persona usuaria _____

Firma o huella digital _____

Nombre del testigo _____

Nombre del personal de salud _____

Firma _____



Ligadura de Trompas

Es un procedimiento quirúrgico con el que se bloquea la continuidad de las Trompas de Falopio, impidiendo el paso de los espermatozoides, evitando su encuentro con el óvulo. Ya que es un método permanente, para su realización, es obligatoria la orientación de calidad y la firma del consentimiento informado correspondiente.

Mecanismo de acción

Se bloquea la continuidad de las trompas de Falopio, con lo cual se impide el paso de los óvulos y espermatozoides.

Características

- Es un método quirúrgico de esterilización para mujeres que están seguras de no querer tener más hijos.
- Provee anticoncepción permanente.
- Es un procedimiento quirúrgico simple.
- No necesita suministros ni controles periódicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No tiene efectos conocidos sobre la salud a largo plazo.
- Tiene poca posibilidad de complicaciones quirúrgicas. Las complicaciones son poco frecuentes en la cirugía.
- Requiere examen físico y la cirugía debe ser realizada por un médico capacitado. Con cumplimiento correcto de todas las normas correspondientes.
- No provee protección contra ITS/VIH/SIDA.
- Su acción anticonceptiva es inmediata.

Momento indicado para realizar la esterilización

Una mujer puede someterse a una esterilización en casi cualquier momento, siempre y cuando haya tomado la decisión en base a información, de forma libre, sin coerción de ningún tipo y que no o esté embarazada.

- Inmediatamente después o antes de que transcurran siete días de un parto vaginal. Más común en posparto inmediato.
- Al cabo de seis semanas o más después del parto.



- Durante una operación cesárea.
- En cualquier otro momento, salvo durante el periodo que va desde el séptimo día hasta la sexta semana después del parto.

OBSERVACIÓN

La ligadura de trompas no constituye de por sí una indicación de cesárea. Realizar una cesárea innecesaria aumenta los riesgos en los casos de:

- Preeclampsia, eclampsia.
 - Rotura de membranas de más de 24 hs.
 - Hemorragia abundante antes y después del parto, ya sea por traumatismos del tracto genital o rotura uterina.
 - Presencia de sepsis puerperal.
-

Criterios médicos de elegibilidad para la ligadura de trompas

En la siguiente lista de verificación:

- Cautela, quiere decir que el procedimiento puede ser realizado en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- Postergar, es decir, posponer. Si existen patologías deben ser tratadas y resueltas antes de realizar el procedimiento. Proporcionar a la usuaria otro método para usar hasta que se pueda someter al procedimiento.
- Especial, significa que hay que tomar precauciones o hacer preparativos especiales para realizar el procedimiento con un especialista y personal experimentados, un equipo para realizar anestesia y soporte médico de respaldo.

Cautela

- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer hepático.
- Anemia por células falciformes.
- Talasemia.
- Anemia con hemoglobina >7 a <10 mg/dl.
- Patología renal.
- Desnutrición severa.
- Esterilización concomitante con cirugía abdominal electiva.



- Hernia diafragmática.
- Cirugía abdominal o pélvica previas.
- Juventud.
- Obesidad con IMC > 30kg/m².
- Hipertensión arterial con presión sistólica entre 140-159 mmHg y/o presión diastólica entre 90-99 mmHg.
- Antecedente patológico personal de cardiopatía isquémica.
- Antecedente patológico personal de accidente cerebrovascular.
- Valvulopatía no complicada.
- Lupus eritematoso sistémico sin trombocitopenia ni anticuerpos antifosfolípidicos y sin tratamiento inmunosupresor.
- Epilepsia.
- Cáncer de mama.
- Miomas uterinos.
- Antecedente de enfermedad pélvica inflamatoria, sin embarazo subsecuente.
- Esquistosomiasis con fibrosis hepática.
- Diabetes sin vasculopatía.
- Hipotiroidismo.

Postergar en los siguientes casos:

- Embarazo en curso.
- 7 a 42 días después del parto.
- Posparto después de un embarazo con preeclampsia grave o eclampsia.
- Ruptura de membranas por 24 horas o más.
- Sepsis puerperal.
- Fiebre intraparto o puerperal.
- Hemorragia severa anteparto o posparto.
- Trauma del tracto genital severo (cervical o vaginal) al momento del parto.
- Enfermedad trofoblástica maligna con mediciones de beta-hCG elevada persistentemente. Si los niveles de beta-hCG están descendiendo y son indetectables se puede ofrecer el método.
- Sepsis post aborto.
- Fiebre post aborto.
- Hemorragia severa post aborto.
- Hematometra.



- Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar actual.
- Cirugía mayor con inmovilización prolongada.
- Cardiopatía isquémica actual.
- Sangrado vaginal no estudiado.
- Cáncer de cuello uterino en espera de tratamiento.
- Cáncer endometrial.
- Cáncer de ovario.
- Enfermedad pélvica inflamatoria actual.
- Patología de vesícula biliar actual.
- Hepatitis viral actual.
- Anemia con hemoglobina $<7\text{mg/dl}$.
- Infección local.
- Bronquitis o neumonía actual.
- Infección sistémica.
- Gastroenteritis.
- Cirugía abdominal de emergencia, concomitante a ligadura de trompas. (Sin consejería ni consentimiento informado).

Especial

- Perforación o rotura uterina.
- 3 o más factores de riesgo para enfermedad cardiovascular. (Por ejemplo: edad mayor a 35 años, ser fumadora, índice de masa corporal igual o superior a 35kg m^2 , diabetes, hipertensión, dislipidemia diagnosticada).
- Vasculopatía.
- Hipertensión arterial sistólica ≥ 160 o diastólica ≥ 100 mmHg.
- Embolia pulmonar o trombosis venosa profunda con terapia anticoagulante.
- Valvulopatía complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación atrial, antecedente de endocarditis bacteriana sub aguda).
- Lupus eritematoso sistémico con anticuerpos antifosfolipídicos positivos o desconocidos, o con trombocitopenia, o con tratamiento inmunosupresor.
- Endometriosis.
- Estadio clínico 3 y 4 de sida.
- Tuberculosis pélvica.
- Hipertiroidismo.
- Tuberculosis pélvica.



- Cirrosis severa.
- Coagulopatía.
- Enfermedades respiratorias crónicas.
- Hernia abdominal o umbilical.

Complicaciones

- Son poco frecuentes.

Anticoncepción quirúrgica masculina (Vasectomía)

Es un procedimiento quirúrgico menor con el que se bloquea la continuidad de los conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides al semen. Ya que es un método permanente, para su realización, es obligatoria la orientación de calidad y el consentimiento informado correspondiente.

Los conductos deferentes son tubos por los que se desplazan los espermatozoides cuando salen de los testículos -lugar en el que se producen-, hasta llegar a la uretra, donde se mezclan con el semen. Durante la eyaculación de un hombre no esterilizado, los espermatozoides y el semen se expulsan dentro de la vagina de la mujer durante el acto sexual.

Mecanismo de acción

Se bloquea la continuidad de los conductos deferentes, impidiendo el paso de los espermatozoides.

Características

- Es un método quirúrgico de esterilización para hombres que están seguros de no querer tener más hijos.
- Se considera permanente.
- No tiene efectos sobre el placer sexual ni sobre el desempeño del acto sexual.
- No posee ningún efecto secundario a largo plazo.
- Es un procedimiento simple y seguro.
- Requiere orientación y consentimiento informado escrito.
- Las complicaciones son poco frecuentes.
- El procedimiento es realizado por un médico capacitado.
- No es efectivo en forma inmediata. Es seguro después de 20 eyaculaciones o después de los tres meses.
- No protege contra ITS/VIH y sida.



Criterios médicos de elegibilidad para la vasectomía

Un hombre puede someterse a una esterilización en cualquier momento, siempre y cuando tome la decisión de manera informada, libre y sin coerción de ningún tipo.

Tener en cuenta la siguiente lista de verificación:

- **Cautela.** Quiere decir que el procedimiento puede ser realizado en condiciones de rutina, pero con preparación y precauciones adicionales, dependiendo de la patología.
- **Postergar.** Significa posponerla para más adelante. Las afecciones que se mencionan más abajo deben ser tratadas y resueltas antes de efectuar la vasectomía. Ofrecer al usuario otro método hasta que se pueda realizar el procedimiento.
- **Especial.** Implica hacer preparaciones especiales para realizarla, con un cirujano y personal experimentado y con equipamiento necesario para administrar anestesia general, además de otro apoyo médico de respaldo. Para estas condiciones, también se requiere de la capacidad para decidir cuál es el procedimiento más apropiado y el régimen anestésico. Darle al usuario un método de respaldo para usar hasta que se pueda realizar el procedimiento.

Cautela

- Lesión escrotal previa.
- Varicocele o hidrocele.
- Testículo no descendido, solo de un lado.
- Diabetes.
- Depresión.
- Juventud.
- Lupus con anticuerpos antifosfolípidos positivos (o desconocidos) y estar recibiendo tratamiento inmunosupresor.

Postergar

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



Especial

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

Técnicas de abordaje

Existen dos técnicas principales para abordar los conductos deferentes y ocluirlos o bloquearlos mecánicamente: la tradicional y la técnica sin bisturí. Ambas pueden realizarse con anestesia local.

En el método tradicional se realiza una o dos incisiones de 1 a 2 cm a ambos lados del escroto, por encima de cada conducto deferente.

La técnica sin bisturí consiste en una sola incisión que se hace por la línea del medio del escroto, a través de la cual se tiene acceso a ambos conductos.

Tipos de oclusión

- La técnica básica empleada para ocluir los conductos deferentes consiste en cortarlos en dos lugares, extraer los segmentos cortados y luego cerrar las puntas con ligadura o electrocoagulación. Se emplean suturas para ligar las puntas cortadas de cada conducto.
- La electrocoagulación o fulguración emplea corriente eléctrica para quemar las puntas cortadas del conducto.

Complicaciones

Ninguna de las técnicas se relaciona frecuentemente con complicaciones, y rara vez ocurren complicaciones graves.

- Infrecuentes a raras:
 - Dolor escrotal o testicular intenso que dure meses o años (poco frecuente a muy raro). En estudios científicos de gran población, se describe dolor en el 1% de los casos.
 - Infección en el sitio de incisión o dentro de la incisión (infrecuente con la técnica convencional y muy rara con la técnica sin bisturí)
- Raras:
 - Sangrado bajo la piel que puede provocar hinchazón o equimosis (hematoma).



Mitos sobre la vasectomía

Muchos hombres creen erróneamente que la vasectomía es una castración (extirpación física de los testículos) lo que conlleva a la pérdida del deseo sexual. Sin embargo, la esterilización no afecta a la función sexual normal ni a la cantidad de eyaculación, por el contrario, puede aumentar el placer sexual, porque a las parejas ya no les preocupa tener un embarazo accidental. La producción de hormonas relacionadas con el comportamiento sexual no cambia.

Otros conceptos erróneos parecen relacionarse con malentendidos acerca de la índole del procedimiento quirúrgico. Entre ellos figura el temor a que los espermatozoides se acumulen en el cuerpo, que los testículos se encojan o que la micción resulte afectada por efecto de la resección del conducto. Los espermatozoides no se acumulan en el cuerpo, sino que se reabsorben continuamente; el tamaño de los testículos no cambia y la reacción del conducto no afecta la micción.

La reversión no es fácil

La mayoría de los hombres se sienten satisfechos con su decisión de someterse a una esterilización. Los usuarios que la eligen deben comprender que la cirugía de reversión es difícil, costosa y no puede realizarse en muchos lugares. Solo unos pocos centros en el mundo obtienen buenos resultados en el procedimiento de la reversión.

Información importante

- Descansar durante 2 días luego del procedimiento, de ser posible.
- Aplicar compresas frías sobre el escroto durante las primeras 4 horas, para reducir el dolor y el sangrado. El paciente tendrá molestia, hinchazón y equimosis, que deberían desaparecer en 2 o 3 días.
- Usar ropa interior o pantalones ajustados durante 2 o 3 días para ayudar a sostener el escroto, lo que disminuye la hinchazón, el sangrado y el dolor.
- Mantener el sitio de punción/incisión limpio y seco durante 2 o 3 días. Se puede utilizar una toalla para limpiar el cuerpo, pero no se debe empapar con agua. Abstenerse de tener relaciones sexuales durante al menos 2 o 3 días.
- Usar condones u otro método eficaz de planificación familiar durante 3 meses después del procedimiento.

La molestia en el escroto habitualmente dura entre 2 y 3 días. Sugerir ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg) u otro analgésico. No se debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.



**Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Son métodos que utilizan el autorreconocimiento del período fértil, identificando sus signos y síntomas, con el fin de evitar un embarazo. También se utilizan para reconocer el período fértil con el fin de obtener un embarazo.

Bases fisiológicas

La ovulación es única en cada ciclo menstrual y ocurre 14 +/- 2 días antes de la menstruación. El óvulo es fecundable por 24 a 48 horas. Los espermatozoides son fecundantes por más o menos 120 horas, unos 5 días.

Características

- Necesitan de la colaboración de ambas personas de la pareja.
- Son baratos (costo cero).
- Su uso favorece el autoconocimiento del cuerpo y su fisiología.
- No tienen efectos secundarios.
- Pueden ser enseñados por personal no profesional.
- Requieren de un período de aprendizaje.

Criterios médicos de elegibilidad

Debido a su baja eficacia en mujeres para las que un embarazo signifique un riesgo importante, estos métodos deben ser cuidadosamente evaluados y usados solamente si no existe otra opción, o si la pareja tiene restricciones culturales o personales a otros métodos.

Modalidades

- Ritmo / Calendario /Ogino-Knaus.
- Método de los días fijos (con o sin collar).
- Método de los dos días.
- Temperatura basal.
- Ovulación /Moco Cervical / Billings.
- Método sintotérmico.



Método del ritmo (Calendario, Ogino-Knaus)

Consiste en calcular el periodo fértil teniendo en cuenta las fechas de los seis últimos meses, lo que permite saber cuál es el ciclo más largo y cuál el más corto.

Características particulares

- Puede ser usado por mujeres de cualquier edad con ciclos regulares.
- La mujer debe registrar la duración de sus ciclos menstruales por lo menos durante 6 meses, idealmente entre 10 a 12 meses (historia menstrual). De no tenerla, podría iniciar este método usando “ciclos referenciales” tomando 23 días como el ciclo más corto y 33 como el más largo.
- De la historia menstrual, seleccionar el ciclo más corto y el más largo.
- El cálculo del período fértil se hace con la siguiente fórmula:
Ciclo más corto - 18 = 1er día de abstinencia.
Ciclo más largo - 11 = último día de abstinencia.

Es difícil de usar si la diferencia entre el ciclo más largo y el más corto es de más de 6 días.

Ejemplo de cálculo

Ciclo más corto 26 y más largo 32.

C+ corto $26 - 18 = 8$ En el 8º día del ciclo deberá comenzar la abstinencia.

C+ largo $32 - 11 = 21$ El 21º día del ciclo será el último día de abstinencia.

Modo de uso

En el caso de mujeres con ciclos de entre 27 y 30 días, se debe recomendar a la pareja la abstinencia de relaciones sexuales entre los días 8 y 21 del ciclo menstrual.

No se recomienda en mujeres con ciclos irregulares, ni que estén dando de lactar.



Método de los días fijos (o Método del collar del ciclo)

- Es un método de abstinencia periódica que señala los días 8-19 del ciclo menstrual como fértiles. Se apoya en el collar del ciclo, que representa el ciclo menstrual de la mujer y está formado por perlas de colores (marrón, blanco y rojo). Fue desarrollado en la Universidad de Georgetown, basado en un estudio amplio para determinar el momento de la ovulación.
- Es más fácil de usar que el método del ritmo.
- La mujer puede utilizar el método de los días fijos si la mayoría de sus ciclos menstruales tienen entre 26 y 32 días de duración. Si tiene más de 2 ciclos de mayor o menor duración en el año, este método será menos eficaz y deberá elegir otro.
- Para todas las usuarias del método de los días fijos, se considera que el período fértil es el comprendido entre los días 8 al 19 de cada ciclo.
- Se puede utilizar métodos de barrera entre los días 8 al 19.
- La pareja puede tener relaciones sexuales sin protección en todos los días restantes del ciclo: días 1 al 7 al principio del ciclo, y desde el día 20 hasta comenzar la próxima menstruación.

Modo de uso

- Se determina por historial, si la mujer suele tener ciclos de entre 26 y 32 días, y se indaga sobre la aceptación de su pareja de no mantener relaciones sin protección durante los días fértiles. Asimismo, se chequean algunos criterios de selección establecidos.
- Se explica el método y se ofrece como ayuda visual el “collar” que consiste en: 32 perlas de colores que representan los días del ciclo y un anillo movable para marcar en qué día de su ciclo está la mujer.
 - Perla roja: (1) primer día de menstruación.
 - Perlas marrones: (6) días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.
 - Perlas blancas: (12) días fértiles o de alta probabilidad de embarazo. Son fosforescentes.
 - Perlas marrones: (13) días no fértiles o de muy baja probabilidad de embarazo.

Si el ciclo termina antes de pasar la perla 27 (más oscura) o dura más de 32 días en dos ocasiones en un año, se tendrá que buscar otro método.



Método de los dos días

- Se basa en la detección de las secreciones vaginales (moco cervical).
- La mujer revisa las secreciones cervicales cada día, en los dedos, en la prenda interior o en el papel higiénico.

Modo de uso

- Si se percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, se debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.
- Se pueden utilizar métodos de barrera cada día con secreciones y en cada día posterior a un día con secreciones.
- La pareja puede volver a tener relaciones sexuales sin protección después de que la mujer haya tenido 2 días secos (días sin secreciones de ningún tipo) consecutivos.

Método de la temperatura basal, corporal o térmico

Consiste en la identificación del periodo de ovulación por medio del registro diario de la temperatura basal durante el ciclo menstrual. La temperatura elevada indica que la mujer ha ovulado.

Metodología

La temperatura debe ser tomada a partir del primer día del ciclo por la mañana, antes de levantarse de la cama, y luego de un periodo mínimo de 6 horas de sueño nocturno.

En los días siguientes a la menstruación se registran las temperaturas bajas, volviendo a subir a partir de la ovulación.

Se debe realizar una abstinencia de 72 horas como mínimo a partir del primer día en que se registra el aumento de la temperatura, si se desea evitar un embarazo.



Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical

Se trata de reconocer la fase fértil del ciclo menstrual por la presencia del moco cervical, la lubricación o sensación de humedad mediante el control diario de los genitales. La fase fértil va desde el día de inicio de la **sensación de humedad o presencia de moco, hasta tres días después de haber identificado el día fértil** (día de máxima humedad, moco filante), hasta ingresar en la fase no fértil en la cual el moco se vuelve pegajoso, más espeso o hay sensación de sequedad.

Características particulares

Puede ser usado por cualquier mujer en edad reproductiva con ciclos regulares.

Recomendar el uso con precaución a:

- Mujeres con flujo persistente o que estén amamantando.
- Mujeres a quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, electrocauterización.

Modo de uso

Se requiere realizar cuatro pasos:

1. Aprender a observar los signos y síntomas de fertilidad.
2. Registrar estos signos y síntomas en una gráfica o cartilla.
3. Interpretar adecuadamente lo registrado.

Programación de seguimiento

- Las parejas que usan este método requieren de la hoja de gráficos de seguimiento. Es importante que las usuarias acudan al primer control a los 15 días, y al segundo control, 15 días después. Posteriormente deberán acudir cada 30 días durante 3 meses.
- Es relevante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede recurrir al establecimiento de salud en el momento en que ella o su pareja considere necesario o si presenta alguna molestia.



Método sintotérmico

El método sintotérmico (MST) combina varios métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad, especialmente los cambios en el moco cervical, el método del calendario y la temperatura corporal basal.

El uso de varias técnicas permite tener más precisión para identificar la fase fértil del ciclo menstrual, además de mantener al mínimo el número de días en los cuales se requiere abstenerse de tener relaciones sexuales.

El sintotérmico puede ser apropiado para usuarias que han decidido practicar los métodos basados en el conocimiento de los signos de fertilidad como su opción anticonceptiva y quisieran lograr el mayor grado posible de protección, a la vez de tener períodos de abstinencia más cortos.

Instrucciones para personas usuarias

- Identificar el inicio del período fértil –momento de abstinencia de las relaciones sexuales– mediante la técnica del método del moco cervical y/o cálculos numéricos como en el método del calendario.
- Si se utiliza la técnica del moco cervical, las relaciones sexuales deben tener lugar en días alternos y el inicio del período fértil será determinado por la primera aparición de moco, que es cuando debe evitar tener relaciones sexuales.
- A las mujeres a quienes se les dificulte identificar el primer momento de la secreción del moco cervical, les puede resultar más conveniente utilizar el método del calendario, el cual permite a las parejas tener relaciones sexuales todos los días antes del día preseñado como inicio del período fértil. Este día se calcula restándole 18 al número de días del ciclo más corto de los últimos 6 ciclos. Por ejemplo: si el ciclo más corto fue de 27 días, la pareja debe abstenerse de tener relaciones sexuales a partir del día 9 del ciclo (27 menos 18). Si apareciera algún tipo de moco antes del día 9, ya no deberán tener relaciones sexuales a partir de ese momento.
- Calcular el final del período fértil, que es cuando se vuelve segura la reanudación de las relaciones sexuales, utilizando la temperatura corporal basal y/o el método del moco cervical. Se puede tener relaciones sexuales luego de 3 días consecutivos con temperaturas más altas que en los 6 días previos.
- Si se utiliza la técnica del moco cervical se pueden reanudar las relaciones sexuales al cuarto día después del día pico. Si se utilizan ambas técnicas, se puede volver a tener relaciones cuando los dos métodos hayan indicado que es seguro hacerlo.



Para todos los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad:

Si la pareja no cumple con la abstinencia sexual y no usa métodos de barrera en los días fértiles, puede usar la PAE hasta 5 días después de la relación sexual si no desea un embarazo.

Método de lactancia materna y amenorrea (MELA)

Es un método natural basado en la infecundidad temporal de la mujer durante la lactancia.

Mecanismo de acción

Supresión de la ovulación ocasionada por cambios hormonales y el incremento de la prolactina, producto del amamantamiento.

Criterios básicos

Se deben cumplir necesariamente estas 3 condiciones:

1. Lactancia exclusiva (amamantar 10 a 12 veces durante el día y la noche, con un intervalo no mayor de 4 horas durante el día y de 6 horas durante la noche).
2. Ausencia de menstruaciones.
3. Hasta los 6 meses de posparto.

Características

- Fácil de usar.
- Útil si cumple con los tres criterios básicos.
- No interfiere con las relaciones sexuales.
- No requiere insumos anticonceptivos.
- No tiene efectos secundarios.
- Depende de la usuaria. Las circunstancias sociales, laborales, la voluntad y las costumbres, a veces dificultan el cumplimiento de las instrucciones.
- Algunas madres no pueden amamantar por condiciones de salud.



Contraindicaciones

Mujeres que tengan alguna contraindicación para amamantar, como: tener infección por VIH, estar en tratamiento oncológico, tener enfermedades mentales u otras incapacitantes, moderadas a graves.

Programación de seguimiento

- Se recomienda un primer control a los cuarenta y cinco días después del parto y luego a los seis meses para la elección de un método alternativo. Informar que al momento que se deje de cumplir alguno de los criterios, se debe acudir inmediatamente a consultar.
- Es importante que la mujer y su pareja acudan cada año para una evaluación integral de salud.
- Informar a la usuaria que puede recurrir al establecimiento de salud en el momento en que ella o su pareja lo consideren necesario, o si presenta alguna molestia.



**Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Anticoncepción de emergencia

Es un método de prevención del embarazo que actúa dentro del plazo de varias horas, y hasta 5 días después de haber tenido una relación sexual sin protección. Debe considerarse como un procedimiento de emergencia.

No debe utilizarse como método de rutina de planificación familiar.

Cuándo usar anticoncepción de emergencia

- Después de una relación sexual consentida no protegida, si la mujer no desea un embarazo.
- Cuando falla el método anticonceptivo o no se usa correctamente (se rompe un preservativo, el diafragma se cae, el DIU se expulsa, se olvida tomar el anticonceptivo oral, no se aplica en la fecha que corresponde el anticonceptivo inyectable).
- En caso de que una mujer haya sido víctima de abuso sexual.
- Su utilización está indicada hasta 5 días después de la relación sexual no protegida.

La pastilla de anticoncepción de emergencia debe estar disponible en todos los servicios, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, acorde al PNSSR 2014-2018.

*"Accesibilidad a todos los métodos anticonceptivos, las 24 horas, todos los días, en los servicios hospitalarios de la red pública, incluyendo la píldora de anticoncepción de emergencia, con consejería/ orientación."*¹²

Métodos hormonales

Tipos de anticoncepción de emergencia hormonal oral:

- Anticonceptivos orales combinados en dosis especiales (método de Yuzpe).
- Píldoras de levonorgestrel.
- Acetato de ulipristal, incorporado en la 5ta. edición de los Criterios médicos de elegibilidad de la OMS.

12 Plan Nacional de Salud Sexual y reproductiva 2014-2018.



Mecanismo de acción

Depende del momento del ciclo menstrual en el que se encuentra la mujer cuando usa el método, y de cuándo ocurrió la relación sexual no protegida.

- **Período preovulatorio.** Inhibe o retrasa la ovulación, es decir, se pierde la capacidad de llevar a cabo una ovulación adecuada.
- **Período postovulatorio.** Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve más espeso) impidiendo el paso de los espermatozoides.

Los estudios concluyen que la Píldora de Anticoncepción de Emergencia (PAE) no impide la implantación del óvulo fecundado. La PAE no causa aborto.

Criterios de elegibilidad

Puede ser utilizada por cualquier mujer. Se deben tener en cuenta ciertas recomendaciones.

- No se aconseja la lactancia materna durante una semana luego de tomar Acetato de Ulipristal (AU), por su excreción en la leche materna, la cual debe ser extraída y desechada en ese tiempo. Posteriormente, puede continuarse con la lactancia sin inconvenientes.
- Inductores de CYP3A4 (rifampicina, fenobarbital, carbamazepina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina), pueden reducir la eficacia de la PAE.

IMPORTANTE

- No tiene ningún efecto tomada después de la fecundación, no interfiere con la implantación o nidación.
- Ninguno de los regímenes interfiere en un embarazo ya establecido, ni puede causar daños al feto.
- No hay contraindicaciones médicas para el uso de la anticoncepción de emergencia.
- Usada de rutina es menos eficaz que los métodos regulares usados correctamente.



Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE)

Condición	AOC	LNG	AU
Lactando	1	1	2
Embarazo ectópico anterior	1	1	1
Violación	1	1	1
Historia de enfermedad grave cardiovascular	2	2	2
Migraña	2	2	2
Enfermedad hepática grave (incluyendo ictericia)	2	2	2
Inductores del CYP3A4 (rifampicina, fenitoína, fenobarbital, carbamazepina, efavirenz, fosfenitoína, nevirapina, oxcarbazepina, primidona, rifabutina, hierba de San Juan/ <i>Hypericum perforatum</i>)	1	1	1
Uso repetido de PAE	1	1	1
Obesidad	1	1	1

AOC: Anticonceptivo Oral Combinado. **LNG:** Levonorgestrel. **AU:** Acetato de Ulipristal.

Forma de administración

Cuanto más pronta sea su administración, mayor es su eficiencia.

- **Píldoras de progestágeno solo (levonorgestrel).** La primera dosis o la dosis total puede tomarse hasta los 5 días de ocurrida la relación sexual.
 - Caja con 2 comprimidos de 750 mcg de levonorgestrel. Se puede tomar un comprimido cada 12 horas, o ambos comprimidos en una única toma.
 - Caja con 1 comprimido de 1.500 mcg de levonorgestrel. Se toma un comprimido en única toma lo antes posible hasta máximo 5 días de ocurrida la relación sexual.
- Acetato de Ulipristal 30 mg (vía oral). Tomar una dosis única hasta 5 días después de la relación sexual.
- Uso de AOC como PAE (Yuzpe). La primera dosis tiene que ser tomada dentro de los primeros 5 días después de la relación sexual.
 - Píldoras con 150 mcg de levonorgestrel y 30 mcg de etinilestradiol. Dosis: ocho píldoras en total. Tomar dos dosis: cuatro cuanto antes y las otras cuatro, 12 horas después del coito.
 - Si hay píldoras con 250 mcg de levonorgestrel y 50 mcg de etinilestradiol, tomar cuatro dosis: dos cuanto antes y las otras dos, 12 horas después. Tomar solo cuatro comprimidos en total.



Efectos secundarios

De las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presenta náuseas y el 20% vómitos. En las que utilizan progestágeno solo, el 23% presenta náuseas y el 6% vómitos. Éstos son los efectos más frecuentes.

Si hay vómitos dentro de las primeras dos horas después de tomar la primera dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis. Se puede medicar con antieméticos.

Otros efectos secundarios son el aumento en la sensibilidad de las mamas, cefalea o sensación de mareo. Estos efectos no duran más de 24 horas y pueden ser tratados con analgésicos corrientes.

Orientación

- Recomendar el uso de un método regular. En caso de violencia sexual, aplicar el protocolo de atención incluyendo la oferta de antirretrovirales según protocolo.
- Aclarar que la anticoncepción de emergencia no es un método de uso regular para planificación familiar.
- Si no hay menstruación, realizar prueba de embarazo dentro de las dos semanas del retraso menstrual, y no repetir el método.
- Explicar que se toma una pastilla por evento.
- No se recomienda la lactancia materna durante una semana luego de tomar acetato de ulipristal (AU), por su excreción en la leche materna, la cual debe ser extraída y desechada en ese tiempo. Posteriormente, puede continuarse con la lactancia sin inconvenientes.
- Si hay vómitos dentro de las primeras dos horas después de tomar la primera dosis, es necesario volver a tomar la misma dosis. Se puede medicar con antieméticos.



**Uso de Pastilla de Anticoncepción de Emergencia
EN TIEMPOS DE COVID 19**

[Ver capítulo específico](#)



Anticoncepción en la adolescencia

Se considera adolescente a toda persona entre 10 a 19 años de edad, según la definición de la OMS adoptada por el Ministerio de Salud Pública.

Las personas adolescentes son sujetos de derecho, acorde a nuestra Constitución Nacional y al Código de la Niñez y la Adolescencia. Lo relacionado al cuidado de la salud sexual, el acceso a información y a insumos anticonceptivos que garantizan el consentimiento de personas adolescentes, y la protección de la confidencialidad y privacidad, son parte de la garantía del interés superior de las personas adolescentes.¹³

El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva, particularmente de planificación familiar, permite posponer las relaciones sexuales y los embarazos, o espaciarlos, en las jóvenes que tienen mayor riesgo de morir por causa de la procreación prematura, lo cual disminuye la mortalidad materna.¹⁴

A fin de salvaguardar de manera sistemática el interés superior del adolescente y reconocer la evolución de sus capacidades¹⁵, se debe disponer de servicios adecuados de salud sexual y reproductiva y que las personas adolescentes accedan a los mismos sin barreras de ningún tipo, además de que se garanticen la privacidad y la confidencialidad, dentro del marco legal correspondiente.

Personas jóvenes y adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura, basados en los criterios de elegibilidad.

- 13 Interés superior del niño: De acuerdo con el Comité de los Derechos del Niño, “en todas las medidas concernientes a los niños que tomen las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño” (51, artículo 3).
- 14 Durante la adolescencia, el riesgo de sufrir una muerte materna es mucho mayor que en mujeres de 20 años o más. Niñas menores de 15 años tienen cuatro veces más posibilidades de morir por complicaciones durante el embarazo, el parto y el posparto, que mujeres de 20 años; y en adolescentes de 15 a 19 años el riesgo está duplicado. Las adolescentes que se embarazan tienen más probabilidades de dar a luz un niño o niña de pre término o con bajo peso al nacer. Los hijos de las adolescentes presentan tasas más elevadas de mortalidad neonatal. Muchas adolescentes que se embarazan tienen que abandonar la escuela, lo cual tiene consecuencias a largo plazo para ellas personalmente, para sus familias y para la comunidad.
- 15 Evolución de las capacidades del niño: “De conformidad con la evolución de sus capacidades, los niños deben tener acceso a terapia y asesoramiento confidenciales, sin necesidad del consentimiento de sus padres o su custodia legal, cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redundará en el interés superior del niño. Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a sometirse a determinados tratamientos e intervenciones médicas sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad” (48, párrafo 31)- Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).



Anticonceptivo	Clasificación de categoría para uso desde la menarquia hasta los 19 años	Criterio de elegibilidad clínico	Efectos colaterales	Ventajas
AOC = Anticonceptivos Orales Combinados	1	Usar el método	Las adolescentes usuarias de AOC que contienen 20 µg de etinilestradiol tienen una densidad mineral ósea (DMO) inferior en comparación con aquellas que no los usan; mientras que los AOC que contienen dosis más altas de etinilestradiol tienen poco o ningún efecto.	Mejora la dismenorrea y la endometriosis. Disminuye el riesgo de algunos tipos de cáncer. El efecto protector sobre el cáncer de ovario (40-60%), reduce el riesgo de cáncer de endometrio en un 40-50% y ofrece un 20% de posible reducción del riesgo de cáncer colorrectal.
PAC = Parche Anticonceptivo Combinado	1	Usar el método	Las mujeres posmenopáusicas que siempre han usado AOC tienen una DMO similar a las que nunca los han utilizado. (64;68;78;91;101-120).	Mejora la dismenorrea
AVC = Anillo Vaginal Anticonceptivo Combinado	1	Usar el método		
AIC = Anticonceptivos Inyectables Combinados	1	Usar el método	La DMO en mujeres adolescentes o premenopáusicas puede no predecir con exactitud el riesgo de fracturas posmenopáusicas (119; 121-132).	Mejora la dismenorrea y la endometriosis. Disminuye el riesgo de algunos tipos de cáncer. El efecto protector sobre el cáncer de ovario (40-60%), reduce el riesgo de cáncer de endometrio en un 40-50% y ofrece un 20% de posible reducción del riesgo de cáncer colorrectal.
AOPS = Anticonceptivos Orales de Progesterona Sola.	1	Usar el método		Mejora de la dismenorrea y ofrece protección contra la anemia ferropénica y el cáncer de endometrio. Pueden ser usados durante la lactancia.
D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) /enantato de noretisterona (NET-EN) Durante la lactancia. En el puerperio.	2	En general, usar el método	La mayoría de los estudios muestra una densidad mineral ósea disminuida a lo largo del tiempo entre las usuarias de AMPD, pero la recuperan luego de interrumpir su uso.	Facilidad de uso. Mejora de la dismenorrea y ofrece protección contra la anemia ferropénica y el cáncer de endometrio. Pueden ser usados durante la lactancia.
LNG/ETG = implantes de levonorgestrel y etonogestrel	1	Usar el método	Irregularidad del sangrado menstrual o sangrado intermenstrual.	Altamente eficaces con fallas inferiores al 1%. Son métodos reversibles que ofrecen protección de larga duración. Facilidad de uso ya que no requieren prácticamente ninguna acción de parte de la usuaria. También pueden ser usados como métodos anticonceptivos post evento.*
DIU de Cu y LNG desde la Menarca a < 20 años.	1	Usar el método	Riesgo de embarazo, infección y perforación son bajos entre las usuarias del DIU de cualquier edad. No parecen estar asociados con la edad, sangrado o extracciones por sangrado abundante. Las mujeres jóvenes que usan los DIU pueden tener un mayor riesgo de expulsión en comparación con los usuarios de más edad del DIU - Cu.	Son métodos reversibles que ofrecen protección de larga duración. Fáciles de usar ya que requieren prácticamente ninguna acción de parte de la usuaria. También pueden ser usados como métodos anticonceptivos post evento.*

* POLICY STATEMENT Contraception for Adolescents. THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2014.

** OMS 2015. Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos. Ginebra, Suiza 5a edición.



La orientación debe basarse en enfoques de entrevistas motivacionales, tomando en cuenta el proyecto de vida y los objetivos futuros de la persona adolescente.

Dado que la abstinencia sexual es 100% efectiva para la prevención del embarazo adolescente y para las infecciones de transmisión sexual, promover la abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales en la orientación es un importante aspecto para el cuidado de la salud sexual de personas adolescentes.

Los datos disponibles dan cuenta de que la adherencia a la abstinencia y al retraso de la iniciación sexual son muy bajas, por lo que debe ofrecerse conjuntamente la orientación en anticoncepción y prevención de ITS. Además, es una oportunidad para informar sobre cómo prevenir conductas y prácticas de riesgo y promover la adopción de conductas responsables y seguras.

Según la evidencia científica reciente, para adolescentes que han decidido iniciar relaciones sexuales, es recomendable la utilización de métodos de larga duración (por su alta efectividad y poca dependencia de la continuidad en el uso), sumado al uso de condones, a fin de ofrecer la doble protección. A continuación, la tabla con los métodos disponibles para adolescentes acorde a los Criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud.

Adolescentes con discapacidades y/o enfermedades complejas

Se estima que alrededor del 16 al 25% de las personas adolescentes tiene condiciones especiales de salud como discapacidades, enfermedades autoinmunes, enfermedades crónicas, VIH, son trasplantadas o están en tratamiento por enfermedades oncológicas.

Estas condiciones, sumadas a su interés en las relaciones románticas y sexuales, requieren garantizar su acceso a información y a anticoncepción. Adicionalmente, los métodos anticonceptivos pueden ofrecer ventajas al suprimir la menstruación, o prevenir embarazos ante tratamientos teratogénicos.

La elección de métodos anticonceptivos se basa, como en todos los casos, en los criterios de elegibilidad de la OMS 2015 y respetando la elección de las personas adolescentes.



Mujeres en transición menopáusica

La transición menopáusica es el periodo de la vida de la mujer en el que se inician variaciones de los ciclos menstruales ovulatorios para pasar a otro de ciclos anovulatorios, hasta llegar al cese definitivo de la ovulación y amenorrea definitiva. Se inicia alrededor de los 40 años.

- La edad promedio de la menopausia en países desarrollados oscila entre 48-52 años.
- En América Latina a los 48 años.
- Paraguay a los 43,8 años.

Si bien la fertilidad disminuye con la edad, un embarazo acarrea más riesgos en esta etapa.

Aspectos a considerar en esta etapa

- Fertilidad y necesidades anticonceptivas.
- Riesgos de una gestación.
- Conducta sexual y uso de anticonceptivos.
- Problemas de salud y sintomatología climatérica.

Problemas de salud y sintomatología climatérica

Son frecuentes los cambios en la cantidad de sangrado, siendo a veces excesivo. Más del 50% de las mujeres cerca de la menopausia sufre de molestos sofocamientos y sudoraciones nocturnas. También palpitaciones, cefaleas y síntomas psicológicos, como irritabilidad, llanto fácil, nerviosismo, fatiga, ansiedad o insomnio.

El climaterio origina síntomas que deterioran de manera evidente la sexualidad y la calidad de vida de la mujer. Las mujeres latinoamericanas tienen más síntomas climatéricos que otras.

Elección y utilización de métodos anticonceptivos

- Ningún criterio de elegibilidad se basa solo en la edad, se debe evaluar presencia o no de enfermedades y síntomas climatéricos.



- Como paso previo a la elección se debe realizar una anamnesis y exploración básicas que nos ayuden a decidir el mejor método para cada caso concreto.
- Para ayudar a la elección informada y libre, es preciso escuchar, informar y transmitir adecuadamente la información sobre las distintas opciones existentes.
- Siempre se deben considerar las prioridades de la usuaria y de su pareja, porque la demanda en la perimenopausia puede ser más amplia y contemplar no solamente la anticoncepción, sino también la solución de otras necesidades.

El método anticonceptivo ideal para esta etapa debe tener:

- Alta eficacia anticonceptiva.
- Control de las alteraciones del ciclo menstrual.
- Mejora de los síntomas climatéricos y/o del mantenimiento de la vida sexual.
- No aumentar el riesgo cardiovascular.
- Proteger la masa ósea frente a la osteoporosis.
- Proteger de infecciones de transmisión sexual.

Es ampliamente aceptado que ningún método anticonceptivo está contraindicado, única y exclusivamente por el factor edad. En definitiva, la sumatoria de la elección libre e informada de la persona usuaria, las costumbres y las características clínicas y condiciones de riesgo de salud establecidas en los criterios médicos de elegibilidad, es la que apoya o contraindica la elección.

Anticoncepción hormonal combinada

Para mujeres de >40 años sin otra patología concomitante, el criterio de elegibilidad es 1 para todos los métodos hormonales combinados: parches, anillos vaginales combinados, anticonceptivos hormonales combinados orales e inyectables. Si existe alguna patología que condicione un criterio 3 o 4, se ofrecerán otras opciones anticonceptivas.

Beneficios de la anticoncepción hormonal combinada

- Control del flujo menstrual y ciclo irregular.
- Control de síntomas vasomotores.
- Reducción de la desmineralización ósea.



- Disminución del riesgo de algunos tipos de cáncer. Se atribuye una menor mortalidad por cáncer en general en las usuarias de AOC. El efecto protector sobre el cáncer de ovario (40-60%) es uno de los beneficios más significativos, el cual aumenta con la duración del uso y persiste durante 15 a 20 años o más, tras cesar la toma del anticonceptivo. Además, reduce el riesgo de cáncer de endometrio en un 40-50%, manteniéndose esta protección al menos de 10 a 15 años después de abandonarlo y ofrece un 20% de posible reducción del riesgo de cáncer colorrectal.
- No hay evidencias suficientes que demuestren que el uso de AOC aumente el riesgo de cáncer de mama y de cérvix.¹⁶

Anticoncepción Oral Combinada	
Ventajas	Desventajas
Anticoncepción eficaz.	Sequedad vaginal. Deseo sexual hipoactivo.
Regulan el ciclo.	Congestión venosa. Alteraciones lipídicas y coagulación.
Mejora sofocos, síndrome de tensión premenstrual y dismenorrea.	
Disminuyen sangrado 40%.	
Prevención de la osteoporosis.	
Disminuye riesgo de hiperplasia y de cáncer de endometrio y ovario.	

Dosis y tipo de droga
Etinilestradiol 20 a 35 mcg.
Valerato de estradiol 1 a 3 mg.
Adecuar a la usuaria el progestágeno y el esquema.

Progestágenos solos

Para mujeres de hasta 45 años sin otra patología concomitante, el criterio de elegibilidad es 1 para todos los métodos hormonales solo de progestágenos: anticonceptivos de progestina sola, orales e inyectables, implantes y DIU con levonorgestrel.

16 CLIMATERIC 2016 IMS Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy.



En mujeres > 45 años, los inyectables de progestina sola corresponden a criterio médico de elegibilidad 2 y los demás a criterio 1.

Si existe alguna patología que condicione un criterio 3 o 4, se ofrecerán otras opciones anticonceptivas.

Progestágenos orales o IM solos	
Ventajas	Desventajas
Anticoncepción eficaz en perimenopausia	Sequedad vaginal
Conducen a amenorrea	Deseo sexual hipoactivo
Disminuyen el sangrado	Poca o nula acción en sofocos
Controlan la adenomiosis y el tamaño de miomas	Depresión
Controlan la dismenorrea	No evitan la pérdida de masa ósea
Menor riesgo de hiperplasia y cáncer de endometrio	Sangrado irregular

DIU liberador de Levonorgestrel	
Ventajas	Desventajas
Anticoncepción eficaz en perimenopausia	Costo
Disminuye el sangrado. Conduce a la amenorrea	Nula acción en sofocos
Disminuye dismenorrea y síndrome de tensión premenstrual	Alteraciones del humor
Previene hiperplasia endometrial evita la histerectomía total	Seborrea
No enmascara la menopausia	No evitan la pérdida de masa ósea
Comodidad. Solo requiere control periódico	

DIU T de Cobre

Es de alta eficacia (nivel I de evidencia científica) y bien aceptado, a excepción de aquellas mujeres con sangrado abundante y dismenorrea.

El criterio de elegibilidad es 1 para el DIU.

No interfiere con las relaciones sexuales, no está relacionado con riesgos metabólicos o cardiovasculares, no interacciona con otros fármacos.



Dispositivos Intrauterinos T de Cobre (DIU)	
Ventajas	Desventajas
Comodidad. Solo requiere control periódico	Mayor sangrado
Anticoncepción eficaz en perimenopausia	No modifica las alteraciones del ciclo
Menor tasa de expulsión que en jóvenes	Nula acción en sofocos y en síndrome de tensión premenstrual
Menor tasa de embarazo ectópico que en jóvenes	Dismenorrea
No enmascara la menopausia	No evitan la pérdida de masa ósea
	No previene hiperplasia endometrial

Métodos de barrera

En este grupo están los condones o preservativos masculinos y femeninos y los espermicidas. El criterio de elegibilidad para todos estos métodos es 1, en relación al ciclo de vida de la mujer.

Si bien no mejora las alteraciones del ciclo ni la sintomatología climatérica y necesita la colaboración de la pareja, ofrece protección contra las infecciones de transmisión sexual.

Esterilización quirúrgica voluntaria

Alta eficacia y de efecto definitivo. Debe evaluarse si no existe una condición que requiera posponerla, o cuidados especiales para el procedimiento. En los últimos años se observa que va disminuyendo a favor de los LARC (métodos anticonceptivos reversibles de larga duración, por sus siglas en inglés).

La vasectomía es también una opción anticonceptiva.

¿Hasta cuándo deben utilizar métodos anticonceptivos las mujeres?

- Mujeres menores de 50 años hasta 2 años de amenorrea.
- Mujeres de 50 años o más hasta 1 año de amenorrea.



- Mujeres que se encuentran tomando AOC a partir de los 45 años, medir FSH en el periodo de descanso del AOC. Con un FSH mayor de 25 microgramos /dl en sangre, se puede suspender la anticoncepción.
- En caso de vivir con VIH o de tener una pareja viviendo con VIH, se debe utilizar preservativo en cada relación sexual.



Obesidad

- Mujeres con índice de masa corporal ≥ 30 kg/m² pueden utilizar acetato de medroxiprogesterona 150 o de 104 mg sin restricciones. Criterio 1.
- Mujeres con obesidad pueden utilizar anticoncepción hormonal de emergencias sin restricciones, criterio 1, ya sean hormonas orales combinadas, ulipristal o pastillas de levonorgestrel.
- Si bien la anticoncepción de emergencia puede ser menos efectiva en mujeres con IMC ≥ 30 kg/m² que en mujeres con IMC < 25 kg/m², no existen preocupaciones con respecto a su seguridad.
- La obesidad mórbida es un factor de riesgo independiente para infarto de miocardio y trombosis venosa profunda. En general, la evidencia muestra que la eficacia de la anticoncepción hormonal se mantiene en distintos grados de obesidad. Sin embargo, la misma es inconsistente en la obesidad mórbida, es decir con un IMC > 40 kg/m².
- En mujeres con > 90 kg, los parches no tienen buena eficacia, según un estudio.
- En las mujeres de más peso, los implantes de levonorgestrel comienzan a perder eficacia antes del tiempo habitual:
 - 80 kg o más, levonorgestrel pierde eficacia después de 4 años de uso.
 - 70–79 kg, levonorgestrel pierde eficacia después de 5 años de uso.
 - Con IMC ≥ 30 kg/m², la eficacia del etonogestrel es menor a 3 años.

Condición	Anticonceptivo oral combinado, parche o anillo vaginal combinado	Anticonceptivo inyectable combinado	Pastillas progestina sola	AMDP/NET_EN	LNG/ETN implantes.	DIU T de CU		DIU con LNG	
						I	C	I	C
OBESIDAD									
IMC ≥ 30 kg/m ²	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Menarquia < 18 años e IMC ≥ 30 kg/m ²	2	2	1	AMDP=2 NET_EN=1	1	1	1	1	1



Post evento obstétrico

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Método de lactancia amenorrea (MELA): la mujer debe amamantar en forma exclusiva. Puede iniciar en cualquier momento, de preferencia inmediatamente después del parto, hasta 6 meses después. (Ver capítulo específico)	<ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas posparto: 1 6 semanas a 6 meses posparto: 1
Condomes masculinos o femeninos	1
Métodos de barrera química: óvulos, tabletas, productos químicos que inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina.	1
Dispositivos intrauterinos (DIU) <ul style="list-style-type: none"> Inserción inmediata al posparto; dentro de los 10 minutos siguientes a la expulsión de la placenta después de un parto vaginal, hasta las 48 horas siguientes y antes del alta. Inserción de intervalo; a partir de las 4 semanas después del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> < 48 horas posparto: 1 para T de Cobre y 2 para Diu con LNG. >48 horas a < 4 semanas posparto: 3 para ambos DIU. > 4 semanas posparto: 1 para ambos DIU.
Anillo vaginal progestina sola.	<ul style="list-style-type: none"> Lactancia y > 4 semanas posparto: 1
Anticonceptivos orales solo de progestina.	<ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas posparto: 2 6 semanas a 6 meses posparto: 1 > 6 meses posparto: 1
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 y 104 mg y Enantato de Noretisterona (NET_EN).	<ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas posparto: 3 6 semanas a 6 meses posparto: 1 > 6 meses posparto: 1
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	<ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas posparto: 2 6 semanas a 6 meses posparto: 1 > 6 meses posparto: 1
Anticoncepción de emergencia de hormonas combinadas o con LNG solo.	1
Anticoncepción de Emergencia con ulipristal. No se recomienda la lactancia materna durante una semana luego de tomar acetato de ulipristal (AU), por su excreción en la leche materna, la cual debe ser desechada en ese tiempo. Posteriormente, puede continuarse con la lactancia sin inconvenientes.	2
Anticonceptivos combinados: orales, anillo vaginal, inyectable mensual y parche.	<ul style="list-style-type: none"> < 6 semanas posparto: 4 6 semanas a 6 meses posparto: 3 > 6 meses posparto: 2
Esterilización femenina. Este método no está disponible para adolescentes con menos de 18 años de edad, en esos casos ofrecer métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.	<ul style="list-style-type: none"> < 7 días posparto y durante la lactancia es aceptable. 7 a 42 días debe posponerse. > 42 días es aceptable.

La orientación en planificación familiar y anticoncepción, debe brindarse durante la atención prenatal, parto, posparto y el seguimiento por consultorio.



Anticoncepción posparto para mujeres que amamantan

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Condomes masculinos o femeninos	1
Métodos de barrera química: óvulos, tabletas, productos químicos que inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina, estos no protegen contra ITS/VIH.	1
Dispositivo intrauterino (DIU) <ul style="list-style-type: none"> • Inserción inmediata al posparto; dentro de los 10 minutos siguientes a la expulsión de la placenta después de un parto vaginal, hasta las 48 horas siguientes y antes del alta. • Inserción de intervalo; a partir de las 4 semanas después del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • < 48 horas posparto: 1 para ambos DIU. • > 48 horas a < 4 semanas posparto: 3 para ambos DIU. • > 4 semanas posparto: 1 para ambos DIU.
Anticonceptivos orales solo de progestina.	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 semanas posparto: 2 • > 6 semanas a < 6 meses: 1 • ≥ 6 meses posparto: 1
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 y 104 mg y Enantato de Noretisterona (NET_EN).	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 semanas posparto: 3 • > 6 semanas a < 6 meses: 1 • ≥ 6 meses posparto: 1
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 semanas posparto: 2 • > 6 semanas a < 6 meses: 1 • ≥ 6 meses posparto: 1
Anticoncepción de emergencia de hormonas combinadas o con LNG solo.	1
Anticoncepción de emergencia con ulipristal. No se recomienda la lactancia materna durante una semana luego de tomar acetato de ulipristal (AU), por su excreción en la leche materna, la cual debe ser desechada en ese tiempo. Posteriormente, puede continuarse con la lactancia sin inconvenientes.	2
Anticonceptivos combinados: orales, anillo vaginal, inyectable mensual y parche.	<ul style="list-style-type: none"> • < 6 semanas posparto: 4 • > 6 semanas a < 6 meses: 3 • ≥ 6 meses posparto: 2
Esterilización femenina. Este método no está disponible para adolescentes con menos de 18 años de edad, en esos casos ofrecer métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.	<ul style="list-style-type: none"> • < 7 días posparto y durante la lactancia es aceptable. • 7 a < 42 días debe posponerse. • > 42 días es aceptable.



Anticoncepción posparto para mujeres que no amamantan

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Condomes masculinos o femeninos	1
Métodos de barrera química: óvulos, tabletas, productos químicos que inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina.	1
Dispositivo intrauterino (DIU) <ul style="list-style-type: none"> • Inserción inmediata al posparto; dentro de los 10 minutos siguientes a la expulsión de la placenta después de un parto vaginal, hasta las 48 horas siguientes y antes del alta. • Inserción de intervalo; a partir de las 4 semanas después del parto. 	<ul style="list-style-type: none"> • < 48 horas posparto: 1 para ambos DIU. • > 48 horas a < 4 semanas posparto: 3 para ambos DIU. • > 4 semanas posparto: 1 para ambos DIU.
Anticonceptivos orales solo de progestina.	<ul style="list-style-type: none"> • < 21 días: 1
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 mg, AMPD de 104 mg y enantato de noretisterona (NET_EN).	<ul style="list-style-type: none"> • > 21 posparto: 1 • < 21 días: 1 • > 21 posparto: 1
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	<ul style="list-style-type: none"> • < 21 días: 1 • > 21 posparto: 1
Anticoncepción de emergencia de hormonas combinadas o con LNG solo.	1
Anticoncepción de Emergencia con ulipristal.	1
Anticonceptivos combinados: orales, anillo vaginal, inyectable mensual y parche.	<ul style="list-style-type: none"> • < 21 días posparto sin otros factores de riesgo de trombosis venosa profunda: 3. • < 21 días después del parto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda: 4. • > 21 a 42 días posparto sin factores de riesgo de trombosis venosa profunda: 2. • > 21 a 42 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda: 3. • > 42 días: 1
Esterilización femenina. Este método no está disponible para adolescentes con menos de 18 años de edad, en esos casos ofrecer métodos anticonceptivos reversibles de larga duración.	<ul style="list-style-type: none"> • < 7 días posparto y durante la lactancia es aceptable. • 7 a < 42 días debe posponerse. • > 42 días es aceptable.



Anticoncepción post aborto

Todos los métodos pueden ser iniciados inmediatamente después del aborto incompleto, hayan sido tratados por legrado uterino instrumental o por Aspiración Manual Endouterina (AMEU), salvo que haya existido un aborto incompleto infectado en el caso de dispositivos intrauterinos.

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Condomes masculinos o femeninos	1
Métodos de barrera química: óvulos, tabletas, productos químicos que inactivan o destruyen los espermatozoides a nivel de la vagina.	1
Dispositivos intrauterinos (DIU). T de Cobre y DIU con levonorgestrel.	<ul style="list-style-type: none"> • Post aborto 1.º trimestre: 1 para ambos DIU. • Post aborto 2.º trimestre: 2 para ambos DIU. • Post aborto séptico: 4 para ambos DIU.
Anticonceptivos orales solo de progestina.	<ul style="list-style-type: none"> • < 21 días: 1 • > 21 posparto: 1
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 mg, AMPD de 104 mg y enantato de noretisterona (NET_EN).	<ul style="list-style-type: none"> • Post aborto 1.º trimestre: 1 • Post aborto 2.º 2do trimestre: 1 • Post aborto séptico: 1
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	<ul style="list-style-type: none"> • Post aborto 1.º trimestre: 1 • Post aborto 2.º trimestre: 1 • Post aborto séptico: 1
Anticoncepción de emergencia de hormonas combinadas o con LNG solo.	1
Anticoncepción de Emergencia con ulipristal.	1
Anticonceptivos combinados: orales, anillo vaginal, inyectable mensual y parche.	<ul style="list-style-type: none"> • Post aborto 1.º trimestre: 1 • Post aborto 2.º trimestre: 1 • Post aborto séptico: 1
Esterilización femenina. Este método no está disponible para adolescentes con menos de 18 años de edad.	<ul style="list-style-type: none"> • Si el aborto no tiene complicaciones es aceptable. • Post aborto séptico o presencia de fiebre: posponer. • Hemorragia post aborto severa: posponer. • Trauma severo del tracto genital post aborto: posponer. • Perforación uterina post aborto: posponer. • Hematometra actual: posponer.



Mujeres con VIH o con riesgo de ITS

Se revisaron las recomendaciones para el uso de anticoncepción hormonal en mujeres con infecciones de transmisión sexual (ITS), alto riesgo de VIH o de ITS, mujeres con VIH y mujeres con VIH en terapia antirretroviral.

Solo cuentan con criterio 2/3 para el inicio de DIU en los casos de infección por VIH, estadios 3-4 según OMS y mujeres con terapia antirretroviral. Los demás tienen criterio 1 o 2, es decir, pueden ser utilizados.



Condición	AOC, parche o anillo vaginal combinado	Anticonceptivo inyectable combinado	Pastillas progestina sola	AMDP/ NET_EN	LNG/ETN implantes	DIU T de CU		DIU con LNG	
						I	C	I	C
Alto riesgo de VIH.	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Asintomática o infección estadio 1-2 según OMS.	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Estado avanzada o severo de infección por VIH (estadio 3-4 según OMS).	1	1	1	1	1	3	2	3	2
Terapia antirretroviral con inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa: • Abacavir • Tenofovir • Zidovudina • Lamivudina • Didanosine • Emtricitabina • Estavudina	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Terapia antirretroviral con inhibidores no-nucleósidos de la transcriptasa inversa. • Efavirenz	2	2	2	AMDP=1 NET-EN=2	2	2/3	2	2/3	2
• Etravirina	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
• Nevirapina	2	2	2	AMDP=1 NET-EN=2	2	2/3	2	2/3	2
• Rilpivirine	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Terapia antirretroviral con inhibidores de la proteasa: • Atazanavir potenciado con ritonavir • Darunavir potenciado con ritonavir • Ritonavir	2	2	2	AMDP=1 NET-EN=2	2	2/3	2	2/3	2
Terapia antirretroviral con inhibidores de la integrasa: • Raltegravir	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2
Cursando con cervicitis purulenta por gonorrea o clamidia.	1	1	1	1	1	4	2	4	2
Otras ITS, incluyendo vaginitis y excluyendo hepatitis y VIH.	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Riesgo alto de ITS.	1	1	1	1	1	2/3	2	2/3	2



Retorno a la fertilidad¹⁷

Entre los métodos anticonceptivos, solamente la esterilización masculina o vasectomía, y la femenina o ligadura tubárica, se consideran métodos permanentes o definitivos. Todas las personas que consideren recurrir a estos métodos definitivos deben recibir en la orientación correspondiente el mensaje claro de que son métodos anticonceptivos permanentes.

Todos los demás métodos anticonceptivos son reversibles, es decir, no ocasionan esterilidad y, en general, el retorno a la fertilidad es inmediato tras la interrupción del método en cuestión.

Para el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) y del enantato de noretisterona (EN-NET), el tiempo promedio que demora el retorno a la fertilidad es de 10 y 6 meses, respectivamente, desde la fecha de la última inyección, e independientemente de la duración de su uso.

17 OMS, 2018. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos, tercera edición.



Recomendaciones de anticoncepción en tiempos de COVID-19

Desde la emergencia de esta nueva enfermedad por Coronavirus (COVID-19) a fines de diciembre del 2019, se han publicado innumerables artículos respecto a la epidemiología, presentación clínica, hallazgos de laboratorio y eventuales tratamientos del SARS-CoV-2.

Esto ha generado una abrumadora cantidad de información, pero con poca o nula evidencia sólida al respecto. Pese a ello, existen algunas certezas que han permitido ir delineando el perfil de lo que a todas luces parece ser una enfermedad compleja. Esas certezas también han posibilitado desarrollar estrategias para enfrentarla de la mejor manera.

En esta revisión y adecuación de temas puntuales, se han recogido de forma resumida y didáctica, aspectos que son relevantes al momento de encarar una consulta y de realizar la indicación de métodos anticonceptivos en el contexto de COVID-19, tratando de brindar la mayor eficacia y seguridad a las personas usuarias. De esta manera se pretende apoyar a los trabajadores de salud en la toma de decisiones en este ámbito.

Cabe destacar que los servicios de salud sexual y reproductiva son considerados servicios esenciales y, en el contexto de la pandemia, deben ser garantizados como tales y mantenerse en concordancia con las medidas de prevención y mitigación de la transmisión del COVID-19.

La atención, la orientación y la provisión de métodos anticonceptivos forman parte fundamental de los servicios mencionados, por lo cual deben seguir siendo priorizados y ofertados sin interrupción. Esto permitirá evitar o disminuir casos como abortos inseguros o complicaciones graves del embarazo en mujeres con comorbilidades previas, los cuales inciden en el aumento de la mortalidad materna e infantil, sin olvidar la posibilidad de incremento del contagio de infecciones de transmisión sexual.

Sin embargo, dada la reciente aparición de la enfermedad por coronavirus (COVID-19), hay que tener en cuenta que las recomendaciones escritas en este material podrían ir sufriendo actualizaciones conforme vaya evolucionando esta pandemia y surjan nuevas evidencias científicas. Es por ello que se hace la salvedad de que lo que se describe a continuación tiene como referencia a entidades y evi-



dencias científicas publicadas hasta la fecha, pero es posible de cambios por lo expresado anteriormente.

Muchas sociedades científicas han publicado sus recomendaciones referentes a la atención en salud sexual y reproductiva, coincidiendo todas en los siguientes puntos:

- Los servicios de planificación familiar deben mantener el cuidado de la salud sexual y salud reproductiva de mujeres, hombres y adolescentes; y asegurar la provisión de métodos anticonceptivos.
- Con el objeto de continuar con la atención, y teniendo en cuenta la posibilidad de contagio, se deben emplear estrategias como el "acercamiento sin contacto" o la telemedicina, que puede constituir una estrategia válida de atención. En este sentido, deberán utilizarse, siempre que sea posible, canales como la teleconsulta, los mensajes de texto SMS, el WhatsApp, las videollamadas o las llamadas telefónicas.

Recomendaciones generales

Los hombres y mujeres que acuden para recibir estos servicios, deberán cumplir de manera estricta las medidas de protección y el personal de salud los protocolos de atención. En los servicios se debe disponer de la cantidad necesaria de Equipos de Protección Individual (EPI).

Para conocer los protocolos de protección contra el COVID, recurrir a los siguientes documentos:

- Niveles de protección en los servicios de salud: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/64b679-V19052020NivelesdeProteccionenlosServiciosdeSalud.pdf>
- Bioseguridad en atención médica ambulatoria. Protocolo para COVID-19: <https://www.mspbs.gov.py/dependencias/portal/adjunto/5dc6e6-Protocoloa-tencinambulatoria.pdf>

Las pautas más recientes de los **Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC)** y las **Recomendaciones de Prácticas Seleccionadas de EE. UU. para el uso de anticonceptivos (US SPR)** a ser tenidas en cuenta en relación a la atención son:

1. **Atención a personas usuarias en general sin síntomas de COVID-19.**
 - Deben usar máscara facial simple durante las consultas.



2. Atención de personas usuarias con síntomas de COVID-19.

- Si una persona usuaria informa sobre síntomas (por ejemplo, fiebre, tos o dificultad para respirar) antes de la consulta presencial, retrasar la consulta si no es urgente hasta que el resultado del estudio de detección de la infección esté disponible.

Las visitas no urgentes de personas sintomáticas deben retrasarse, siempre garantizando la continuidad de la anticoncepción que está utilizando.

Considerar que en personas usuarias sintomáticas debe sugerirse evitar la actividad sexual y entregar condones, si no se encuentran utilizando ningún método anticonceptivo.

Recomendar el aislamiento y buscar atención médica adicional según sea necesario. Reprogramar la visita cuando se encuentre asintomática y cumpla con los criterios para suspender el aislamiento indicado con prueba de COVID-19 positiva.

Consultas que podrían realizarse por telemedicina:

- **Asesoramiento anticonceptivo:** inicio o mantenimiento de algún método anticonceptivo. Evaluar las contraindicaciones y el uso simultáneo de medicamentos, siguiendo las pautas de los Criterios de elegibilidad de la OMS (Anexo 4). Solicitar medición de presión arterial para la consulta, si fuese posible, y documentarla. Evaluar el riesgo de embarazo. (Recurrir a la página 37 del manual: Seguridad razonable de ausencia de embarazo)
- **Asesoramiento para la utilización de la anticoncepción oral de emergencia.**
- **Consulta por utilización de métodos de larga duración.**
- **Consulta para anticoncepción permanente:** puede brindarse asesoramiento para la ligadura tubaria o vasectomía, pero tener en cuenta que se podría diferir su realización dependiendo del momento en que se encuentre la pandemia y la organización del establecimiento de salud, por los riesgos de infección. En caso de diferir la intervención, sugerir una anticoncepción alternativa efectiva.
- **Asesoramiento y consejería sobre los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad y el método de la lactancia materna y amenorrea. (MELA)**



Consultas presenciales:

- **Oferta del servicio y orientación:** dependiendo del momento de la pandemia y la organización.
- **Colocación del implante anticonceptivo, DIU o SIU:** programar el procedimiento sin demora, con las medidas de prevención establecidas y los EPI completos, asegurando la protección del equipo de salud.
- **Anticoncepción post evento obstétrico:** ofrecer alternativas anticonceptivas inmediatamente después de procedimientos como el legrado evacuador post aborto incompleto o el parto vaginal o cesárea.
- **Extracción de DIU, SIU o de implantes:** Para las personas que solicitan la extracción debido a los efectos secundarios, evaluar la relevancia de los síntomas y considerar la posibilidad de retrasar la extracción teniendo en cuenta la organización del establecimiento de salud, según el momento en que se encuentre la pandemia. Para las personas que solicitan la extracción por término del período de uso y el reemplazo, se considerarán las pautas indicadas en los apartados correspondientes.

Aseguramiento del suministro de métodos anticonceptivos

- Fortalecer la coordinación y articulación que intervienen en la cadena logística, a fin de que se cumplan los procesos en forma eficiente, asegurando la distribución y el acceso oportuno por parte de las usuarias a los métodos de su elección. A la vez, establecer las estimaciones para el requerimiento de insumos de manera eficaz.
- Mapear el panorama de los distribuidores regionales y locales, previendo cualquier retraso en la reposición para asegurar el stock en los puntos de entrega. Evitar desabastecimientos.
- Adaptar las estrategias de prestación de servicios cuando sea necesario, en el contexto de la pandemia.



Recomendaciones según métodos anticonceptivos

Anticonceptivos orales combinados (ACOs)

1. Mujeres sin diagnóstico de COVID-19

- 1.1. **Para inicio del método:** considerar los Criterios de Elegibilidad de la OMS.
- 1.2. **Para continuidad del método:** Puede mantenerse la prescripción. Los centros de distribución (nivel central, establecimientos de salud) deben intentar garantizar la entrega de la mayor cantidad de unidades posibles (3 o más), considerando accesibilidad y distancia, para disminuir las visitas de las usuarias al sistema de salud.

2. Mujeres con diagnóstico de COVID-19

Clasificar a las pacientes según grado de severidad de presentación del cuadro clínico.

- 2.1. **Cuadros leves sin factores de riesgo asociados:** pueden mantener la anticoncepción hormonal combinada.
- 2.2. **Cuadros leves con factores de riesgo asociados:** estando internadas en sala común o en aislamiento domiciliario, rotar a anticoncepción con pastillas de progestágeno solo (POPs). Se indicará el inicio al día siguiente de la suspensión del ACO, asesorando sobre las posibles alteraciones del patrón de sangrado, y la necesidad de utilización de un método de respaldo en los primeros siete días.
- 2.3. **Cuadros graves con internación en terapia intensiva:** debe retirarse la utilización de anticoncepción hormonal combinada, agregándose anticoagulación profiláctica. Recordar indicar anticoncepción de emergencia si la paciente mantuvo relaciones sexuales en las 48 horas previas a la suspensión.

Parches y anillos vaginales

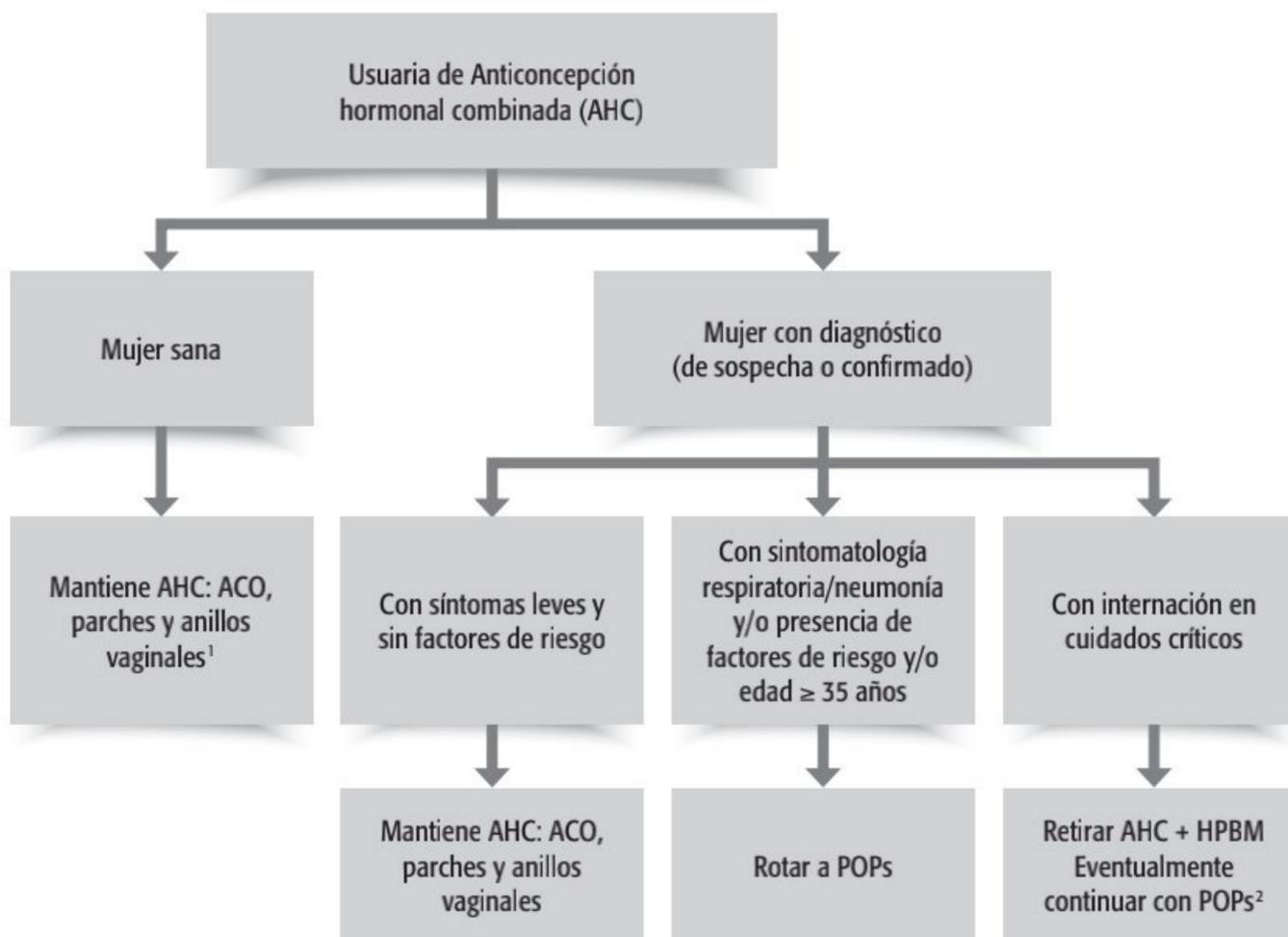
Se mantienen las mismas recomendaciones de los anticonceptivos orales combinados, considerando los Criterios de Elegibilidad de la OMS.



Inyectables combinados

Se mantienen las mismas recomendaciones de los anticonceptivos orales combinados, considerando los Criterios de Elegibilidad de la OMS. Advertir sobre el riesgo de cercanía con el personal del servicio en el momento de la aplicación. Considerar cambio de método, por ejemplo, ACOs, parches o anillos vaginales, si no existieran síntomas o contraindicaciones.

El Comité de opinión de AMAdA (Asociación Médica Argentina de Anticoncepción) resume los conceptos expuestos en el siguiente algoritmo:



AHC: Anticoncepción hormonal combinada .POPs: progestin only pills (pastillas con solo gestágeno)

HPBM: heparina de bajo peso molecular

1 Usuarías de Anticoncepción hormonal inyectable: considera utilizar AHC con otra vía de administración que no requiera un contacto estrecho para su aplicación.

2 Si utiliza la AHC por una indicación no contraceptiva (ej. manejo del sangrado menstrual abundante) puede utilizar POPs + HPBM.

Fuente: Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020 Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19



Anticonceptivo inyectable de acción prolongada (DMPA) – (Depo Provera)

1. **Mujeres sin diagnóstico de COVID-19**
 - 1.1. **Para inicio del método:** considerar los Criterios de Elegibilidad de la OMS.
 - 1.2. **Para continuidad del método:** puede mantenerse la utilización.
2. **Mujeres con diagnóstico de COVID-19**

Clasificar a las pacientes según grado de severidad de presentación del cuadro clínico.

 - 2.1. **Cuadros leves sin factores de riesgo asociados:** pueden mantener la utilización del método.
 - 2.2. **Cuadros leves con factores de riesgo asociados:** cambiar a la píldora de progestágeno solo (POP). Si han pasado hasta 14 semanas después de la inyección de DMPA, no se requieren precauciones anticonceptivas adicionales. Asesorar sobre las posibles alteraciones del patrón de sangrado, considerar la adherencia al método y si existiera algún compromiso en la absorción para su utilización (por ejemplo, antecedentes de cirugía bariátrica con técnica malabsortiva).
 - 2.3. **Cuadros graves con internación en terapia intensiva:** debe retirarse la utilización de anticoncepción. En el caso de estar indicada como tratamiento por sangrados abundantes, considerar utilizar POPs con anticoagulación profiláctica.

Dispositivos de larga duración

Son los métodos de mayor eficacia anticonceptiva e incluyen al implante subdérmico, DIU de cobre y SIU de Levonorgestrel (LNG).

1. **Mujeres sin diagnóstico de COVID-19**
 - 1.1. **Para inicio del método:** considerar los criterios de elegibilidad de la OMS y aplicarlos con las medidas de prevención establecidas y los EPI completos, asegurando la protección del equipo de salud. Los dispositivos de larga duración constituyen otra alternativa que no presenta contraindicaciones para la utilización post evento.



1.2. **Para continuidad del método:** Puede mantenerse la utilización. En el caso de que esté llegando al fin del período de utilización, se deben considerar los siguientes parámetros de extensión de utilización del método sin perjuicio de su efectividad, indicado con sólidas evidencias científicas:

- **Implante subdérmico:** puede mantenerse hasta los 4 años post inserción. Más allá de 4 años, recomendar uso de POPs o de preservativos.
- **DIU de cobre:** puede mantenerse un año más, y si las usuarias fuesen mayores de 40 años, no hay necesidad de cambiarlo.
- **SIU de LNG de 52 mg:** puede mantenerse hasta los 6 años post inserción. Más allá de 6 años, recomendar uso de POPs o utilización de preservativos.
- **SIU de LNG de 13,5 mg:** si han pasado 3 años de su uso, adicionar método de barrera o POPs.

2. Mujeres con diagnóstico de COVID-19

Clasificar a las pacientes según grado de severidad de presentación del cuadro clínico.

- 2.1. **Cuadros leves sin factores de riesgo asociados:** pueden mantener la utilización del método.
- 2.2. **Cuadros leves con factores de riesgo asociados:** Pueden mantener la utilización del método.
- 2.3. **Cuadros graves con internación en terapia intensiva:** Pueden mantener la utilización del método.

Métodos de barrera

No existe ninguna contraindicación para su uso. Se garantizará la provisión de los preservativos al igual que los otros métodos en los puntos de entrega, preconizando siempre la utilización del doble método para la protección de enfermedades de transmisión sexual.

Anticoncepción permanente

Tener en cuenta para la anticoncepción quirúrgica voluntaria, tanto la ligadura tubaria como la vasectomía, que podrán ser diferidas dependiendo del momento



evolutivo de la pandemia y de la organización del establecimiento de salud para su realización, evitando una mayor exposición a la infección.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

No existe ninguna contraindicación para su uso durante la pandemia. Incluir información y concientización sobre el método de amenorrea de la lactancia y los métodos basados en el conocimiento de la fertilidad. Según las condiciones, realizar consejería y asesoramiento por medio de consultas por telemedicina.

Anticoncepción de emergencia

No existen contraindicaciones para su utilización en cualquier circunstancia. Deberán establecerse los mecanismos adecuados para garantizar su dispensación en una situación de urgencia.

Mujeres con terapia hormonal estrogénica (THE)

1. **Mujeres sin diagnóstico de COVID-19:** Pueden continuar utilizando la THE.
2. **Mujeres con diagnóstico de COVID-19:**
 - 2.1. **Cuadros leves:** utilización de la vía transdérmica.
 - 2.2. **Cuadros graves:** suspender inmediatamente la THE e iniciar esquema de anticoagulación con Heparina de Bajo Peso Molecular (HBPM).

Reinstauración de los esquemas anticonceptivos anteriores en las pacientes curadas

Una vez que la mujer se encuentre recuperada y con su movilidad habitual, puede volver a utilizar el método anterior al cuadro si así lo desea. Se recomienda continuar la terapia profiláctica de anticoagulación por un mínimo de 7 días posteriores al alta hospitalaria o hasta su movilización completa.



Asesoramiento a mujeres que desean abandonar el método anticonceptivo buscando una gestación durante la pandemia del COVID 19

Aunque sabemos que la fisiología de la inmunidad se encuentra alterada durante el embarazo, y que ello podría alterar la respuesta ante una infección viral, hasta el momento, la evidencia sobre los efectos del COVID-19 sobre la embarazada y el recién nacido es insuficiente y se encuentra en continua revisión, por lo que las recomendaciones pueden ir cambiando.

En las series publicadas hasta la fecha, no se ha demostrado la transmisión vertical con el COVID-19 y se pudo constatar que la mayoría de las embarazadas presentaron síntomas leves. Sin embargo, en una pequeña proporción debutó con síntomas graves en el tercer trimestre.

Y considerando que no se tiene certeza de la duración de la presente pandemia, ni se dispone hasta el momento de tratamientos etiológicos, se deben mantener las recomendaciones habituales sobre la ingestión de ácido fólico, abandono de hábitos tóxicos, control de patologías crónicas y uso de medicamentos potencialmente teratogénicos, antes del abandono de cualquier método anticonceptivo. Recalcar la recomendación de evitar en lo posible las consultas presenciales y frecuentes, para minimizar el riesgo de contagio.



ANEXO 1

Periodicidad de los controles según método anticonceptivo

MÉTODO	PERIODICIDAD
Basados en el conocimiento de la fertilidad.	Cada año.
Amenorrea de la lactancia.	A los tres meses después del parto.
Hormonales.	Cada año.
DIU de intervalo.	Al mes y luego cada año.
DIU intracésárea o posparto inmediato.	En la consulta de puerperio, al tercer mes del posparto, y luego cada año.
DIU post aborto.	Al mes y luego cada año.
Esterilización quirúrgica masculina (vasectomía).	A la semana y luego a los tres meses (con recuento espermático).
Esterilización quirúrgica femenina (Oclusión tubaria bilateral).	A la semana.



ANEXO 2

Cómo calcular necesidades de condones

Las estimaciones deben estar disponibles tres meses antes del término del año, a fin de poder iniciar el proceso de compras entre noviembre a diciembre.

De acuerdo con las especificaciones técnicas y de calidad que deben reunir los condones, y la estimación de necesidades, se debe iniciar el proceso de adquisición, identificando los oferentes.

Según la legislación vigente del MSPBS así como la de la seguridad social, se pueden realizar las compras a nivel local o internacional, de forma directa o a través de agencias de cooperación (Ley N° 4313), evaluando siempre la relación costo/beneficio, sin perder de vista la calidad del insumo.

Existen varias maneras de estimar necesidades. La recomendada por el Ministerio de Salud es la que se basa en consumos reales y sus tendencias. El factor de uso para condones que se utiliza en el país es de 120 unidades por hombre por año.

Para contribuir a una mejor estimación de necesidades de condones para prevención de VIH, se sugiere utilizar ocho datos de entrada para calcular la cantidad requerida:

1. Porcentaje de la población de 15 a 49 años con actividad sexual.
2. Porcentaje de hombres de 15 a 49 años con pareja estable. Se denomina “pareja estable” al cónyuge o a la pareja con quien se vive de manera permanente.
3. Porcentaje de hombres de 15 a 49 años que declaran no tener una pareja estable.
4. Cantidad de actos sexuales con parejas ocasionales por año. Se denomina pareja ocasional a la persona que no es trabajadora sexual, pero con quien se mantienen relaciones sexuales ocasionalmente.
5. Cantidad de coitos con la pareja estable, por año. Según las encuestas, esta cifra varía de 50 a 110, con una mediana de 66.
6. Cantidad de actos sexuales comerciales por trabajador sexual, por año.
7. Porcentaje de preservativos estropeados durante el almacenamiento y la entrega. El valor por omisión es 10%.
8. Porcentaje de preservativos distribuidos mediante programas de comercialización social.



% Cantidad de preservativos que se necesita = cantidad de personas trabajadoras sexuales x actos de los trabajadores sexuales por año + cantidad de HSH x actos de HSH por año + preservativos para UDI + población masculina de 15 a 49 años x de hombres con parejas ocasionales /100 x actos sexuales por año con parejas ocasionales + población masculina de 15 a 49 años x % de hombres con parejas estables /100 x % de hombres con parejas ocasionales x contactos por año con parejas estables + valor de omisión (10% del total).

Estimar el consumo de preservativos para prevención de ITS/ VIH y sida sobre la base de encuestas demográficas que incluyan al hombre

1. Cantidad de mujeres en edad de reproducir (MEF) que viven en unión.
2. Prevalencia del preservativo de planificación familiar para las MEF que viven en unión.
3. Cantidad de hombres en edad de reproducir (HEF), normalmente entre las edades de 15 a 59 años.
4. Prevalencia informada de preservativos para los HEF.

La cantidad de mujeres que utiliza anticonceptivos se calcula de la siguiente manera:

Mujeres que usan preservativos = MEF en unión o en pareja X prevalencia de uso de condones en mujeres, según ENDSSR.

Se estima en forma similar la cantidad de hombres que utilizan preservativos:

Hombres que usan preservativos = HEF en unión o en pareja X prevalencia de uso de condones en varones, según ENDSSR.

La diferencia entre estas cifras brinda un estimado de la cantidad de hombres que utilizan preservativos con las mujeres que no son sus parejas habituales. Tal como se indicará anteriormente, esta metodología supone que estos preservativos se usan principalmente para la prevención de VIH y sida.

Varones que utilizan preservativos p/ prevención de ITS, VIH sida = Hombres que refieren usar preservativos – Mujeres que refieren usar preservativos.



Se necesita un factor SAP¹⁸ para convertir la cantidad de hombres que utilizan preservativos en consumo estimado. El factor depende de la frecuencia de las relaciones sexuales extramaritales, de la actividad prematrimonial de los hombres jóvenes y de la frecuencia de las visitas a trabajadores sexuales comerciales. Si no se cuenta con el dato se debe consultar a expertos para establecer un consenso sobre el factor SAP a utilizar.

Necesidad actual de condones= hombres que usan preservativos para prevención de VIH x SAP.

Esta cifra representa la cantidad de preservativos requeridos para la prevención del VIH y sida de todos los hombres que han declarado que usan condones, si usaron preservativos en todas las citas.

Tal como en la metodología anterior, esta cifra tiene que reducirse por la tasa de constancia de uso (y quizás también inflarse por la tasa de desperdicio del uso) para obtener un estimado final.

Para cada año sucesivo de la proyección, puede hacerse un estimado del porcentaje de varones que utiliza preservativos. Por ejemplo, si hay una campaña insistente en el país, entonces puede esperarse que aumente el nivel de uso masculino. También puede cambiar el factor SAP.

.....
18 SAP es el segmento miembro-año de protección o factores de SAP, para cada segmento diferente de población meta. La definición de SAP es el equivalente funcional de APP—la cantidad de preservativos que se necesitan para proteger a un usuario de tiempo completo de preservativos durante un año.



ANEXO 3

Manejo de dispensadores de condones

- Colocar los dispensadores de condones en lugares de fácil acceso dentro de todos los servicios públicos de salud (sala de espera, cercanos a los ficheros de admisión, cerca y/o dentro de los sanitarios tanto femeninos como masculinos, en las salas de espera de urgencias).
- Reabastecer en forma permanente los dispensadores, registrando en las planillas la cantidad de condones distribuidos como un servicio más, así como en el caso de actividades extramuros.
- En las regiones sanitarias consolidarán esa información registrando en el IMI la cantidad de condones distribuidos a través de los dispensadores, y aclarando la cantidad de dispensadores instalados en sus servicios.
- Esta información debe ser analizada localmente y remitida al nivel central en forma periódica y sistemática.



ANEXO 4

Tabla Resumida de los Criterios Médicos de Elegibilidad para el Uso de Anticonceptivos



Centers for Disease Control and Prevention
National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion

Clave:	
1 No hay restricciones (se puede usar el método)	3 Los riesgos teóricos o comprobados por lo general son mayores que los beneficios
2 Los beneficios por lo general son mayores que los riesgos teóricos o comprobados	4 Riesgos para la salud no aceptable (no se debe usar el método)

Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Accidente cerebrovascular [†]	Antecedentes de accidente cerebrovascular	1		2		2	3	3		2	3	4	
Anemias	a) Talasemia	2		1		1		1		1		1	
	b) Anemia drepanocítica [†]	2		1		1		1		1		2	
	c) Anemia ferropénica	2		1		1		1		1		1	
Anomalía anatómica	a) Distorsión de la cavidad uterina	4		4									
	b) Otras anomalías	2		2									
Antecedentes de hipertensión durante el embarazo		1		1		1		1		1		2	
Antecedentes de cirugía bariátrica [†]	a) Procedimientos restrictivos	1		1		1		1		1		1	
	b) Procedimientos malabsortivos	1		1		1		1		3		AOCs: 3 P/A: 1	
Antecedentes de cirugía pélvica		1		1		1		1		1		1	
Antecedentes de colestasis	a) Asociada al embarazo	1		1		1		1		1		2	
	b) En el pasado asociada a AOC	1		2		2		2		2		3	
Artritis reumatoide	a) En tratamiento inmunodepresor	2	1	2	1	1		2/3*		1		2	
	b) No está en tratamiento inmunodepresor	1		1		1		2		1		2	
Cáncer de cuello uterino	En espera de tratamiento	4	2	4	2	2		2		1		2	
Cáncer de ovario [†]		1		1		1		1		1		1	
Cáncer endometrial [†]		4	2	4	2	1		1		1		1	
Cardiopatía isquémica [†]	Actual y antecedentes	1		2	3	2	3	3		2	3	4	
Cefaleas	a) Sin migraña (leve o grave)	1		1		1		1		1		1*	
	b) Migraña												
	i) Sin aura (incluye migrañas menstruales)	1		1		1		1		1		2*	
	iii) Con aura	1		1		1		1		1		4*	
Cirrosis	a) Leve (compensada)	1		1		1		1		1		1	
	b) Grave [†] (descompensada)	1		3		3		3		3		4	
Diabetes	a) Antecedentes de diabetes gestacional solamente	1		1		1		1		1		1	
	b) Enfermedad no vascular												
	i) No insulino dependiente	1		2		2		2		2		2	
	ii) Insulino dependiente [†]	1		2		2		2		2		2	
	c) Nefropatía/retinopatía/neuropatía [†]	1		2		2		3		2		3/4*	
d) Otra enfermedad vascular o diabetes de >20 años de duración [†]	1		2		2		3		2		3/4*		
Dismenorrea	Grave	2		1		1		1		1		1	
Ectropión del cuello uterino		1		1		1		1		1		1	



Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Edad		Menarquia a <20 años=2		Menarquia a <20 años=2		Menarquia a <18 años=1		Menarquia a <18 años=2		Menarquia a <18 años=1		Menarquia a <40 años=1	
		>20 años=1		>20 años=1		18-45 años=1		18-45 años=1		18-45 años=1		>40 años=2	
				>45 años=1		>45 años=2		>45 años=1					
Embarazo		4*		4*		NA*		NA*		NA*		NA*	
Embarazo ectópico anterior		1		1		1		1		2		1	
Endometriosis		2		1		1		1		1		1	
Enfermedad de la vesícula biliar	a) Sintomática												
	i) Tratamiento mediante colecistectomía	1		2		2		2		2		2	
	ii) Tratamiento médico	1		2		2		2		2		3	
	iii) Actual	1		2		2		2		2		3	
	b) Asintomática	1		2		2		2		2		2	
Enfermedad de las mamas	a) Tumor sin diagnóstico	1		2		2*		2*		2*		2*	
	b) Enfermedades benignas de mamas	1		1		1		1		1		1	
	c) Antecedentes familiares de cáncer	1		1		1		1		1		1	
	d) Cáncer de mama [†]												
	i) Actual	1		4		4		4		4		4	
	ii) En el pasado y no hay evidencia actual de la enfermedad por 5 años	1		3		3		3		3		3	
Enfermedad de transmisión sexual (ETS)	a) Cervicitis purulenta o infección por clamidia o infección gonocócica	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
	b) Vaginitis (incluso por Tricomonas vaginalis y vaginosis bacteriana)	2	2	2	2	1		1		1		1	
	c) Otros factores relacionados con ETS	2*	2	2*	2	1		1		1		1	
Enfermedad inflamatoria intestinal	(Enfermedad de Crohn's, colitis ulcerosa)	1		1		1		2		2		2/3*	
Enfermedad inflamatoria pélvica	a) En el pasado, (se presume que no hay factores de riesgo actuales de ETS)												
	i) Con embarazo subsiguiente	1	1	1	1	1		1		1		1	
	ii) Sin embarazo subsiguiente	2	2	2	2	1		1		1		1	
	b) Actual	4	2*	4	2*	1		1		1		1	
Enfermedad trofoblástica gestacional (ETG) [‡]	a) ETG sospechada (evacuación inmediatamente)												
	i) Tamaño del útero de primer trimestre	1*		1*		1*		1*		1*		1*	
	ii) Tamaño del útero de segundo trimestre	2*		2*		1*		1*		1*		1*	
	b) ETG confirmado												
	i) Niveles B-hCG sin detectar o no embarazada	1*	1*	1*	1*	1*		1*		1*		1*	
	ii) Disminución de niveles B-hCG	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
	iii) Persistentemente niveles elevados de B-hCG o enfermedad maligna, sin evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	2*	1*	2*	1*	1*		1*		1*		1*	
iv) Persistentemente niveles elevados de B-hCG o enfermedad maligna, con evidencia o sospecha de enfermedad intrauterina	4*	2*	4*	2*	1*		1*		1*		1*		
Epilepsia [‡]	(Ver Interacciones Entre Medicamentos)	1		1		1*		1*		1*		1*	
Esclerosis múltiple	a) Con la inmovilidad prolongada	1		1		1		2		1		3	
	b) Sin inmovilidad prolongada	1		1		1		2		1		1	
Esquistosomiasis	a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		1	
	b) Fibrosis hepática [‡]	1		1		1		1		1		1	
Fibroma uterino		2		2		1		1		1		1	
Fibrosis quística [‡]		1*		1*		1*		2*		1*		1*	
Fumar	a) Edad <35	1		1		1		1		1		2	
	b) Edad ≥35, <15 cigarrillos/día	1		1		1		1		1		3	
	c) Edad ≥35, ≥15 cigarrillos/día	1		1		1		1		1		4	
Hepatitis viral	a) Aguda o exacerbaciones	1		1		1		1		1		3/4*	2
	b) Portador/crónica	1		1		1		1		1		1	1



Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Hiperplasia endometrial		1		1		1		1		1		1	
Hipertensión	a) Hipertensión controlada adecuadamente	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	b) Niveles elevados de presión arterial (mediciones tomadas adecuadamente)												
	i) Sistólica 140-159 o diastólica 90-99	1*		1*		1*		2*		1*		3*	
	ii) Sistólica ≥160 o diastólica ≥100†	1*		2*		2*		3*		2*		4*	
	c) Vasculopatía	1*		2*		2*		3*		2*		4*	
Lactancia materna	a) <21 días posparto					2*		2*		2*		4*	
	b) 21 a <30 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*		3*	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					2*		2*		2*		3*	
	c) 30 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*		3*	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV					1*		1*		1*		2*	
	d) >42 días posparto					1*		1*		1*		2*	
Lupus eritematoso sistémico†	a) Anticuerpos anti fosfolípidos positivos (o desconocidos)	1*	1*	3*		3*		3*	3*	3*		4*	
	b) Trombocitopenia grave	3*	2*	2*		2*		3*	2*	2*		2*	
	c) Tratamiento inmunodepresor	2*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
	d) Ninguna de las anteriores	1*	1*	2*		2*		2*	2*	2*		2*	
Miocardiopatía periparto†	a) Funcionamiento cardíaco normal o con alteración leve												
	i) <6 meses			2		2		1		1		1	
	ii) ≥6 meses			2		2		1		1		1	
	b) Funcionamiento cardíaco alterado moderado o gravemente			2		2		2		2		2	
Múltiples factores de riesgo de enfermedad cardiovascular arteriosclerótica	(como edad avanzada, fumar, diabetes, hipertensión, niveles bajos de HDL, LDL alto o niveles altos de triglicéridos)	1		2		2*		3*		2*		3/4*	
Mutaciones trombotógicas†		1*		2*		2*		2*		2*		4*	
Neoplasia intraepitelial cervical		1		2		2		2		1		2	
Neoplasias hepáticas	a) Benigna												
	i) Hiperplasia nodular focal			1		2		2		2		2	
	ii) Adenoma hepatocelular†			1		3		3		3		3	
	b) Malignas† (Hepatoma)			1		3		3		3		3	
Número de partos	a) Nullípara			2		2		1		1		1	
	b) Uno o más partos			1		1		1		1		1	
Obesidad	a) ≥30 kg/m ² índice de masa corporal (IMC)			1		1		1		1		2	
	b) Menarquia a <18 años y ≥30 kg/m ² IMC			1		1		1		2		1	
Paludismo					1		1		1		1		1
Patrones de sangrado vaginal	a) Patrón irregular sin sangrado abundante			1		1		1		2		2	
	b) Sangrado abundante o prolongado			2*		1*		2*		2*		2*	
Posaborto	a) Primer trimestre			1*		1*		1*		1*		1*	
	b) Segundo trimestre			2*		2*		1*		1*		1*	
	c) Inmediatamente después de un aborto séptico			4		4		1*		1*		1*	
Posparto (mujeres que no amamantan)	a) <21 días posparto							1		1		1	
	b) 21 a 42 días posparto												
	i) Con otros factores de riesgo de TEV							1		1		1	
	ii) Sin otros factores de riesgo de TEV							1		1		1	
c) >42 días							1		1		1		
Posparto (en mujeres que amamantan o mujeres que no amamantan, incluso después de la cesárea)	a) <10 minutos después de salir la placenta												
	i) Amamantamiento			1*		2*							
	ii) Que no amamantan			1*		1*							
	b) 10 minutos después de salir la placenta hasta <4 semanas			2*		2*							
	c) ≥4 semanas			1*		1*							
	d) Infección puerperal			4		4							



Afección	Subafección	DIU-Cu		DIU-LNG		Implante		AMPD		PPS		AHC	
		I	C	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C
Sangrado vaginal sin causa aparente	<i>(Se sospecha afección grave) antes de evaluación</i>	4*	2*	4*	2*	3*		3*		2*		2*	
Trasplante de órganos macizos†	a) Con complicaciones	3	2	3	2	2		2		2		4	
	b) Sin complicaciones	2		2		2		2		2		2*	
Trastornos de la tiroides	Bocio simple/ hipertiroidismo/ hipotiroidismo	1		1		1		1		1		1	
Trastornos depresivos		1*		1*		1*		1*		1*		1*	
Trombosis venosa profunda (TVP)/ Emboia Pulmonar (EP)	a) Antecedentes de TVP/EP, sin tratamiento anticoagulante actual												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	1		2		2		2		2		4	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	1		2		2		2		2		3	
	b) TVP/EP aguda	2		2		2		2		2		4	
	c) TVP/EP y tratamiento anticoagulante establecido por al menos 3 meses												
	i) Riesgo mayor de TVP/EP recurrente	2		2		2		2		2		4*	
	ii) Riesgo menor de TVP/EP recurrente	2		2		2		2		2		3*	
	d) Antecedentes familiares (parientes directos)	1		1		1		1		1		2	
	e) Cirugía mayor												
	i) Con inmovilización prolongada	1		2		2		2		2		4	
ii) Sin inmovilización prolongada	1		1		1		1		1		2		
f) Cirugía menor sin inmovilización	1		1		1		1		1		1		
Trastornos venosos superficiales	a) Várices	1		1		1		1		1		1	
	b) Trombosis venosa superficial (aguda o antecedentes)	1		1		1		1		1		3*	
Tuberculosis† (ver las Interacciones entre medicamentos)	a) No pélvica	1	1	1	1	1*		1*		1*		1*	
	b) Pélvica	4	3	4	3	1*		1*		1*		1*	
Tumores ováricos benignos	<i>(incluso quistes)</i>	1		1		1		1		1		1	
Valvulopatías cardíacas	a) Sin complicaciones	1		1		1		1		1		2	
	b) Con complicaciones†	1		1		1		1		1		4	
VIH	a) Alto riesgo	1*	1*	1*	1*	1		1		1		1	
	b) Infectado con el VIH					1*		1*		1*		1*	
	i) Clínicamente bien con tratamiento de TAR	1	1	1	1	Si está en tratamiento ver Interacciones entre Medicamentos							
	ii) No clínicamente bien o sin tratamiento de TAR†	2	1	2	1	Si está en tratamiento ver Interacciones entre Medicamentos							
Interacciones Entre Medicamentos													
Antirretrovirales utilizados para la prevención (PrEP) o el tratamiento del VIH.	Fosamprenavir (FPV) Todas las otras TAR son 1 ó 2 para todos los métodos	1/2*	1*	1/2*	1*	2*		2*		2*		3*	
Terapia anticonvulsiva	a) Algunos anticonvulsivos (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	1		1		2*		1*		3*		3*	
	b) Lamotrigina	1		1		1		1		1		3*	
Tratamiento antibiótico	a) Antibióticos de amplio espectro	1		1		1		1		1		1	
	b) Antifúngicos	1		1		1		1		1		1	
	c) Antiparasitario	1		1		1		1		1		1	
	d) Tratamiento con rifampicina o rifabutina	1		1		2		1		3*		3*	
ISRSs			1		1		1		1		1		
Hierba de San Juan			1		1		2		1		2		

Abreviaciones: AMPD =acetato de medroxiprogesterona de depósito; AOC=anticonceptivos orales combinados; C=continuación del método anticonceptivo; AHC=anticonceptivos hormonales combinados; DIU-Cu=dispositivo intrauterino de cobre; DIU-LNG=dispositivo intrauterino con levonorgestrel; I=inicio del método anticonceptivo; ISRSs = Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; N/A=no aplica; P/A=parche y anillo vaginal; PPS=Píldora con progesterona solamente; TAR = Terapia antirretroviral; TEV=tromboembolismo venoso.

Actualizado en 2020. *Consulte la guía completa para clarificaciones sobre esta clasificación. †Afección que expone a la mujer a un mayor riesgo debido a un embarazo. Este resumen solo contiene una parte de las recomendaciones de los criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos del US MEC. Para obtener las directrices completas consulte: https://www.odc.gov/reproductivehealth/contraception/contraception_guidance.htm



Bibliografía

1. Gobierno de Paraguay. (1992). Constitución Nacional. Asunción, Paraguay.
2. Organización Mundial de la Salud. (2015). Criterios médicos de elegibilidad para anticonceptivos. Ginebra, Suiza, 5a. Ed.
3. Reproductive Health Supplies Coalition. Progesterone vaginal ring. PRODUCT BRIEF- Caucus on New and Underused Reproductive Health Technologies.
4. RamaRao S, Clark H, Merkatz R, Sussman H y, Sitruk-Ware R. (2013). Progesterone vaginal ring: introducing a contraceptive to meet the needs of breastfeeding women. *Contraception*, 88:591-8. PMID: 23769015.
5. CORREA, S. (1997). From reproductive health to sexual rights: achievements and future challenges. *Reproductive Health Matters*, Vol. 5.
6. Reproductive Health SUPPLIES COALITION. <http://www.rhsupplies.org/>
7. Ministerio de Protección Social. (2012). Norma Técnica para la Atención en Planificación Familiar a Hombres y Mujeres. Bogotá, Colombia.
8. Novikova N y cols. (2007). *Contraception* 75:112-8
9. Croxatto y cols. (2010). *Contraception* 81:414-20
10. The American Academy of Pediatrics. (2014). Policy Statement. *Contraception for Adolescents*.
11. Organización Mundial de la Salud. (2014). Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción. Orientaciones y recomendaciones. Embarazo en adolescentes: un problema culturalmente complejo. <http://www.who.int/bulletin/volumes/87/6/09-020609/es/>
12. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2010). Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2014. Asunción, Paraguay.
13. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2014). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018. Asunción, Paraguay.
14. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). Política Nacional de Salud 2015-2030. Asunción, Paraguay.
15. CEPAL, UNFPA. (2013). Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo. Montevideo, Uruguay.
16. Gobierno de Panamá, Banco Mundial Lac, Banco Interamericano de Desarrollo, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Iniciativa de Salud Mesoamérica 2015, Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional. (2013). Declaración de Panamá. Una promesa renovada para las Américas. Panamá, Panamá.
17. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). Guía de los derechos de niñas, niños y adolescentes en los servicios de salud. Asunción. Paraguay



18. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2005). Guía Nacional de Planificación Familiar y manejo de ITS. Asunción, Paraguay.
19. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Departamento de Promoción de los Derechos de la Niñez y la Adolescencia (2015) Guía de los derechos de niñas, niños y adolescentes en los servicios de salud. Asunción, Paraguay.
20. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (2015). Adolescencia, Manual clínico, 2da. Ed. Asunción, Paraguay.
21. Organización Mundial de la Salud. (2007). UN MANUAL MUNDIAL PARA PROVEEDORES. Orientación basada en la evidencia desarrollada gracias a la colaboración mundial. Ginebra, Suiza.
22. Organización Mundial de la Salud. Biblioteca de Salud Reproductiva. (2009). Ginebra, Suiza. Culwell K. Iniciación inmediata de los anticonceptivos hormonales para la anticoncepción: Comentario de la BSR (última rev.)
23. Chedraui P, Blumel JE. (2008). Prevalencia de las mujeres con mala calidad de vida por síntomas climatéricos. *Maturitas* 61(4):323---9.
24. Bachmann GA, Leiblum SR. (2004). The impact of hormones on menopausal sexuality: a literature review. *Menopause*. 11(1):120-130.
25. CLIMATERIC. (2016) IMS. Recommendations on women's midlife health and menopause hormone therapy.
26. Pedro Antonio Regidor, Enrico Colli , and Adolf e. Schindler original article drospirenone as estrogen-free pill and hemostasis: coagulatory study results comparing a novel 4 mg formulation in a 24 + 4 cycle with desogestrel 75 mg per day -*Gynecol Endocrinol*, Early Online: 1-3 2016.
27. Celis-González C, Palacios S, Durand Carbajal M, Antonio-Regidor P. Anticoncepción Oral libre de estrógeno. *Ginecol Obstet Mex*. 2020;88(Supl 1):S1-S1. <https://doi.org/10.24245/gom.v88iSupl1.3856>
28. A randomised study comparing the effect on ovarian activity of a progestogen-only pill (POP) containing desogestrel and a new POP containing drospirenone in a 24/4 regimen Ingrid J. M. Duijkers*, Doris Heger-Mahn† , Dominique Drouin‡ and Sven Skouby§- *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 2015; Early Online: 1-9 - 2015 The European Society of Contraception and Reproductive Health DOI: 10.3109/13625187.2015.1044082
29. Agencia Española de medicamentos y productos sanitarios - 2019.
30. Duijkers Ingrid J.M., Heger-Mahn Doris, Drouin Dominique, Colli Enrico, Skouby Sven, Maintenance of ovulation inhibition with a new progestogenonly pill containing drospirenone after scheduled 24-h delays in pill intake, *Contraception* (2015), doi: 10.1016/j.contraception.2015.12.00
31. David F. Archer a, Hans-Joachim Ahrendt b Dominique Drouinc Drospirenone-only oral contraceptive: results from a multicenter noncomparative trial of efficacy, safety and tolerability <http://dx.doi.org/10.1016/j.contraception.2015.07.014> 0010-7824/© 2015 Contraception - Published by Elsevier Inc
32. Palacios, Santiago; Instituto Palacios, Salud y Medicina de la Mujer. Colli, Enrico; Regidor, Pedro-Antonio - Multicenter, phase III trials on the contraceptive efficacy, tolerability and safety of a new drospirenone only pill. *Journal Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica* Manuscript ID AOGS-19-0346.R2 - 2019.



33. To cite this article: Carolina Sales, Cuauhtémoc Celis, Guillermo Galán, Luis Hernández, Ivonne Díaz & Jorge López (2020): Drospirenone: a Latin American perspective for oestrogen-free oral contraception, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, DOI: 10.1080/13625187.2020.1837364. To link to this article: <https://doi.org/10.1080/13625187.2020.1837364>
34. Lineamientos para la prevención y mitigación de COVID-19 en la atención del embarazo, parto, puerperio y de la persona recién nacida. Versión 2.20 de julio.2020. Gobierno de México.
35. McNicholas C, Maddipati R, Zhao Q, Swor E, Peipert JF. Use of the etonogestrel implant and levonorgestrel intrauterine device beyond the US Food and Drug Administration–approved duration. *Obstetrics and gynecology* 2015; 125(3):599
36. UNFPA Millions more cases of violence, child marriage, female genital mutilation, unintended pregnancy expected due to the COVID-19 pandemic. Disponible en <https://www.unfpa.org/news/millions-more-cases-violence-child-marriage-female-genital-mutilation-unintended-pregnancies> 2 de mayo 2020
36. Comité de opinión AMAdA. Mayo 2020. Recomendaciones para el manejo de la anticoncepción durante la pandemia de COVID-19. Dras. Silvia Ciarmatori, Carlota López Kaufman, Silvia Bonsergent, Silvina Pradier. 3.Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare Essential Services in Sexual and Reproductive Healthcare <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-position-essential-srh-services-during-covid-19-march-2020/>
37. COVID-19 Anticoncepción & Planificación familiar - Declaración de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO) - 13 de abril de 2020
38. WHO. Coronavirus disease (COVID-19) and Sexual and Reproductive Health. Disponible en <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/emergencies/COVID-19-SRH/en/>, 2 de mayo 2020
39. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. FSRH CEU clinical advice to support provision of effective contraception during the COVID-19 outbreak. Disponible en <https://www.fsrh.org/documents/fsrh-ceu-clinical-advice-to-support-provision-ofeffective/>
40. Thaxton L, Lavelanet A. Systematic review of efficacy with extending contraceptive implant duration. *International Journal of Gynecology & Obst. Obstetrics* 2019;144(1):2-8
41. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare. Advice for women seeking contraception, abortion and other sexual and reproductive healthcare during the COVID-19 pandemic. Disponible en <https://www.fsrh.org/how-to-access-contraception-coronavirus/> 2 de mayo 2020
42. “Anticoncepción en tiempos de COVID-19: Consideraciones basadas en la escasa evidencia disponible a la fecha, la experiencia y el sentido común” Demayo S C, Perez Lana M B, Fernandez de Chazal F, Servetti V V, Nölting M - <http://www.saegre.org.ar> 27 de Mayo, 2020
43. Ali M, Akin A, Bahamondes L, Brache V, Habib N, Landoulsi S, et al. Extended use up to 5 years of the etonogestrel-releasing subdermal contraceptive implant: comparison to levonorgestrel-releasing subdermal implant. *Hum Reprod* 2016; 31:2491–8
44. Nanda K, Lebetkin E, Steiner MJ, Yacobson I, Dorflinger L Contraception in the Era of COVID-19 *Glob Health Sci Pract.* 2020;8: 1 -3.
45. Declaración del IMAP sobre el COVID-19 y los derechos de salud sexual y reproductiva - Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF) – Abril 2020 <https://experience.arcgis.com/experience/685d0ace521648f8a5beeee1b9125cd>



46. Sociedad Española de Contracepción (SEC) Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. Disponible en: <http://sec.es/sec/posicionamiento-sec-covid-19/>
47. Posicionamiento de la Sociedad Española de Contracepción sobre la atención a la Salud sexual y reproductiva durante el estado de Alarma Sanitaria por la pandemia del COVID-19. 5 de abril 2020 http://hosting.sec.es/descargas/PosicionamientoSEC_Covid.pdf
48. Injectable medicines commonly used in primary care during COVID-19: Long Acting Reversible Contraception. Published 18th May 2020, updated 24th June 2020. <https://www.sps.nhs.uk/articles/injectable-medicines-commonly-used-in-primary-care-during-covid-19-long-acting-reversible-contraception/>
49. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy: Information for healthcare professionals 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-04-17-coronaviruscovid-19-infection-in-pregnancy.pdf> (accessed April 21, 2020).
50. Rowe P, Farley T, Peregoudov A, Piaggio G, Boccard S, Landoulsi S, Meirik O. Safety and efficacy in parous women of a 52-mg levonorgestrel medicated intrauterine device: a 7-year randomized comparative study with the TCu380A. *Contraception*. 2016;93(6):498-506
51. Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare FSRH CEU recommendation on extended use of the etonogestrel implant and 52mg levonorgestrel releasing intrauterine system during COVID restrictions 20 March 2020. Disponible en <https://yourship.uk/wpcontent/uploads/2020/04/fsrh-recommendation-on-extended-use-of-the-etonogestrel-implant-srh-1.pdf>
52. Wu JP, Pickle S. Extended use of the intrauterine device: a literature review and recommendations for clinical practice. *Contraception*. 2014;89(6):495-503
53. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) COVID-19 FAQs for Obstetrician Gynecologists, Gynecology available at <https://www.acog.org/clinical-information/physicianfaqs/covid19-faqs-for-ob-gyns-gynecology>. (April, 2020).
54. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? *The Lancet* 2020; 395:760- [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30365-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30365-2).
55. WHO.Q&A: Contraception/Family planning and COVID-19. Disponible en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/contraception-family-planning-and-covid-19>
56. Sociedad Española de Hematología y Hemoterapia. Riesgo tromboembólico en la pandemia de covid-19 y tratamiento hormonal en mujeres perimenopáusicas y postmenopáusicas. <https://www.sehh.es/covid19/recomendaciones/123869-riesgo-tromboembolico-en-lapandemia-de-covid-19-y-tratamiento-hormonal-en-mujeres-perimenopausicas-y-postmenopausicas>
57. Orientación sobre el cambio social y de comportamiento para la planificación familiar durante el covid-19 - 14 de abril de 2020 - Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) - Breakthrough ACTION. https://www.thecompassforsbc.org/sites/default/files/strengthening_tools/Guidance%20on%20SBC%20for%20FP%20During%20COVID-19%20SP_v1.1.pdf



