Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres

2018 • Segunda Edición

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL

DGPS
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS DE SALUD

DIRECCIÓN DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko´ãga guive
Construyendo el futuro hoy

Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para mujeres y hombres

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL • 2018 • Segunda Edición

AUTORIDADES

Dr. Carlos Morínigo Aguilera
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. María Teresa Barán
Viceministra de Salud Pública

Dra. Karen Díaz
Directora General de Programas de Salud

Dr. Jorge Sosa
Director de Salud Sexual y Reproductiva

Dra. Cynthia Díaz V.
Jefa de Programa de Planificacion Familiar

INSTITUCIONES, DEPENDENCIAS Y ORGANIZACIONES
QUE CONTRIBUYERON A ESTE MANUAL

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dirección General de Programas de Salud

- Dirección de Salud Sexual y Reproductiva
- Dirección Integral de Salud de la Niñez y la Adolescencia
- Programa Nacional de Planificación Familiar

Dirección General de Promoción de la Salud

Dirección General de Planificación y Evaluación (DGPE)

Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud

- Dirección de Regiones Sanitarias
- Dirección de Hospitales Especializados
  - Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu
  - Hospital Nacional de Itaugua
  - Hospital Materno Infantil San Pablo
  - Hospital General de Barrio Obrero
- Dirección General de Atención Primaria en Salud
- Dirección de Obstetricia
- Direccion General de Vigilancia de la Salud

Organizaciones no gubernamentales

Centro Paraguayo de Estudios de Población (CEPEP)

Cruz Roja Paraguaya

Academia

Sociedad Paraguaya de Ginecología y obstetricia

Sociedad Paraguaya de Obstetricia y Ginecología de la Infancia y Adolescencia (SOGIA)

Cátedra de Ginecología y Obstetricia del Hospital de Clínicas

Asociación de Obstetras del Paraguay

Agencias Internacionales de Cooperación

Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Proyecto ASSIST de USAID

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 2014-2018.

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: Dra Carolina Vera, Dra Cynthia Diaz.
Diseño: Reinaldo Vargas Gill.
Segunda Edición.
Asunción, abril 2018.
Es propiedad: ©Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social.

VALIDACIÓN DEL MANUAL DE PLANIFICACION FAMILIAR 9/10/2017

- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección de Salud sexual y Reproductiva
- Programa de Planificación Familiar
- Instituto Andrés Barbero
- Cátedra de Ginecología y Obstetricia – Hospital de Clínicas.
- Hospital Materno Infantil San Pablo
- Hospital Nacional de Itaugua
- Hospital Reina Sofía – Cruz Roja Paraguaya
- Hospital General Pediátrico Acosta Ñu
- Sociedad Paraguaya de Ginecología y Obstetricia
- Centro Paraguayo de Estudios de Población - CEPEP
- Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
- Dirección de Salud Indígena
- Sociedad Paraguaya de Ginecología Infanto - Juvenil
- Dirección de Obstetricia
- Asociación de Obstetras del Paraguay
- Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA
- Hospital General de Barrio Obrero
- Instituto de Previsión Social – Dpto. de Ginecología y Obstetricia.
- SENEPA
- Hospital Regional de Luque
- Hospital Materno Infantil San Lorenzo
- Instituto Nacional de Salud
- Proyecto ASSIST de USAID

ÍNDICE

Presentación 13

Introducción 15

Marco Jurídico 17

El ejercicio de los derechos por las niñas, niños y adolescentes. 20

La política del MSPBS 21

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018 21

Derechos sexuales y reproductivos 21

Recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en lo relacionado a planificación familiar 23

Objetivo general 24

Objetivos específicos 24

Derechos de las personas usuarias de los servicios de planificacion familiar 25

Orientación/Consejería preconcepcional, prenatal, posparto en Planificación Familiar 26

Momentos mandatorios para la oferta de consejería en Planificación Familiar 26

La orientación/consejería 27

Elección informada y consentimiento informado 31

Proceso de elección informada en la provisión de servicios 32

Seguridad razonable de ausencia de embarazo 37

Condiciones que exponen a mujeres a un mayor riesgo de salud ante un embarazo no planificado 38

Eficacia de los métodos anticonceptivos 39

MÉTODOS HORMONALES 40

Anticonceptivos orales (AO) 40

Anticonceptivos orales combinados monofásicos (AOC) 40

Mecanismo de acción 40

Inicio del método 40

Cambio de método 41

Modo de uso o discontinuación 41

Beneficios del uso prolongado y contínuo de AOC 42

Desventajas del uso prolongado y contínuo 42

Criterios de elegibilidad 3 42

Criterios de elegibilidad 4 43

Criterios de elegibilidad 3/4 43

Eventos adversos 44

Situaciones especiales 45

Interacciones medicamentosas 45

Minipíldoras o anticonceptivos solo de progestágenos 45

Mecanismo de acción 45

Inicio de uso 46

Cambio de método 46

Modo de uso o discontinuación 46

Criterios de elegibilidad 3 47

Criterio de elegibilidad 4 47

Eventos adversos 47

Situaciones especiales 48

Interacciones medicamentosas 48

Anticonceptivos inyectables 49

Inyectables mensuales combinados 49

Mecanismo de acción 49

Inicio de uso 49

Cambio de método 49

Modo de uso o discontinuación 50

Criterios de elegibilidad 3 50

Criterios de elegibilidad 4 51

Criterios de elegibilidad 3/4 52

Manejo de inyecciones tardías de anticonceptivos combinados 52

Eventos adversos 53

Anticonceptivos inyectables de acción prolongada 54

Mecanismo de acción 54

Inicio de uso 54

Cambio de método 54

Modo de uso y discontinuidad 55

Criterios de elegibilidad 3 56

Criterio de elegibilidad 4 56
Manejo de inyecciones tardías de progestina sola 57
Efectos adversos - Situaciones que pueden presentarse y cómo manejarlas 57

Dispositivo intrauterino 60
Tipos de DIU 60
Mecanismo de acción 60
Inicio 61
Seguimiento 61
Tiempo de duración y retiro 61
Cuando discontinuar el DIU 62
Criterios de elegibilidad 3 62
Criterios de elegibilidad 4 63
Criterio 2/3 63
Técnica de aplicación 63
Pasos a seguir para la aplicación 63
Eventos adversos. Tratamiento 64
Signos de alarma 65

Implantes subdérmicos 66
Tipos de implantes 66
Mecanismo de acción 67
Inicio de uso 67
Modo de uso o discontinuación 68
Los implantes pueden retirarse 69
Criterios de elegibilidad 3 69
Criterio de elegibilidad 4 69
Técnica de aplicación 70
Técnica de retiro o recambio de implantes 70
Manejo de efectos adversos 71

Anillo vaginal 73
Tipos de anillos 73
Mecanismo de acción 73

Anillo vaginal combinado 73
Inicio 73
Cambio de método 74
Criterios de elegibilidad 3 74
Criterios de elegibilidad 4 75
Criterios de elegibilidad 3/4 75
Modo de uso 76
Situaciones que pueden presentarse y cómo solucionarlas 76

Anillo vaginal de progesterona (AVP) 77
Inicio 77
Modo de uso 78
Situaciones que pueden presentarse y cómo solucionarlas 78

Parche combinado 80
Mecanismo de acción 80
Inicio de uso 80
Criterios de elegibilidad 3 81
Criterios de elegibilidad 4 81
Criterios de elegibilidad 3/4 82
Modo de uso 82
Extracción y reemplazo tardío 83

MÉTODOS DE BARRERA 84
Indicaciones generales 84

Condón masculino o preservativo 84
Mecanismo de acción 85
Puntos clave 85
Inicio 85
Criterio de elegibilidad 3 85
Modo de uso 85
Consideraciones para oferta de condones 86
Modalidad de oferta de condones 86
Situaciones que pueden requerir cambiar de método 87
Condiciones de almacenaje 87

Condón femenino 88
Mecanismo de acción 88
Puntos clave 88
Inicio de uso 88
Modo de uso 88

ANTICONCEPCIÓN QUIRÚRGICA VOLUNTARIA DEFINITIVA 90

Ligadura de Trompas 92
Mecanismo de acción 92
Características 92
Momento indicado para realizar la esterilización 92
Criterios médicos de elegibilidad para la ligadura de trompas 93
Complicaciones 95

Anticoncepción quirúrgica masculina 96
Mecanismo de acción 96
Características 96
Criterios médicos de elegibilidad para la vasectomía 96
Técnicas de abordaje 98
Tipos de oclusión 98
Complicaciones 98
Mitos sobre la vasectomía 99
La reversión no es fácil 99
Información importante 99

MÉTODOS BASADOS EN EL CONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD 100
Bases fisiológicas 100
Características 100
Criterios médicos de elegibilidad 100
Modalidades 100
Método del ritmo (Calendario, Ogino-Knaus) 101
Características particulares 101
Ejemplo de cálculo 101
Modo de uso 101
Método de los días fijos (o Método del collar del ciclo) 102
Modo de uso 102
Método de los dos días 103
Modo de uso 103
Método de la temperatura basal, corporal o térmico 103
Metodología 103
Método de Billings, de la ovulación o del moco cervical 103
Características particulares 104
Modo de uso 104
Programación de seguimiento 104
Método sintotérmico 104
Instrucciones para personas usuarias 105
Método de lactancia materna y amenorrea (MELA) 106
Mecanismo de acción 106
Criterios básicos 106
Características 106
Contraindicaciones 106
Programación de seguimiento 107
ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA 108
Cuándo usar anticoncepción de emergencia 108
Métodos hormonales 108
Mecanismo de acción 109
Criterios de elegibilidad 109
Píldoras anticonceptivas de emergencia (PAE) 110
Forma de administración 110
Efectos colaterales 111
Consejería/Orientación 111
ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA 112
Adolescentes con discapacidades y/o enfermedades complejas 113
MUJERES EN TRANSICIÓN MENOPÁUSICA 115
Aspectos a considerar en esta etapa 115
Problemas de salud y sintomatología climatérica 115
Elección y utilización de métodos anticonceptivos 115
Método anticonceptivo ideal 116
Anticoncepción hormonal combinada 116
Beneficios de la anticoncepción hormonal combinada 116
Gestágenos solos 117
DIU T de Cobre 118
Métodos barrera 119
Esterilización quirúrgica voluntaria 119
¿Hasta cuándo deben utilizar métodos anticonceptivos las mujeres? 120
Obesidad 121
Post evento obstétrico 122
Anticoncepción posparto para mujeres que amamantan 123
Anticoncepción posparto para mujeres que no amamantan 124
Anticoncepción post aborto 125
ZIKA Y EMBARAZO 127
Generalidades del virus del Zika y embarazo 127
Cuadro Clínico 127
Complicaciones por la infección por el virus del Zika 128
Vías de transmisión del Zika 128
Medidas de protección personal 129
Recomendaciones 129
Recomendaciones de OMS y CDC para la prevención de la transmisión sexual del Zika 130
Tratamiento 130
ANEXO 1
Periodicidad de los controles según método anticonceptivo 131
ANEXO 2
Cómo calcular necesidades de condones 132
ANEXO 3
Manejo de dispensadores de condones 134
Bibliografía 135

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 – 1870

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 062

POR LA CUAL 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.

Asunción, 27 de febrero de 2018

VISTO:

La Nota DGPS Nº 47/2018, de fecha 14 de febrero de 2018, por la cual la Dirección General de Programas de Salud solicita la aprobación de la segunda edición del Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres y Hombres, para su implementación como norma de atención en el Sistema Nacional de Salud; y

CONSIDERANDO:

Que el Artículo 68 de la Constitución Nacional, dispone: "Del Derecho a la Salud". El Estado protegerá y promoverá la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad; así también el Artículo 69 establece que se promoverá el Sistema Nacional de Salud que ejecute acciones integradas.

Que, la Ley N° 836/80, Código Sanitario, Artículos 3° y 4°, establece que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales de bienestar social, y que dicha autoridad es ejercida por el Ministro, con la responsabilidad y atribuciones de cumplir y hacer cumplir las disposiciones vigentes en dicho ámbito.

Que, el mismo cuerpo legal en el Artículo 7° dispone que 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 orientarlo de acuerdo a la política de salud y al bienestar social de la Nación.

Que la Ley Nº 1032/1996, que crea el Sistema Nacional de Salud, dispone en el Artículo 4° su actuación mediante la oferta de servicios de salud de los subsectores público y privado. En este sentido, las normas que dicta el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social tienen carácter coercitivo para los servicios públicos y privados de todo el país.

Que por Resolución N° 350, de fecha 10 de junio de 2016 se aprobó la Norma Nacional de Planificación Familiar para hombres y mujeres, y se establece la obligatoriedad de su implementación en todos los establecimientos de salud públicos y privados del país.

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

Que la Dirección General de Asesoría Jurídica, según Dictamen A.J. Nº 205, de fecha 16 de febrero de 2018, ha emitido su parecer favorable a la firma de la presente Resolución.

"Sesquicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 – 1870"

Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 062. –

POR LA CUAL 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.

27 de febrero de 2018
Página N° 02/02

POR TANTO; en ejercicio de sus atribuciones legales,

EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
R E S U E L V E :

Artículo 1°. Aprobar el **Manual Nacional de Normas de Planificación Familiar para Mujeres Y Hombres, Segunda Edición, año 2018**, que se anexa y forma parte de la presente Resolución.

Artículo 2°. Disponer su implementación como norma de atención en los servicios públicos y privados integrantes del Sistema Nacional de Salud.

Artículo 3°. Encomendar a la Dirección General de Desarrollo de Servicios y Redes de Salud, la implementación de la presente norma en todos los niveles de la Red Integrada e Integral de Servicios de Salud (RIISS).

Artículo 4°. Responsabilizar a 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 aplicación de la norma.

Artículo 5°. Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.

DR. CARLOS IGNACIO MORÍNIGO AGUILERA
MINISTRO

/llm

PRESENTACIÓN

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, a través de la Dirección General de Programas de Salud, lideró la revisión y actualización de la normativa sobre planificación familiar en base a las nuevas evidencias científicas y criterios de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Este proceso se realizó aplicando el enfoque de derechos, de género, de inclusión e interculturalidad. La revisión fue participativa y contó con el apoyo técnico de expertos locales, de las sociedades científicas, de las escuelas formadoras, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y del Proyecto ASSIST de USAID (Del pueblo de los Estados Unidos de América).

El derecho a la planificación familiar está garantizado en la Constitución Nacional y en este sentido, Paraguay ha logrado avanzar en la oferta de servicios de planificación familiar, lo que ha contribuido al descenso de los embarazos no intencionales en adolescentes[1], y a la reducción de la mortalidad materna y neonatal, mejorando la calidad de vida de las personas y garantizando el ejercicio de sus derechos sexuales y reproductivos, mediante la aplicación de medicina basada en evidencia, y de políticas de salud sexual y reproductiva.

A pesar de la alta prevalencia en el uso de métodos mostrada en la última década[2], aún existen brechas en el acceso a los servicios, especialmente de adolescentes y de personas de nivel socioeconómico menos favorecido, por lo que es necesario focalizar esfuerzos para lograr la equidad en el acceso a información, y a los métodos anticonceptivos.

Dr. Carlos Morínigo Aguilera
Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

1 Prevención y reducción del embarazo no intencional en la población adolescente del cono sur.

2 Encuesta Nacional de Demografía y Salud Sexual y Reproductiva, CEPEP, 2008.

Introducción

La calidad de vida y la salud de las personas están en gran medida, influenciadas 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 tiene un componente de promoción, de acceso a información basada en evidencia científica, a través de la consejería u orientación; y de prevención a través de la oferta de métodos anticonceptivos seguros.

Todas las personas tienen derecho a contar con información, servicios, insumos y métodos de anticoncepción. El acceso universal a los mismos repercute de manera significativa en la prevención de la mortalidad materna, del embarazo adolescente y del aborto.[3] [4]

Esta garantía deriva, por una parte, de la consagración directa del derecho de las personas a acceder a servicios de salud, que le permitan el pleno ejercicio de la anticoncepción y la planificación familiar[5]; 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.[6]

Para garantizar el derecho a la salud sexual y reproductiva a través de estas normas, es necesario:

- Poner a disposición información basada en evidencia para la toma libre e informada de decisiones en el ámbito de la sexualidad y la reproducción.
- Garantizar a todas las personas, incluyendo a adolescentes, el ejercicio de la salud sexual y reproductiva, mediante la orientación/consejería, la información basada en evidencia científica, el acceso a servicios y la provisión de anticonceptivos.

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

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

5 CEDAW, artículo 12.1

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

- 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 masculinidades[7] y la paternidad responsable.
- 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 prevencion del 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 (Art. 29, CNA).

Se puntualiza la responsabilidad 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 el 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.

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

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).

Esta garantía se aplica en concordancia con el derecho a la *Calidad de Vida* (Art. 6) que será promovido por el Estado mediante planes y políticas que reconocen 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 instituciones necesarias para dichos fines (Art. 55, CN); así como también a la *planificación familiar y la salud materno-infantil*.

En este sentido, *"El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del 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 Salud Materno Infantil, para la población de escasos recursos"* (Art. 61, CN).

Por su parte, este derecho 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); atribuyendo 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 del sector humano 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 está asegurado por ley N° 4313/11, el presupuesto de los Programas de Salud Sexual y Reproductiva y el aprovisionamiento de kit de partos 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 Partos***".

Le compete además 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 la promoción de la salud, así, se indica en el Código Sanitario: *"El Ministerio 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 in-*

tegral 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, del CNA. En caso de violarlo, el Código Penal (CP), Ley N° 1.160, establece las penas, en el caso de revelación de un carácter privado, en los siguientes términos: *"1° El que revelara un secreto ajeno: 1. llegado a su conocimiento en su actuación 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: **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 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" (Art. 14, CS). 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 por las niñas, niños y adolescentes[8].

Todavía nos enfrentamos a una sociedad en la cual existen barreras para el ejercicio pleno de los derechos. Las niñas, niños y adolescentes siguen en muchos casos, siendo invisibles en el seno de sus familias, muchas veces son tratados como objeto, y aún se mantienen prácticas que afectan su salud integral, como cuando la propia familia consiente la unión de hecho de una niña menor a 14 años con un adulto a cambio de beneficios económicos; o cuando 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.

Otra de las dificultades con las que nos enfrentamos, a pesar de estar garantizada en la ley vigente, es el reconocimiento 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 (Artículo 26, CNA)
- Ser escuchados en los asuntos que les compete (Art. 12, CDN)
- A la Salud Sexual y Reproductiva, incluido el derecho a la Confidencialidad (secreto profesional, artículo 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 nuestro caso, el Derecho a la Salud.

8 Extraído de la 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 política del MSPBS

Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2018-2022

Bajo el lema: "Por una salud sexual y reproductiva equitativa, integradora, con enfoque de género, de derechos e interculturalidad", 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 *"Lograr que todas las personas en edad reproductiva puedan ejercer su derecho a la planificación voluntaria de su familia, mediante el acceso oportuno a información completa y veraz, a servicios de calidad y a la provisión gratuita de anticonceptivos efectivos."*

Derechos sexuales y reproductivos[9]

1. **Derecho a la vida**. Significa entre otras cosas, que ninguna mujer debe ser puesta en riesgo o en peligro a causa de un embarazo.
2. **Derecho a una maternidad segura**. La vida de ninguna mujer, ni 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, incluida 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.

9 Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014-2018.

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 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**. Entendiendo que toda persona tiene derecho a tratar de influir en los gobiernos para que otorguen prioridad a la salud y los derechos en materias de sexualidad y reproducción.

11. **Derecho a no ser objeto de tortura o maltrato**, incluyendo los derechos de mujeres, hombres y jovenes a ser protegidos de la violencia, la explotacion sexual y los abusos sexuales.

12. **Derecho a optar por contraer matrimonio o no y a formar y planificar una familia**. Ninguna mujer puede ser obligada a contraer matrimonio contra su voluntad.

Recomendaciones de la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia en lo relacionado a planificación familiar[10]

Los profesionales obstetras y ginecólogos y otros trabajadores de la salud involucrados 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 o programación de la planificación familiar, puesto que esta 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 pesa 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 o no desea proporcionar un método de planificación familiar, o el servicio médico por razones no médicas, debe poner todo su empeño en referir al interesado a la persona adecuada.

Paris, 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."

10 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 a toda persona en edad fértil, información, educación y acceso a los servicios de salud que posibiliten la elección libre, informada y responsable del número, y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos (AOC) de acuerdo a sus necesidades y preferencias, 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 el Virus del 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, promoviendo la equidad de género.
- Contribuir a la reducción de la morbimortalidad 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 por parte de mujeres, adolescentes y varones; 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 planificacion 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 práctica de 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 y atención. Respetar la cultura de la persona usuaria.

8. **COMODIDAD**. Sentirse a gusto mientras recibe los servicios.

9. **CONTINUIDAD**. Recibir servicios y métodos anticonceptivos por el tiempo que desee la persona usuaria.

10. **OPINIÓN**. Poder expresar puntos de vista sobre los servicios recibidos.

Orientación/Consejería preconcepcional, prenatal, posparto en Planificación Familiar

Introducción

Aplicada al trabajo en Planificación Familiar, Prevención de ITS y Prevención de la infección por el virus del Zika, significa que toda persona tiene el derecho de elegir el método que desea, basado en una clara comprensión de los beneficios y riesgos de todas las opciones anticonceptivas, incluyendo la opción de no optar por ninguna, además de recibir orientación de cómo prevenir las ITS/VIH y de prevenir la Infección por Zika, 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 consejería 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, incluyendo aborto, embarazo ectópico, perdida gestacional y parto vaginal o cesárea.

La orientación/consejería

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 virus del Zika y para la promoción de la salud.

¿Qué es la orientación/consejería?

La orientación/consejería es una conversación (un diálogo) entre un proveedor de salud capacitado y competente, y otra persona. Su principal propósito es ayudar a la persona a analizar su situación particular, así como sus conocimientos, comportamientos o prácticas, para que considere adoptar conductas y prácticas que:

- Reduzcan los riesgos a su salud.
- Mejoren o mantengan su salud.
- La ayude a recuperarse de un problema de salud suyo o de otro miembro de la familia en la consejería.
- Le ayude a analizar su situación y decidir qué es lo que quiere y puede hacer para prevenir una condición, y mantener o mejorar su salud.
- Le ayude a que desarrolle confianza en sí misma para que pueda controlar o resolver la situación o problema, si lo hubiera.
- Le facilite y guíe el proceso de cambio.
- ambas partes, proveedor de salud y cliente, deben trabajar en conjunto para encontrar posibles soluciones.
- Le facilite tomar sus propias decisiones informadas y libres.
- Le guíe a hacer un análisis de su situación personal y decida cuáles serán las acciones que tomará al respecto ejerciendo libremente su derecho a decidir.

¿Cómo se diferencia de otras formas de comunicación interpersonal?

- La orientación/consejería se distingue de la promoción, educación e información, en que se centra en las circunstancias y necesidades individuales de la persona (con o sin su pareja) y en la toma de decisiones con información.
- La orientación/consejería es diferente: es un diálogo en el que las dos personas comparten sus experiencias y colaboran para encontrar la mejor solución a la 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 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/consejería?

Un diálogo adecuado requiere de más tiempo, pero también es mucho más efectivo y satisfactorio, tanto para la persona 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/consejería?

La orientación/consejería es muy importante porque nos garantiza que los individuos y/o sus parejas conocen el derecho que tienen de decidir por sí mismos y de una manera responsable acerca de su vida reproductiva, la disminución de sus riesgos y la prevención de ITS y enfermedades como el Zika.

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

Un diálogo con un proveedor de salud capacitado y experimentado no siempre puede resolver todos estos problemas, pero contribuye a disminuirlos.

¿Qué condiciones favorecen la orientación/consejería?

- 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, comodo, donde solamente se encuentren el proveedor de servicios de consejería, la usuaria/a o la pareja, para que cuando se

hable puedan sentirse seguros de que nadie les 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 suficiente personal para que el proveedor que se dedica a la consejería disponga del tiempo que cada caso particular requiera.

¿Quién debe hacer orientación/consejería?

Cualquier proveedor de salud capacitado puede dar orientación/consejería. Lo más importante es que el proveedor 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 consejería.

Cuando la orientación/consejería que se requiere es muy especializada, el proveedor capacitado debe saber a quién y cómo referir al personal conveniente.

Los tres requisitos para dar orientación/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 consejería.

¿Qué características del orientador/consejero favorecen la consejería?

- Está capacitado en el tema que se aborda en la orientación/consejería: prenatal, posparto, planificación familiar.
- Percibe que la orientación/consejería 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 usuaria. Siente y expresa empatía, es decir, se pone en el lugar de la persona a la que está dando la orientación/consejería.
- Escucha con interés a la usuaria.
- No tiene prejuicios ante la edad, grupo étnico, estatus socio-económico, género u orientación sexual de la usuaria.
- Conoce sobre la comunicación no verbal y la utiliza apropiadamente: sus gestos son consistentes con lo que está diciendo (comunicación verbal).

- Es honesto y reconoce si tiene debilidades para referir apropiadamente a la usuaria para que sea atendida por especialistas.
- Conoce su entorno, costumbres y factores culturales (por ejemplo, las creencias) que puedan afectar la decisión de una usuaria.
- Es discreto y nunca revela las condiciones de la usuaria y sus elecciones.
- Es imparcial, no antepone su criterio sobre el de la usuaria.
- Motiva a la 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, especialmente los que estén en contra de los suyos propios.
- Tiene un deseo genuino de ayudar a las personas.

¿Qué características de la usuaria favorecen la orientación/consejería?

- 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/consejería?

- 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 consejería 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 pequeña.
- 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 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 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 deseado, 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.

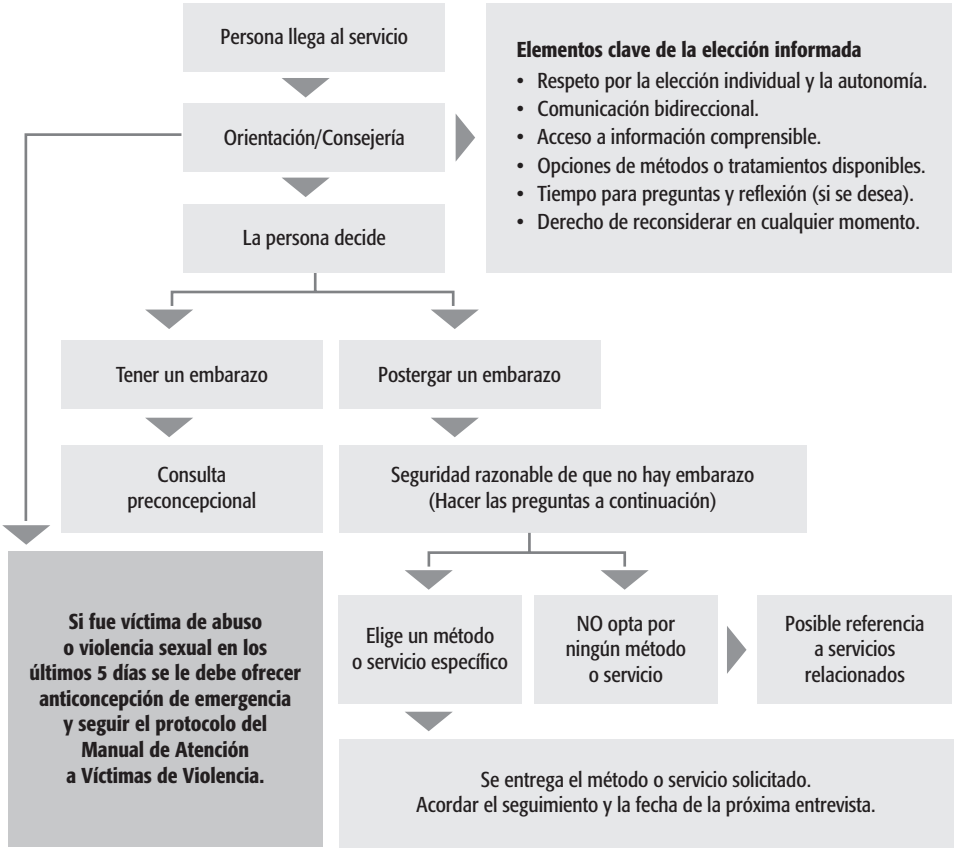
Toda embarazada que haya tenido relaciones sexuales sin protección con una pareja que tuvo o tiene infección por el VIH o por el virus del Zika o por otras ITS, deberá ser evaluada para descartar que esté infectada, especialmente por el riesgo que esta infección representa para el feto.

Elección informada y consentimiento informado

Se refiere a garantizar que cada persona tenga la información relativa a métodos y servicios – incluyendo sus riesgos y beneficios – que le permita tomar una decisión plenamente informada en cuanto a si acepta o rechaza los servicios ofrecidos, o sobre qué método anticonceptivo, o servicio va a seleccionar, no requiere consentimiento por escrito. Aplica a todos los métodos anticonceptivos reversibles.

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

Proceso de elección informada en la provisión de servicios[11]



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

Consejería/orientación preconcepcional en el contexto de la epidemia del ZIKA

RECIBA AMABLEMENTE A LA USUARIA

Establezca deseo reproductivo

Desea embarazo

Establezca riesgo de contraer ZIKA

Desea embarazo y hay riesgo de ZIKA

Pase a consulta pre-concepcional

EXPLIQUE A LA USUARIA:

- Medidas de protección contra Zika.
- La mayor parte de casos de Zika son asintomáticos.
- La infección por Zika en el embarazo puede ocasionar abortos, muertes fetales intrauterinas y defectos en recién nacido, como: *microcefalia, retraso del desarrollo psicomotor, defectos musculo esqueléticos, oculares, auditivos e irritabilidad.*
- El Condón femenino y masculino protege contra la transmisión sexual de Zika.

NO desea embarazo

NO desea embarazo y hay riesgo de ZIKA

Pase a consulta de planificación familiar.

EXPLIQUE A LA USUARIA:

- Consejería en métodos anticonceptivos, para que la usuaria haga una elección libre e informada, de acuerdo a criterios de elegibilidad médica de OMS.
- Consejería sobre prevención de Zika.
- Entrega de condones según norma.

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
PROYECTO ASSIST DE USAID
Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

Consejería/orientación prenatal en el contexto de la epidemia del ZIKA

RECIBA AMABLEMENTE A LA EMBARAZADA

Determine el riesgo de contraer Zika:
- ¿En su casa hay muchos mosquitos?
- ¿En su casa ha habido o hay alguna persona enferma de Zika?
- ¿Su pareja o usted han estado enfermos de Zika?

SÍNTOMAS:
Exantema máculo-papular con dos o más de lo siguiente:
- Fiebre Leve, conjuntivitis no purulenta.
- Cefalea, mialgia, astenia, dolor retro-orbitario.
- Edema en miembros inferiores, anorexia, vómitos, diarrea y/o dolor abdominal.

Bajo riesgo de Zika

Control prenatal según normas nacionales de atención preconcepcional, prenatal, parto, post-parto, nacimiento y puerperio.

Investigue en cada control Prenatal síntomas de Zika en ella o su pareja.

En cada control prenatal brinde consejería sobre medidas preventivas y protección personal de Zika, como el repelente, uso correcto y sistemático del condón durante el embarazo para evitar la transmisión sexual de Zika.

Alto riesgo de Zika

Control prenatal especializado según normas nacionales para la atención integral de las personas con Zika.

Determine resultado de exámenes de laboratorio para Zika.

EXPLIQUE A LA EMBARAZADA:

Riesgos y consecuencias de la infección en el embarazo para el recién nacido:
- Microcefalia.
- Convulsiones.
- Anormalidades oftalmológicas, auditivas.
- Retraso del desarrollo psicomotor.
- Irritabilidad.
- Defectos musculo-esqueléticos.

Realizar ecografía si hay sospecha de síndrome congénito asociado a Zika, repetir según normas nacionales de atención.

Continuar control especializado y referencia para apoyo psicológico de ser necesario.

Recuerde que el condón masculino o femenino es el único método que evita ITS como el VIH y Zika.

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
PROYECTO ASSIST DE USAID
Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
TESÃIHA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

Consejería/orientación post-parto en el contexto de la epidemia del ZIKA

RECIBA AMABLEMENTE A LA USUARIA

Determine el riesgo de contraer Zika:
- ¿En su casa hay muchos mosquitos?
- ¿En su casa ha habido o hay alguna persona enferma de Zika?
- ¿Su pareja o usted han estado enfermos de Zika?

Bajo riesgo de Zika

De atención post-parto siguiendo los pasos de las normas nacionales de atención preconcepcional, prenatal, parto, nacimiento y puerperio del MSPBS.

Alto riesgo de Zika

Investigue infección por Zika.

Antecedente de Zika en el embarazo.

NO

Verifique si la mujer y su pareja han tenido o tienen signos o síntomas de Zika.
EXANTEMA MÁCULO-PAPULAR CON DOS O MÁS DE LO SIGUIENTE:
- Fiebre leve, conjuntivitis no purulenta.
- Cefalea, mialgia, astenia, dolor retro-orbitario.
- Edema en miembros inferiores, anorexia, vómitos, diarrea y/o dolor abdominal.

SÍ

Revise la prueba de laboratorio de la madre.

RN con síndrome congénito asociado al Zika o microcefalia.

NO

- Dé la consejería/orientación en atención post-parto.
- Información para protección personal, de la vivienda, sus alrededores y del recién nacido contra el Zika.
- Explique el riesgo de la infección del virus del Zika para la salud del recién nacido y enfatice el uso de condón masculino y femenino para evitar transmisión sexual del Zika.

Explique que debe llevar al niño a sus controles y monitoreo del crecimiento mensualmente, porque es muy importante asegurar que el sistema nervioso del bebé se desarrolla normalmente. **Recuerde** que puede haber manifestaciones tardías del Síndrome Congénito asociado a Zika.

Acuerde próxima cita.

SÍ

Corrobore si se han indicado pruebas para Zika a él y a su madre, llene la ficha de notificación obligatoria y repórtelo a Vigilancia de la Salud.

- Brinde apoyo psicosocial básico.
- Explique que el RN deberá ser referido para evaluación y seguimiento apropiado.
- Brinde consejería en la atención post-parto.

Refiera a la madre para apoyo psicológico de ser necesario.
Refiera al recién nacido para tratamiento/seguimiento.

Recuerde que el condón masculino o femenino es el único método que evita ITS como el VIH y Zika.

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
PROYECTO ASSIST DE USAID
Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

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

RECIBA AMABLEMENTE A LA USUARIA

Clasifique la atención

Usuaria nueva

- Ofrezca información sobre métodos apropiados según criterio de elegibilidad de la OMS: deje que el o la usuaria escoja.
- Deje que el o los usuarios escojan el método libremente. Responda inquietudes.
- Verifique que no tenga contraindicaciones para el método elegido.
- Informe los beneficios y ventajas del método, mecanismo de acción, tasa de efectividad, efectos secundarios y signos de alarma.

Usuaria en seguimiento

- Pregunte sobre cómo está funcionando el método elegido.
- Aclare dudas que tenga la usuaria.
- Explique efectos secundarios si fuera necesario.
- Entregue método según norma.

Determine el riesgo de contraer Zika:

- ¿En su casa hay muchos mosquitos?
- ¿En su casa ha habido o hay alguna persona enferma de Zika?
- ¿Su pareja o usted han estado enfermos de Zika?

- Explique medidas de protección contra picaduras del mosquito.
- Informe que la mayor parte de casos son asintomáticos .
- Explique que el Zika se ha asociado a Guillain-Barre.
- Mencione los riesgos de infección por Zika durante el embarazo.
- Explique que el Zika se transmite por relaciones sexuales.
- Explique que el condón masculino o femenino es el único método que protege contra la transmisión sexual del Zika y otras ITS.
- Entregue material educativo sobre el Zika.

Acuerde próxima cita.

Recuerde que si se desea evitar la transmisión sexual del virus, se debe usar doble protección (la utilización correcta y sistemática del condón masculino o femenino junto con el método elegido por la usuaria).

USAID DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA
PROYECTO ASSIST DE USAID
Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud
TESÃI HA TEKO PORÃVE MOTENONDEHA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
TETÃ REKUÁI GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

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 realizarse 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, se debe descartar embarazo, realizar HCG en orina (tiras reactivas) o estudios en sangre y ofrecer condones 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.

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 insulinodependiente 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 (Estadíos 1 a 4 de la OMS).	Infecciones de transmisión sexual.
Cardiopatía isquémica.	Accidentes cerebrovasculares.
Lupus eritematoso sistémico	Mutaciones trombogénicas.
Cáncer de ovario.	Tuberculosis.
Zika.	

Criterios médicos de elegibilidad[12]

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.

12 5° 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[13]

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, puede comenzar el AOC en cualquier momento si existe certeza razonable de que no está embarazada.

13 Criterios médicos de elegibilidad. 5º Edición. 2015. OMS. Departamento de Salud reproductiva e investigaciones conexas. Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3 º Edición. 2018.

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 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 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

- **Método anticonceptivo a AOC**. 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 de respaldo.
  - **Diferentes dosis de píldoras**. Aplicar el intervalo recomendado para la nueva píldora. En el caso de retraso, abstinencia sexual o uso de un método de barrera de respaldo.
  - **Método no hormonal**. Debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el método a ser reemplazado no era hormonal (ej. T de Cobre, 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.
  - **Uso prolongado**. Usar solo píldoras monofásicas de dosis baja (30mcg de enantato de estradiol-EE). Debe tomar 84 días seguidos (12 semanas), y descansar 7 días. Recomenzar otro ciclo de 84 días. Nunca tomar las píldoras placebo.
  - **Uso contínuo**. Usar solo píldoras monofásicas de dosis baja. Tomar sin pausas, una por día. Si presenta sangrado, parar cuatro días y luego continuar tomando todos los días. Nunca tomar las píldoras placebo.
- **Interrupción del método**. Puede decidirse en cualquier momento que opte la usuaria. Informar siempre que se produce un retorno rápido de la fertilidad.

Beneficios del uso prolongado y contínuo 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 contínuo

- El sangrado irregular puede durar hasta los primeros 6 meses de uso, en especial, en mujeres que nunca antes han usado anticonceptivos orales combinados.
- Se necesita mayor provisión de insumos: 15 a 17 blisters 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 a159mmHg 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, oxcarbamazepina, 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 ¾ 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 respaldo.

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

- Tomar la primera píldora olvidada apenas se recuerde; descartar las demás. 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: usar la Pastilla de Anticoncepción de Emergencia (PAE).

Si olvidó recomenzar el siguiente blister 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 adversos

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.
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 la/ las cajas subsiguientes.

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 solo progestina**.
  - **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 aplicar después, abstinencia o utilizar un método de barrera de respaldo por 7 días.
  - **Diferentes dosis de píldoras**. Aplicar el intervalo recomendado para la nueva píldora. En caso de iniciar después, abstinencia o utilizar un método de barrera de respaldo por 7 días.
  - **Cambio de método no hormonal**. Debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el que va a ser reemplazado no era hormonal (ej. T de Cobre, basado en la fertilidad, condones) y si han pasado más de 5 días del inicio de la menstruación. Recomendación de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.
- Si desea **cambiar el uso de minipíldoras por otro método**, puede hacerlo en cualquier momento. Evaluar la necesidad de uso de métodos de respaldo.

Modo de uso o discontinuación

- Tomar una píldora todos los días, de preferencia en el mismo horario (sin una diferencia horaria de más de tres horas). No hacer intervalo entre las cajas.
- **Interrupción del método**. Puede decidirse en cualquier momento, informar sobre el 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 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.

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.

Eventos adversos

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.
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

- Vómitos hasta una hora después de tomar la píldora, 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 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 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 1er y 5to día. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. Si inicia después de siete días desde el inicio del sangrado menstrual: puede administrarse la primera inyección de AICs si se tiene la certeza razonable de que la mujer no esta embarazada. Deberá abstenerse de tener relaciones sexuales o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días..

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 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.

- **Mujer que cambiará de método no hormonal**. Debe utilizar un método de respaldo por 7 días si el método a ser reemplazado no era hormonal (ej. T de Cobre, 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 o discontinuación

- **Una sola aplicación mensual**. Repetir inyección cada 30 días. Tener en cuenta que esta puede adelantarse o atrasarse hasta 7 días. Sin necesidad de otro método de respaldo.
- Se presenta en suspensión inyectable intramuscular. No masajear el lugar de la inyección. Duración 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 debe almacenar el anticonceptivo.
- **Interrupción del método**. La usuaria puede decidir dejar de utilizar el método, informar 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 a159mmHg 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, oxcarbamazepina, 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 ¾ 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 su menstruación, 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 necesita exámenes, evaluación, ni método de respaldo.
- Si cuando debe repetir la inyección tiene más de 7 días de atraso, necesitará un método de respaldo o abstinencia los primeros 7 días después 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, o,

– 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 método de barrera como los preservativos o recomendarle abstinencia.

Eventos adversos

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.
Cefalea leve.	
Sensibilidad mamaria.	Amenorrea.
Leve aumento de peso, nerviosismo, acné.	

Provisión de insumos

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

Anticonceptivos inyectables de acción prolongada

Los anticonceptivos inyectables solo de progestina 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 de 200 mg (Net-EN). Para prevenir el embarazo, se aplica una inyección cada dos o tres meses, según el tipo de inyectable.

Los 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 existe seguridad 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 era 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 está cambiando de un DIU, puede comenzar con inyectables inmediatamente, idealmente antes de retirarlo y que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.
- **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, en el abdomen o en el brazo. 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.
- 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 que provienen de sitios alejados o con poca accesibilidad. Se debe informar sobre la forma en que se deben guardar y usar los viales.
- **Cambio de método**. Pueden cambiarse a otro en cualquier momento que decidan las usuarias. 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 progestina sola

- Si la usuaria regresa menos de 4 semanas tarde para la inyección de repetición del AMPD 150 mg y de AMPD de 104 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 y para el AMPD de 104 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 dado la última inyección o
  - 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 o
  - 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 adversos - 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 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, piense en alguna patología subyacente no vinculada con el uso del método.

- **Aumento de peso**. Revise la dieta y aconseje según las necesidades.
- **Distensión y molestia abdominal**. Considere medicamentos disponibles localmente.
- **Sangrado profuso o prolongado (el doble de lo usual o más de 8 días de duración)**. Indique a la usuaria que el sangrado no tiene consecuencias y que en general disminuye o desaparece después de algunos meses de uso. 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 ella lo desea, ayúdela a elegir otro método**. Investigue la posible causa, mientras tanto, puede usar uno de los tratamientos descritos anteriormente para facilitar la disminución del sangrado. Para prevenir la anemia, indique suplementos de hierro y recomiende la ingesta de alimentos que lo contengan. Si no se encuentra una causa para el sangrado, considere interrumpir los inyectables de progestágeno solo para facilitar el diagnóstico.
- **Si después de varios meses sigue el sangrado profuso o prolongado, o si aparece cuando ya se había normalizado, después de un tiempo sin menstruación, sospeche y evalúe la presencia de algún tipo de patología subyacente no vinculada al uso del método**.
- **Cefaleas comunes (no migrañosa)**.
  - Sugiera aspirina (325–650 mg), ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico.
  - Toda cefalea que empeore o aparezca con el uso de inyectables debe ser evaluada.
- **Cambios de humor o del deseo sexual**. Consejería en sexualidad.
- **Mareos**. Investigue causas.

- **Migraña**: Si la mujer presenta migraña sin aura puede continuar utilizando el método, si lo desea. Si presenta migraña con aura, no le administre la inyección. Ayúdela a elegir un método sin hormonas.
- **Sensibilidad de los senos**: Recomiende el uso de sostén inclusive durante la actividad intensa y al acostarse. Sugiera el uso de compresas 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.

Dispositivo intrauterino

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

- Protección de alta eficacia contra el embarazo por largo tiempo.
- El periodo de efectividad de la T de Cobre 380 A (T-Cu 380ª) 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 (DIU - LNG).

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 mujer no esté embarazada. Su aplicación debe ser realizada durante la menstruación, preferentemente en los primeros 5 días del ciclo. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional.[14]
- **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 iniciará el uso de DIU con levonorgestrel.
- **Mujeres post evento y en periodo de lactancia**. Ver capítulo específico.

La mujer puede comenzar a utilizar el DIU:

- Realizar exámenes de ITS y VIH (según evaluación de riesgo).
- 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 ecografia ginecológica o transvaginal de rutina.

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

Las mujeres con condiciones médicas que justifican los antibióticos profilácticos para procedimientos invasivos (p. ej., las mujeres con alteraciones de las válvulas cardíacas) pueden necesitar antibióticos profilácticos para la inserción del DIU.

Seguimiento

Los controles post inserción se realizan:

- Durante la primera visita, después de la siguiente menstruación.
- Después una vez por año.

14 OMS. Departamento de Salud Reproductiva. Recomendaciones sobre practicas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Pág. 27. Tercera edición. 2018.

- no es necesario control ecografico, que se reservara para situaciones que generen dudas.
- Aconsejar a las mujeres que regresen en cualquier momento para hablar sobre efectos secundarios u otros problemas,dudas, o si desean cambiar de método.

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 mujer 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 (insatisfecha, cambio de método, deseo de embarazo, 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
• 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).	• 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
• 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 o 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.	• 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 o 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.

Pasos a seguir para la aplicación

a. Orientación/Consejería. El personal de salud debe brindar información a la usuaria sobre el método elegido y su mecanismo de acción, sus ventajas y desventajas, además de despejar todo tipo de dudas y mitos.

b. Lavado de manos.

c. Examen físico y ginecológico.

d. Asepsia del cuello uterino y vagina con solución antiséptica.

e. Pinzamiento del cuello uterino.

f. Histerometría.

g. Preparación del DIU.

h. Aplicación del DIU acorde a la técnica de cada modelo, en la cavidad uterina.

i. Cuidado de no tocar la pared vaginal ni las paletas del espéculo con el histerómetro ni con el DIU. Utilizar instrumentales estériles.

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 marea 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. Sugiera 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. Explique que puede sentir molestias en esa zona hasta los primeros 6 meses.

Inserción post evento obstétrico: ver capítulo correspondiente.

Eventos adversos. 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 premenstruales.
- **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 sindromático.
- **Sangrado menstrual más abundante o prolongado**. Es frecuente durante los primeros 3 a 6 meses de uso del DIU. Por lo general, no es nocivo y se vuelve mas escaso con el tiempo. Se puede tratar con AINEs durante los días de sangrado. No usar aspirina.
- **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 y el DIU- LNG. 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, 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. Se debe proporcionar tratamiento integral de las ITS, incluido el asesoramiento sobre el uso de preservativos.

Signos de alarma

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

En caso de embarazo con DIU

- Se debe descartar un embarazo ectopico.
- Retirar solo si el DIU está por debajo y sin contacto íntimo con el saco gestacional, 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.

Implantes subdérmicos

Son cilindros sólidos de plástico embebidos del progestágeno etonorgestrel o levonorgestrel de aplicación subdérmica, que liberan un progestágeno (levonorgestrel o etonogestrel) parecido a la progesterona natural y 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 retirados 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 radio 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 su menstruación. Colocado en ese período no necesita método de respaldo.
  - Más de 7 días del inicio de su menstruación (más de 5 días para IMPLANON y Nexplanon), puede insertarse implantes en cualquier momento que sea razonablemente seguro de que no esté embarazada. Precisará un método de respaldo los primeros 7 días después de la inserción.
- **Sustituyendo otro método anticonceptivo de uso regular**.
  - Si está usando el método correctamente, la recomendación es colocar el implante el día que debería comenzar la nueva caja de píldoras o el día que debería colocar una nueva inyección o antes. Si se coloca más de 3 días después que debería comenzar la píldora, 7 días después que debía colocarse una inyección mensual o 28 días después de que debía colocarse una inyección trimestral, se puede colocar si hay certeza razonable de que no está embarazada y dar un método de respaldo por siete días.
  - Si está usando DIU puede colocarse y se recomienda de que el DIU se deje colocado hasta la siguiente menstruación.
  - En caso de estar en los primeros 5 días del ciclo menstrual, no requerirá otro método de respaldo.
  - En caso de que 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, puede 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, desea cambiar de método o si tiene preguntas sobre sus implantes.
  - Si aumenta de peso, puede reducirse el tiempo de efectividad de los implantes.
  - No necesita consulta de control hasta que sea fecha de retiro de los implantes. Sin embargo, se debe informar a la usuaria que será bien recibida en cualquier momento que quiera retornar.
  - Orientar sobre probabilidad de cambios del patrón de sangrados, la recuperación inmediata de fertilidad post extracción y la libertad de decidir cuándo desee 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 obstáculos, y aunque no esté de acuerdo por la razón que fuere: personal o médica.

Criterios de elegibilidad 3

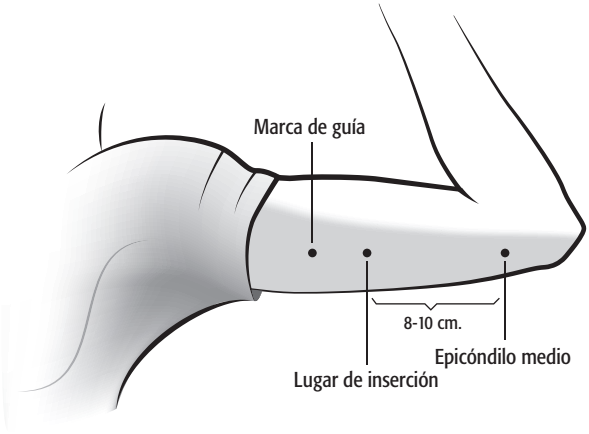
- Trombosis venosa profunda, embolia pulmonar aguda y actual.
- Cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular (anterior o actual). Criterio 3 para continuar, criterio 2 para iniciar.
- Lupus eritematoso (con anticuerpos antifosfolípidos positivo y/o severa trombocitopenia).
- Jaqueca con aura a cualquier 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 aplicación

- Antes de iniciar la colocación del implante debe explicarse a la mujer lo que se hará.



- Inserción en la cara interna del brazo.
- Asepsia de la zona.
- Anestesia local.
- Inserción subdérmica con insertador o trocar de 1 o 2 implantes o a través de una pequeña incisión sino se cuenta con los mismos.
- Afrontamiento con tela adhesiva (no requiere puntos) y se cubrirá con gasa.
- Instruir sobre cuidados posteriores, manteniendo seca y vendada la zona posterior a la inserción por 4 días y próxima visita.

Técnica de retiro o recambio de implantes

Antes de iniciar el retiro del implante debe explicársele a la mujer lo que se hará.

- Asepsia de la zona.
- Anestesia local.
- Incisión pequeña cerca del sitio de inserción.
- Extracción con pinzas.
- No se necesitan puntos, se debe colocar tela adhesiva. Se puede utilizar un vendaje elástico por encima del vendaje adhesivo, aplicando una presión suave durante 2 o 3 días para disminuir la hinchazón.
- Si una mujer quiere implantes nuevos se los coloca en el mismo acto, sin periodo de descanso, por encima o por debajo del sitio de los implantes anteriores o en el otro brazo, al momento de la extracción de los anteriores.

Manejo de efectos adversos

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 extraiga los implantes o remita 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 mujer elija.

- **Dolor después de la inserción o extracción**. Si coloca un vendaje, cerciórese que no esté demasiado ajustado, podrá 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 suministrarse: AINES por 5 días; o anticonceptivos orales combinados por 21 días; o 50 microgramos etinilestradiol diariamente durante 21 días. Si el sangrado irregular continúa o comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente, o sospecha de la presencia de otras causas no vinculadas con el uso del método, buscar otras causas.
- **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 si comienza después de varios meses de menstruación normal o ausente. Si no se detecta ningún problema ginecólogo y la mujer desea recibir tratamiento, hay opciones: AINEs o ACO por 21 días. Si la mujer no desea recibir tratamiento, o si el tratamiento no es eficaz, y el sangrado se convierte en un riesgo para la salud o la mujer no lo tolera, se debe retirar el implante y orientarla a elegir otro método.
- **Cefaleas comunes (no migrañosas)**. Puede 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**. Revise la dieta y asesore según corresponda.
- **Sensibilidad en los senos**. Recomiende el uso de sostén durante la actividad intensa y el sueño, o la aplicación de compresas calientes o frías, también 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, representa una urgencia médica. Ante un embarazo, retirar el implante.

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, reemplazándolo luego por un nuevo.
- Solo progesterona, se inserta en la vagina, se utiliza durante un máximo de tres meses y se reemplaza con un 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

- **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 puede comenzar en cualquier momento, siempre que exista certeza de que la mujer no está embarazada. Brindar un método de respaldo los primeros 7 días. Si no se tiene la seguridad se debe ofrecer condones y explicarle que comience su uso sin respaldo durante su próxima menstruación.

Cambio de método

- **Cambio de método a anillo vaginal**
  - Inmediatamente si existe certeza razonable de que no está embarazada. No es necesario esperar la próxima menstruación. 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 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.
- Sin menstruación, no relacionado con parto o lactancia. Puede comenzar en cualquier momento si no está embarazada. Requerirá método de respaldo para los primeros 7 días de uso del anillo.
- 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 posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial con sistólica de 140 a159 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, oxcarbamazepina, 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 ≥15 cigarrillos/día.
- Mujer que no amamanta, < 21 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial severa, con presión sistólica ≥160 mmHg y/o presión diastólica ≥100mmHg.
- 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 desconocido 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 ¾ 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 suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta, pero la inserción bien profunda, ayuda a que quede en su lugar y que existan menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.
- Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 semanas para el anillo con hormonas combinadas.
- 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 debe arrojarlo a la basura y, descansar una semana si utiliza el anillo vaginal con hormonas combinadas, o;
- Puede retirar el anillo para tener sexo, para limpiarlo con agua limpia o por otras razones, aunque no es necesario quitárselo. **Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas**.
- Si el anillo se sale deslizándose, debe 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 dejó de utilizarlo por más de 3 horas entre la 1ra y 2da 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 dejó de usarlo por más de 3 horas en la 3ra semana de uso: interrumpir el ciclo actual, eliminar el anillo, y ofrecer un método de respaldo durante los 7 días siguientes. Si 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.

- Estuvo más de 7 días sin insertarse un nuevo anillo o lo mantuvo colocado 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 mujer se inserta un nuevo anillo con 3 o más días de atraso y tuvo relaciones sexuales sin protección dentro de los últimos 5 días, considere ofrecer anticonceptivos orales de emergencia.

- **Cambios en la menstruación**
  - Sangrado más leve y menor a un día: tranquilizar a la usuaria, recordarle el uso correcto.
  - Sangrado irregular: informarle 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, 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 puede darse. Recordar uso correcto del anillo.
- **Cefaleas**. Evaluar causa.
- I**rritación, 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 mujer 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 suavemente presionar el anillo plegado, colocándolo completamente dentro de la vagina.
- No importa la posición exacta, pero la inserción bien profunda, ayuda a que quede en su lugar y que existan menos probabilidades de sentirlo. Los músculos de la vagina mantienen naturalmente el anillo en su lugar.
- Debe mantener el anillo colocado todo el tiempo, todos los días y noches durante 3 meses para el anillo vaginal con progesterona sola.
- 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 debe arrojarlo a la basura y reemplazarlo de inmediato si utiliza el anillo con progesterona sola.
- Puede retirar el anillo para tener sexo, para limpiarlo con agua limpia o por otras razones, aunque no es necesario quitárselo. **Nunca debe quitarse el anillo durante más de 3 horas**.
- Si el anillo se sale deslizándose, debe enjuagarlo solo con agua limpia (no utilizar jabones u otros productos) y 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 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.

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 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 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. 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 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 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 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 ≥ 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, oxcarbamazepina, 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 ≥15 cigarrillos/día.
- Mujer que no amamanta, < 21 días posparto con factores de riesgo de trombosis venosa profunda.
- Hipertensión arterial severa, con presión sistólica ≥160 mmHg y/o presión diastólica ≥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, 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. La 4ta semana se descansará del método. Ejemplo: si se coloca el primer parche un día lunes, los otros deben aplicarse los demás lunes.
- Para evitar la irritación no 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 no utiliza el parche.
- Nunca deben pasar más de 7 días sin que se reanude el uso. De hacerlo 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 (no usó parche durante 10 días o más seguidos) y ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 5 días**, evalúe la oferta de anticonceptivos de emergencia asociado a método de respaldo esperando el uso de parche hasta el próximo sangrado.
- **Si 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 el 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), interrumpa el ciclo actual y comience un nuevo ciclo de 4 semanas aplicando otro parche inmediatamente. Registre este día de la semana como el nuevo día de cambio. Use un método de respaldo los primeros 7 días de uso.

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 usarse 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), el virus del Zika y el 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, incluído 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 los 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

- Colóquese el condón antes de cualquier contacto genital.
- Oprima la punta del condón entre el pulgar y otro dedo, dejando aproximadamente 1 cm. de material de látex al extremo del pene erecto.
- Use solamente espermicidas o lubricantes de glicerina o silicona. No use lubricante oleoso ya que pueden dañar el latex.
- Después de la eyaculación, retire 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 desgarra durante el acto sexual puede utilizar espermicida (espuma o gel) inmediatamente, y valore la posibilidad de usar anticoncepción de emergencia.

- Maneje el condón cuidadosamente, para evitar rupturas; deberá tenerse 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/Sida y el virus del Zika. En el sector público se ofertarán también en las actividades extramuro 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 extramuro; 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, 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 pueden dañar el látex. (El tratamiento oral no produce daño al condón.) Se puede utilizar condón femenino o masculino de poliuretano, otro método anticonceptivo, o abstenerse del sexo 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 dígale a la persona que deje de utilizar condones de látex y elija otro método. Ayude al o el usuario 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.
- Evite fuentes de calor o luz solar (no dejar en la guantera del auto, billeteras o bolsillos de pantalón).
- Revise que se encuentren dentro de los cinco años de la fecha de fabricación.
- Antes de distribuirlos revise 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 utilizado es de 120 unidades por hombre por año. (Ver anexo 2).

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 esperma, sino también contra bacterias y virus, incluyendo el VIH 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, incluído el VIH 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 mejor eficacia debe ser usado de forma correcta en cada acto sexual.
- La mujer puede comenzar a usar el condón femenino, pero el método necesita la cooperación de su pareja.
- Puede requerir alguna práctica. Al adquirir experiencia se hace más fácil introducir y retirar el condón femenino de la vagina.
- 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

- Use un condón nuevo para cada acto sexual.

- Revise el paquete del condón. Si está dañado o roto, no lo utilice. Evitar usar el condón después de su fecha de vencimiento.
- De ser posible, lávese las manos con un jabón neutro y agua limpia antes de introducir el preservativo.
- Antes de todo contacto físico, introduzca el condón en la vagina. Puede colocarse hasta 8 horas antes del sexo.
- Elija una posición cómoda para la inserción—en cuclillas, levantando una pierna, sentada, o recostada.
- Sostenga el aro por el extremo cerrado y apriételo de modo que quede largo y angosto. Con la otra mano, separe los labios externos (labios mayores) y ubique la abertura de la vagina.
- Suavemente empuje el aro interno dentro de la vagina lo más que pueda. Introduzca un dedo en el condón para empujarlo a su posición. Tiene que quedar cerca de 2 a 3 centímetros del condón y el aro externo fuera de la vagina.
- Terminado el acto sexual, arrójelo a la basura.

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 utilizado es de 120 unidades por hombre por año. (Ver anexo 2).

Anticoncepción quirúrgica voluntaria definitiva

La anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina, oclusión tubárica 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/consejería de calidad es esencial, tanto para asegurar que la persona entienda que es una decisión definitiva, es decir, 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 el 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 que el método falle.

Estoy consciente de que toda intervención quirúrgica puede entrañar riesgos de los cuales he sido informado/a. Me han informado de 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/consejería 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 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.

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, posponerla. Si existen patologías deben ser tratadas y resueltas antes de realizar el procedimiento. Proporcione a la usuaria otro método para usar hasta que se pueda someter al procedimiento.
- **Especial**, significa que hay que tomar precauciones o hacer preparativos especiales para realizar el procedimiento con especialista y personal experimentados, equipo para realizar anestesia y soporte médico de respaldo.

Cautela

- Adenoma hepatocelular.
- Cáncer hepático.
- Anemia por células falciformes.
- Talasemia.
- Anemia con hemoglobina >7 a <10mg/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 antifosfolipídicos 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

- 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 <7mg/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.
- Estadío 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

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/consejería 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 consejería 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.

Según 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. Estas afecciones deben ser tratadas y resueltas antes de efectuar la vasectomía. Ofrezca al usuario otro método hasta que se pueda realizar el procedimiento
- **Especial**, es decir, hacer preparaciones especiales para realizarla, con un cirujano y personal experimentado y con equipamiento como 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. Dele 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 está 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, 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 relacionan 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 el 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. 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, de ser posible.
- Aplicar compresas frías sobre el escroto las primeras 4 horas, para reducir el dolor y el sangrado. Tendrá molestia, hinchazón y equimosis, que deberían desaparecer en 2 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. Puede utilizar una toalla para limpiar su cuerpo, pero no debe empaparlo con agua. Abstenerse de tener sexo 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. Sugiera ibuprofeno (200–400 mg), paracetamol (325–1000 mg), u otro analgésico. No debe ingerir aspirina, ya que retarda la coagulación.

Métodos basados en el conocimiento de la fertilidad

Son métodos que utilizan el autoreconocimiento 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 colaterales.
- 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 por 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 una 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 — 8º día del ciclo comienza la abstinencia.
C+ largo 32 – 11 = 21 — 21º día del ciclo es 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)

- 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). Desarrollado en la Universidad de Georgetown, basado en un estudio amplio para determinar el momento de la ovulación.
- Más fácil de usar que el 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 su próxima menstruación.

Modo de uso

- Se determina por historia 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 movible 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 dos ocasiones en un año, 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 percibe cualquier tipo de secreción, de cualquier color o consistencia, debe considerar que ese día y el siguiente son días fértiles.
- Puede 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 el momento en el cual el moco vuelve a ser pegajoso 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 dando de amamantar.
- Mujeres a quienes se les haya realizado procedimientos cervicales como: conización, electro cauterización.

Modo de uso

Se requiere 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, 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 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 preseñalado 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 en cuanto hayan habido 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 tenerlas cuando estas 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

Debe 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 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, dificultan el cumplimiento de las instrucciones.
- Algunas madres por condiciones de salud no pueden amamantar.

Contraindicaciones

Mujeres que tengan contraindicación para amamantar: como VIH, en tratamiento oncológico, 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 deje de cumplir alguno de los criterios debe acudir inmediatamente al establecimiento.
- 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 que ella o su pareja consideren necesario, o si presenta alguna molestia.

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 y 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 el caso de que una mujer haya sido víctima de abuso sexual.
- Su utilización está indicada hasta los 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."[15]

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.

15 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 post ovulatorio**. Altera la consistencia del moco cervical (lo vuelve más espeso) impidiendo el paso de los espermatozoides.

Los estudios concluyen que la 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 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.
- 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	1
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/Hypericum perforatum)	1	1	1
Uso repetido de PAE	1	1	1
Obesidad	1	1	1

Forma de administración

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

- **Píldoras solo de progestágeno (levonorgestrel)**. La primera dosis o la dosis total puede tomarse hasta 5 días después de la relación sexual.
  - Cajas con 2 comprimidos de 750 mcg de levonorgestrel. Se puede tomar 1 comprimido cada 12 horas, o ambos comprimidos en única toma.
  - Cajas con 1 comprimido de 1500 mcg de levonorgestrel.
- Acetato de Ulipristal 30 mg (vía oral). Tomar 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: 8 píldoras en total, dos dosis: 4 cuanto antes y otras 4 a las 12 horas después del coito.
  - Si hay píldoras con 250 mcg de levonorgestrel y 50 mcg de etinilestradiol, cuatro dosis, dos cuanto antes y dos, 12 hs después, tomar solo 4 comprimidos en total.

Efectos colaterales

De las mujeres que utilizan el método Yuzpe, el 50% presenta náuseas y el 20% vómito. En las que utilizan progestágenos solo, el 23% presenta náusea y el 6% vómito, éstos son los efectos más frecuentes.

Si vomita 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.

Consejería/Orientación

- Recomendar el uso de un método regular. En caso de violencia sexual, aplicar el protocolo de atención incluyendo la oferta de la anticoncepción de emergencia.
- 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 uno por evento.

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.[16]

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.[17]

A fin de salvaguardar de manera sistemática el interés superior del adolescente y reconocer la evolución de sus capacidades[18], 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.[19]

16 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).

17 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 post parto 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 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.

18 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 su padres o su custodio legal cuando los profesionales que examinen el caso determinen que ello redunda en el interés superior del niño. … Los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un progenitor, cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad" (48, párrafo 31)- Observación general Nº 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24).

19 OMS. Departamento de Salud sexual e Investigaciones Conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Pág 23. Tercera edición. 2018.

La orientación/consejería sobre abstinencia y retraso del inicio de las relaciones sexuales es un importante aspecto en el cuidado de la salud sexual de adolescentes, para prevenir infecciones de transmisión sexual y embarazos. Por lo que deben ser alentados en estas prácticas basándose en el proyecto de vida de los adolescentes. Sin embargo, los datos disponibles dan cuenta de que la adherencia a la abstinencia es muy baja.

Por esta razón, la promoción de la abstinencia y del retraso en el inicio de las relaciones sexuales, debe ser ofertada conjuntamente con la orientación/consejería en anticoncepción y prevención de ITS.

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 OMS.

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 al interés en 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.

Anticonceptivo		Clasificación de categoría para uso desde la menarquia hasta los 19 años	Criterio de elegibilidad clínico	Efectos colaterales	Ventajas
Anticonceptivos Hormonales	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. 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) La DMO en mujeres adolescentes o pre-menopáusicas puede no predecir con exactitud el riesgo de fracturas posmenopáusicas (119; 121-132).	
	PAC = parche anticonceptivo combinado.	1	Usar el método.		
	AVC = anillo vaginal anticonceptivo combinado.	1	Usar el método.		
	AIC = anticonceptivos inyectables combinados.	1	Usar el método.		
Anticonceptivos de Progestina sola (APS)	AOPS = anticonceptivos orales de progestina sola).	1	Usar el método.		
	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. También pueden ser usados como métodos anticonceptivos post evento*
	D/NE = acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) / enantato de noretisterona (EN-NE) 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.	
	DIU de Cu y LNG desde la Menarca a < 20 años.	2	En general, 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.	

* POLICY STATEMENT Contraception for Adolescents. THE AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS, 2014.
** OMS 2015. Criterios Médicos de Elegibilidad para Anticonceptivos. Ginebra, Suiza 5a edición.

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 finalmente 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 usos 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 debe 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.

Método anticonceptivo ideal

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

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 a20 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 des-

pués de abandonarlo y ofrece un 20% de posible reducción del riesgo de cáncer colorectal.

- No hay evidencias suficientes que demuestren que el uso de AOC aumente el riesgo de cáncer de mama y de cérvix.[20]

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. Dismenorrea.	**Dosis y tipo de droga**
Disminuyen sangrado 40%.	Etinilestradiol 20 a 35 mcg.
Prevención de la osteoporosis.	Valerato de estradiol 1 a 3 mg.
Disminuye riesgo de hiperplasia y de cáncer de endometrio y ovario.	Adecuar a la paciente el progestágeno y el esquema.

Gestágenos solos

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

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

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

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

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

Son de alta eficacia (nivel I de evidencia científica) y bien aceptados, 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 (DIU)	
Ventajas	**Desventajas**
Anticoncepción eficaz en perimenopausia.	Mayor sangrado.
Menor tasa de expulsión que en jóvenes.	No modifica las alteraciones del ciclo.
Menor tasa de embarazo ectópico que en jóvenes.	Nula acción en sofocos y en síndrome de tensión pre menstrual.
No enmascara la menopausia.	Dismenorrea.
Comodidad. Solo requiere control periódico.	No evitan la pérdida de masa ósea.
	No previene hiperplasia endometrial.

Métodos 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, siglas en inglés).

La vasectomía es también una opción anticonceptiva.

> Es ampliamente aceptado que ningún método anticonceptivo está contraindicado, única y exclusivamente por el factor edad. Son en definitiva las características clínicas de la usuaria y sus riesgos, que están bien establecidas en los criterios médicos de utilización, las que aconsejan o contraindican la elección.

¿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, 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 IMC>40 kg/m2.
- En mujeres con >90 kg, los parches no tienen buena eficacia según un estudio.
- Los implantes de levonorgestrel comienzan a perder eficacia antes en las mujeres de más peso:
  - 80 kg o más, levonorgestrel pierden 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 etonorgestrel 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/m²	2	2	1	1	1	1	1	1	1
Menarquia < 18 años e IMC ≥ 30 kg/m²	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 al parto, hasta los 6 meses después. (Ver capítulo específico).	• < 6 semanas posparto: **1** • 6 semanas a 6 meses posparto:**1**
Condones 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**
Dispositivos intrauterinos (DIU): Es un método de larga duración, reversible, conveniente, práctico y seguro, no afecta la lactancia. **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. Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero. **Inserción de intervalo**; a partir de las **4 semanas después del parto**.	• < 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.	• Lactancia y > 4 semanas posparto: **1**
Anticonceptivos orales solo de progestina. Pueden ser ofrecidos a mujeres menores de 20 años.	• < 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).	• < 6 semanas posparto: **3** • 6 semanas a 6 meses posparto: **1** • > 6 meses posparto: **1**
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	• < 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.	**2** 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.
Anticonceptivos combinados: orales, anillo vaginal, inyectable mensual y parche.	• < 6 semanas posparto: **4** • 6 semanas a 6 meses posparto: **3** • > 6 meses posparto: **2**
Esterilización femenina. En caso de mujeres jóvenes asegurarse que la mujer entienda que es un método definitivo. Ofrecer además métodos de larga duración.	• < 7 días posparto y durante la lactancia es aceptable. • 7 a 42 días debe posponerse. • > 42 días es aceptable.

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

Anticoncepción posparto para mujeres que amamantan

OBSERVACIÓN

La ligadura de trompas no constituye de por sí una indicación de cesárea.

Realizarla 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.
- La presencia de sepsis puerperal.

Anticoncepción posparto para mujeres que no amamantan

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Condones 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**
Dispositivos intrauterinos (DIU): Es un método de larga duración, reversible, conveniente, práctico y seguro, no afecta la lactancia. **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. Si el parto es por cesárea, el DIU-Cu puede insertarse después de la expulsión de la placenta, antes de cerrar el útero. **Inserción de intervalo**; a partir de las **4 semanas después del parto**.	• < 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. Pueden ser ofrecidos a mujeres menores de 20 años.	• < 21 días: **1** • > 21 posparto: **1**
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 y 104 mg y Enantato de Noretisterona (NET_EN).	• < 21 días: **1** • > 21 posparto: **1**
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	• < 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.	• < 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 dias: **1**
Esterilización femenina En caso de mujeres jóvenes asegurarse que comprendan que es un método definitivo, además, se les debe ofrecer métodos de larga duración.	• < 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 Endo-uterina (AMEU), salvo, que haya existido un aborto incompleto infectado.

Opciones anticonceptivas	Criterio de elegibilidad
Condones 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**
Dispositivos intrauterinos (DIU).	• Post aborto 1er trimestre: **1 para ambos DIU**. • Post aborto 2do trimestre: **2 para ambos DIU**. • Post aborto séptico: **4 para ambos DIU**.
Anticonceptivos orales solo de progestina. Se pueden también ofrecer a mujeres menores de 20 años.	• < 21 días: **1** • > 21 posparto: **1**
Acetato de medroxiprogesterona de depósito AMPD de 150 y 104 mg y Enantato de Noretisterona (NET_EN).	• Post aborto 1er trimestre: **1** • Post aborto 2do trimestre: **1** • Post aborto séptico: **1**
Implantes de levonorgestrel y etonogestrel.	• Post aborto 1er trimestre: **1** • Post aborto 2do 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.	• Post aborto 1er trimestre: **1** • Post aborto 2do trimestre: **1** • Post aborto séptico: **1**
Esterilización femenina En caso de mujeres jóvenes asegurarse que comprendan que es un método definitivo, además, se les debe ofrecer métodos de larga duración.	• 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 estadíos 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 estadío 1-2 según OMS.	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Estado avanzada o severo de infección por VIH (estadío 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 • Emcitricitrabine • 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: • Raltenavir	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

Zika y embarazo

El virus del Zika es un flavivirus que se propaga principalmente a través de la picadura de un mosquito de la especie Aedes (Ae. aegypti y Ae. albopictus) que esté infectado.

Suele encontrarse en las zonas tropicales y subtropicales de África, las Américas, Asia y el Pacífico.

La infección por este virus en el ser humano puede no causar síntomas, y si los causa, estos suelen ser leves y remitir espontáneamente.

Generalidades del virus del Zika y embarazo

El virus del Zika puede pasar de una mujer embarazada a su feto, así también trasmitir la infección por vía sexual a sus parejas. No existe tratamiento para prevenir el daño fetal o neonatal, es un virus neurotrópico.

La infección durante el embarazo puede ocasionar ciertos defectos congénitos.

Cuadro Clínico

Por lo general, las personas que se infectan con el virus del Zika no se sienten lo suficientemente enfermas como para ir a la unidad de salud u hospital, Por esta razón, muchas personas no se dan cuenta de que están infectadas. Los síntomas del virus del Zika son similares a los de otros virus que se propagan a través de las picaduras de mosquitos, como el dengue y el chikungunya

La infección puede ser tanto sintomática como asintomática.

Los síntomas más comunes del Zika son:

Es importante enfatizar que la mayoría de los casos se presenta sin fiebre, siendo el exantema maculopapular el signo más preponderante

Pudiendo estar acompañado de

- Febrícula o fiebre menor de 38,5°C. La fiebre suele durar un par de días, y se acompaña de exantema desde el primero o el segundo día.
- Conjuntivitis no purulenta
- Dolor en las articulaciones

Estos síntomas, que suelen ser leves y desaparecer de manera espontánea, remiten al cabo de 2 a 7 días. En algunos casos, los exantemas pueden persistir hasta 14 días.

El virus del Zika por lo general permanece en la sangre de la persona infectada por cerca de una semana. Una vez que una persona ha sido infectada, es muy probable que sea inmune a futuras infecciones.

Complicaciones por la infección por el virus del Zika

- **Síndrome congénito asociado a la infección por el virus de Zika:**
  - Microcefalia, desproporción cráneo-facial
  - Desproporciones antropométricas
  - Cuero cabelludo redundante con rugosidades
  - Hipertonía o espasticidad, Irritabilidad
  - Crisis epiléptica
  - Compromiso articular (varía desde un pie torcido hasta malformaciones graves de manos y pies, artrogriposis)
  - Anormalidades auditivas y visuales (alteraciones pigmentarias focales de la retina, atrofia coriorretiniana e hipoplasia del nervio óptico) y la audición y anomalías cerebrales.
- **Abortos y mortalidad fetal**
- **Complicaciones Neurológicas:**
  - Síndrome de Guillain Barré
  - Meningoencefalitis
  - Mielitis

Vías de transmisión del Zika

- Picadura de un mosquito infectado
- De madre a hijo
- Relaciones sexuales (la transmisión sexual se ha asociado al sexo anal, vaginal y oral , se ha detectado el virus del Zika en el semen hasta 6 meses después de la aparición de los síntomas)
- Transfusión de sangre
- Exposición en laboratorios y entornos de atención médica

Medidas de protección personal

Se recomiendan las siguientes intervenciones para la población general y, especialmente, para las embarazadas:

- Proteger la piel contra la exposición a los mosquitos, con ropa que cubra al máximo el cuerpo (por ejemplo, camisetas de manga larga, pantalones y faldas largas)
- Usar mosquiteros (tratados con insecticida o no), incluso para dormir durante el día.
- Colocar pantallas/redes/paneles antimosquito (tratados con insecticida o no) en puertas y ventanas.
- Aplicar repelentes de insectos aprobados por las autoridades sanitarias locales para ser utilizados sin riesgo durante el embarazo (por ejemplo, repelentes que contienen DEET). El producto se deberá aplicar, según sea necesario, en las zonas expuestas del cuerpo, e incluso en la ropa
- Para evitar la posible transmisión sexual del virus de Zika, las parejas sexuales de las embarazadas deberán usar, de forma correcta y sistemática, preservativos de látex durante todo el embarazo.

Recomendaciones

- La abstención de las relaciones sexuales reduce el riesgo de contraer el virus del Zika a través del sexo.
- El uso de condones, tanto para hombres como para mujeres, puede reducir el riesgo de contraer el virus del Zika por vía sexual. Para que sean efectivos, los condones se deben usar en todo momento cada vez que se tenga sexo vaginal, anal u oral y comparta juguetes sexuales.
- Los condones bucales (láminas de látex o poliuretano) también se pueden usar para ciertos tipos de sexo oral (boca a vagina o boca a ano).
- Si la pareja está embarazada, se recomienda que los hombres que hayan vivido o viajado a un área afectada por el virus del Zika, utilicen preservativos siempre que tengan relaciones sexuales por vía vaginal o anal o tengan sexo oral, o que se abstengan del sexo durante el embarazo

Recomendaciones de OMS y CDC para la prevención de la transmisión sexual del Zika

- Informar a todas las personas infectadas por el virus de Zika y sus parejas sexuales (especialmente a las embarazadas) sobre los riesgos de transmisión sexual del virus, las medidas para espaciar los embarazos, las prácticas sexuales seguras y proporcionarles condones.
- Brindar acceso a métodos de planificación familiar a las mujeres que no deseen embarazarse por temor a la infección de este virus.
- Informar y orientar a hombres y mujeres en edad reproductiva, que viven en zonas de transmisión local del virus, para que sigan las recomendaciones (uso sistemático del condón).
- Orientar a las parejas sexuales de embarazadas, tener prácticas sexuales seguras o abstenerse de tener relaciones sexuales, al menos mientras dure el embarazo.

Tratamiento

- Lo primero es recomendar reposo y aplicar las medidas de protección personal para reducir las probabilidades de transmitirlo a otras personas.
- Se debe controlar la fiebre con medios físicos y paracetamol, éste último también para la cefalea. No se debe administrar aspirina ni ningún otro AINE hasta descartar infección por dengue.
- Para el prurito se puede recomendar aplicar en piel lociones de calamina o formulaciones acuosas con mentol.
- Si el prurito es intenso se puede indicar Loratadina y/o Cetirizina después del primer trimestre.
- Ingerir abundantes líquidos y SRO para reponer las pérdidas a causa de la fiebre.
- Recomendar el uso correcto del condón siempre que tenga relaciones sexuales, para evitar transmisión sexual a la pareja.

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 intracesárea 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 utilizado 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, a saber:

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 sida y el virus del ZIKA 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 indicara 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 Y el virus del Zika = Hombres que refieren usar preservativos – Mujeres que refieren usar preservativos.

Se necesita un factor SAP[21] para convertir la cantidad de hombres que utilizan preservativos en consumo estimado. El factor depende de la frecuencia de las re-

21 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.

laciones 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.

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 extramuro.
- 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.

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. PRODUC T 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. Organización Mundial de la Salud. (2016) Atención en el embarazo en el contexto del brote de virus de Zika: Orientación provisional actualizada.

27. University Research Co, LLC (URC). (2016) Consejería preconcepcional, prenatal y postparto en el contexto de la epidemia de Zika.

28. OMS. Departamento de Salud Reproductiva e investigaciones conexas. Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. Tercera edición. 2018.

ISBN: 978-99967-36-71-1

CON EL APOYO DE

USAID
DEL PUEBLO DE LOS ESTADOS
UNIDOS DE AMERICA

PROYECTO ASSIST
DE USAID
Aplicando la Ciencia para Fortalecer y Mejorar los Sistemas de Salud